

distintas
capacidades,
mismos
derechos

2011
2012



Solidaridad | Educación | Desarrollo

1 CONEXIONES

Campaña de
Educación para
el Desarrollo y
Sensibilización

ÍNDICE

Introducción.....	3
Breves pinceladas sobre la historia de la discapacidad.....	4
Tratados Internacionales.....	4
Art. 23 de la Convención de los Derechos del Niño.....	5
Dificultades de la persona con discapacidad.....	6
¿Discapacidad o minusvalía?.....	6
Factores que influyen en la discapacidad:.....	7
Tipos de discapacidad y su ubicación geográfica.....	7
a. Discapacidad y sociedad.....	7
b. Discapacidad e instituciones.....	7
c. Discapacidad y familia.....	7
d. Dignidad de la persona con discapacidad.....	8
e. Minusválido o con discapacidad.....	8
Impacto ante el diagnóstico de la discapacidad.....	8
Derechos de las personas con discapacidad.....	8
Tipos y grados de discapacidad.....	16
a. Funcionamiento y discapacidad.....	16
b. Factores contextuales.....	17
Tipos de discapacidad.....	17
1. Discapacidad física.....	17
Principales causas de alteraciones motrices.....	17
● Causas prenatales.....	17
● Causas perinatales.....	17
● Causas postnatales.....	18
● Accesibilidad.....	18
● Control postural y sedestación.....	18
Clases más comunes de discapacidades físicas.....	20
2. Discapacidad sensorial.....	20
Criterios de identificación.....	20
Causas.....	20
Deficiencias visuales.....	21
Deficiencias del oído.....	21
Deficiencias del lenguaje: habla y voz.....	21
3. Discapacidad psíquica.....	24
Causas.....	24
No es una enfermedad.....	25
Clasificación.....	25
Posibilidades de intervención educativa.....	26
Tratamientos para discapacitados mentales.....	26
Dificultades y barreras. Líneas de acción.....	27
Recomendaciones para el trato.....	27
Rehabilitación y socialización.....	28
Síndromes de discapacidad mental.....	28
● Síndrome de Asperger.....	28
● Síndrome de Rett.....	28
● Síndrome de Prader-Willi.....	29
● Síndrome de Down.....	29
● Autismo.....	29
● Síndrome X frágil o Síndrome de Martin y Bell.....	30
● Fenilcetonuria.....	30
● Alzheimer.....	30
Cómo hablar de discapacidad.....	30
Conclusiones.....	32
Cuento: EL CAZO DE LORENZO.....	32
Documentación.....	36
Bibliografía.....	36



Solidaridad | Educación | Desarrollo

SED por los Derechos de la Infancia Campaña de Educación para el Desarrollo y sensibilización 2011:

Derechos de los niños y niñas con discapacidad

*Todos somos especiales a nuestra manera,
porque no existe un ser humano estándar o común.
Todos somos diferentes. Algunos de nosotros hemos
perdido la capacidad de usar parte de nuestros
cuerpos debido a enfermedades o accidentes. Pero
eso no tiene importancia. Es sólo un problema
mecánico. Lo verdaderamente importante es que
conservamos el espíritu humano, la capacidad de crear.*

STEPHEN W. HAWKING
en el mensaje de los juegos paralímpicos. Barcelona 1992.

En el mundo hay más de 650 millones de personas con discapacidad que a menudo les impiden participar en la vida social. Con frecuencia esas personas albergan pocas ilusiones de poder ir a la escuela, desempeñar un trabajo, poseer casa propia, crear una familia y educar a sus hijos, disfrutar de la vida social o ejercer el derecho al voto. La gran mayoría de ellas tienen muchas dificultades de acceso a instalaciones públicas, centros educativos, los medios de transporte...

Cada año se detectan en el mundo miles de niños y niñas con discapacidad, unos desde su nacimiento (parálisis cerebral, síndrome de down...), otros por causas accidentales (tráficos...), por enfermedades (meningitis, tumores,...) y otros por factores socioeconómicos y ambientales que impiden que los niños y niñas puedan desarrollarse con total normalidad.

Breves pinceladas sobre la historia de la discapacidad

En la prehistoria, las distintas tribus y agrupaciones humanas solían abandonar a su suerte a las personas discapacitadas, para no entorpecer los desplazamientos del resto de la tribu.

Durante la época de florecimiento las primeras civilizaciones, los espartanos de la antigua Grecia, arrojaban desde el Monte Taigeto a las personas con discapacidad, pues no querían que “en su bella y floreciente civilización” existieran personas diferentes .

En la Grecia del siglo IV a.C. el eminente filósofo Aristóteles trató de interpretar algunas desviaciones. Existen registros de estudios de las diferencias físicas y mentales realizados por Diógenes, Hipócrates y Galeno quienes estudiaron la epilepsia, la demencia, entre otras formas atípicas.

Los Indios Masai asesinaban a sus niños discapacitados, Los Chagga de África Oriental utilizaban a sus discapacitados para ahuyentar al demonio. Los antiguos Hebreos creían que los defectos físicos eran una marca del pecado. Los Jukun de Sudán consideraban que eran obra de los malos espíritus y los abandonaban para que murieran. Los Semang de Malasia empleaban a sus lisiados como hombres sabios.

Para los Nórdicos los discapacitados eran verdaderos dioses.

Durante la Edad Media, principalmente en Francia, se construyeron verdaderas fortalezas y ciudades amuralladas en donde se guardaban y escondían a centenares de personas con algún tipo de discapacidad.

En el siglo XIV, los nacidos con alguna deficiencia ya sea física, sensorial o mental, como la sordera, la ceguera, la parálisis, la cuadriplejía, entre otros, eran confinados a grandes encierros, en los que eran exhibidos los fines de semana a manera de espectáculo circense o de gran zoológico, para que las familias se divirtieran un poco, o bien, manejando la conciencia social, rectificaran los actos cometidos en el pasado, por considerar a estos “monstruos” o “fenómenos” como la más grande señal de un castigo enviado por Dios.

Por su parte, la UNESCO está trabajando no sólo por la educación que debe de ser para todos, sin excluir a ningún ser humano por mayores limitaciones que tenga. Centrando su trabajo en aspectos como la genética y bioética, ya que necesitamos en este momento que intervenga para que se pueda impedir la selección de seres humanos y los experimentos con ellos, “el poder decir quien tiene derecho a la vida y quien no lo tiene”.

Al mismo tiempo, la UNICEF está trabajando activamente para mejorar las condiciones de vida de miles de niños y niñas con discapacidad.

Otra Agencia de la ONU, la Organización Internacional del Trabajo, también está proporcionando un gran apoyo, prestando importantes servicios en lo concerniente a los aspectos laborales de las personas con discapacidad.

Tratados Internacionales

El 13 de diciembre de 2006, las Naciones Unidas acordaron formalmente la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el primer tratado del sistema de derechos humanos del siglo XXI, para proteger y reforzar los derechos y la igualdad de oportunidades de las cerca 650 millones de personas con discapacidad que se estima hay a nivel mundial.

Desde sus comienzos, las Naciones Unidas han tratado de mejorar la situación de las personas con discapacidad y hacer más fáciles sus vidas. El interés de las Naciones Unidas por el bienestar y los derechos de las personas con discapacidad tiene sus orígenes en sus principios fundacionales, que están basados en los derechos humanos, las libertades fundamentales y la igualdad de todos los seres humanos.

Participación e igualdad plenas

Los países firmantes de la convención deberán adoptar nuevas leyes nacionales, y quitar viejas leyes, de modo que las personas con discapacidad, por ejemplo, tengan los mismos derechos a la educación, al empleo, y a la vida cultural.

En 1976, la ONU lanza su Año Internacional para las Personas con Discapacidad para 1981, renombrado más adelante **Año Internacional de las Personas con Discapacidad**. En 1979 Frank Bowe fue el representante de las personas con discapacidad.

La década de las Personas con Discapacidad de la ONU, entre 1983 y 1993, ofreció un **Programa Mundial de Acción Referido a Personas con Discapacidad**; hoy muchos países han nombrado a representantes que son personas con discapacidad. Además en 1984 la Unesco aceptó la lengua de señas para la educación de niños, niñas y jóvenes sordos.

El Día Internacional de las Personas con Discapacidad se celebra el 3 de diciembre de cada año.

1. Art. 23 de la Convención de los Derechos del Niño

El mandato más fuerte se encuentra en la Convención sobre los Derechos del Niño, que fue Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entró en vigor el 2 de septiembre de 1990. Es el instrumento de derechos humanos con más cobertura, ya que sólo unos pocos países no lo han ratificado.



El artículo 23 de la Convención se refiere específicamente a los niños y niñas con discapacidad y establece que éstos gozarán de “una vida plena y decente” con dignidad y participación en la comunidad:

“1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.

2. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él.

3. En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al párrafo 2 del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.

4. Los Estados Partes promoverán, con espíritu de cooperación internacional, el intercambio de información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva y del tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños impedidos, incluida la difusión de información sobre los métodos de rehabilitación y los servicios de enseñanza y formación profesional, así como el acceso a esa información a fin de que los Estados Partes puedan mejorar su capacidad y conocimientos y ampliar su experiencia en estas esferas. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.”

El hecho de que la Convención necesitara un artículo específico sobre niños y niñas con discapacidad implica que el ejercicio de los demás derechos requiere un esfuerzo especial por parte del

Estado Parte. Sin embargo, el texto tiene ciertas calificaciones (p.ej. “con sujeción a los recursos disponibles”) y carece de orientación sobre las políticas específicas que son indicadas.

Para identificar estas políticas, hay que ver sobre los otros documentos relacionados con la discapacidad.

2. Dificultades de la persona con discapacidad

La ONU estima que actualmente hay 650 millones de personas con discapacidades en el mundo. Esta cifra aumenta cada año debido a diversos factores tales como la guerra y la destrucción, las condiciones de vida insalubres, o la falta de conocimiento acerca de la discapacidad, sus causas, prevención y tratamiento.

La mayoría de las personas con discapacidades vive en países menos desarrollados, donde la gente no tiene acceso a servicios básicos, como el servicio médico. Asimismo, existe una clara relación entre la pobreza y la discapacidad. El riesgo de que se deteriore la situación es más grande para una persona que vive en un estado de pobreza, puesto que un miembro discapacitado de una familia demanda más recursos en ésta.

Las siguientes personas con discapacidades forman grupos especialmente vulnerables, que enfrentan discriminación por dos motivos: las mujeres, los niños, los adultos mayores, las víctimas de tortura, los refugiados y desplazados, y los trabajadores emigrantes. Por ejemplo, una mujer con discapacidad es discriminada por su género y también por su discapacidad.

Los niños y niñas con discapacidad tienen que luchar contra una marginación educativa flagrante. La tercera parte de los 75 millones de niños y niñas en edad de cursar estudios primarios que no están escolarizados padecen alguna minusvalía. Por consiguiente, los niños y niñas discapacitados constituyen la minoría más numerosa y desfavorecida del mundo. Se calcula que el 20% de la población más pobre del mundo está formada por discapacitados, que en los países en desarrollo más del 90 % de los niños y niñas discapacitados no asisten a la escuela, que el 30 % de los niños y niñas de la calle padece alguna discapacidad y que el índice de alfabetización entre los adultos discapacitados es de apenas el 3%, y en algunos países esa tasa entre las mujeres no llega al 1%.

¿Discapacidad o minusvalía?

Se utilizan diferentes expresiones al referirse a personas con discapacidades. Por ejemplo, el término “personas discapacitadas” podría ser malinterpretado si se asume que la habilidad del individuo para funcionar como persona ha sido incapacitada. Esta guía utiliza el término “personas con discapacidades”, el cual es consistente con el lenguaje utilizado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Muchas veces confundimos los términos a la hora de referirnos a las personas que sufren alguna deficiencia, discapacidad o minusvalía; creyendo en muchos casos que las tres cosas son lo mismo. Como estos tres términos no quieren decir lo mismo, la Organización Mundial de la Salud se encargó de definir claramente cada una de estas palabras:

- ❖ **Deficiencia:** es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Por ejemplo, la pérdida de la vista, la pérdida de la memoria o la pérdida de un miembro.
- ❖ **Discapacidad:** es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Por ejemplo, la perturbación en la capacidad de aprender, o la dificultad para vestirse por sí mismo.
- ❖ **Minusvalía:** es una situación desventajosa para un individuo a consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso en función de la edad, sexo o factores sociales y culturales. Por ejemplo, la imposibilidad de conseguir empleo, la ausencia de relaciones sociales o los estados depresivos y de ansiedad frecuentes.

En cambio el Diccionario de la Real Academia Española, no es tan explícito y da unas definiciones más escuetas:

- ❖ **Deficiencia:** Funcionamiento intelectual inferior a lo normal que se manifiesta desde la infancia y está asociado a desajustes en el comportamiento.

- ❖ **Discapacidad:** Cualidad de discapacitado.
- ❖ **Minusvalía:** (Del lat. minus, menos, y valía).

Así pues, hablaremos de personas con discapacidad y no de minusválidos porque ¿quiénes son menos válidos? ¿Cómo podemos definirlos así?

Factores que influyen en la discapacidad:

a. Tipos de discapacidad y su ubicación geográfica.

Hay personas con discapacidad psíquica, física o sensorial originada por una u otra causa. En los países desarrollados, las discapacidades de origen genético tienden a extinguirse debido a los controles prenatales que se realizan, cosa que no ocurre en los países más empobrecidos. Otras, causadas por enfermedades, pueden dejar discapacidades en unos países donde no cuentan con recursos necesarios para combatirlas. Los accidentes de tráfico, las minas antipersona, dejan miles de discapacitados físicos cada año. Y discapacidades que llevan asociadas enfermedades cardíacas, pulmonares, inmunológicas, acaban con la vida de muchos niños y niñas en los países más empobrecidos.

b. Discapacidad y sociedad

Los niños y niñas con discapacidad tienen problemas para realizar las actividades de la vida cotidiana con normalidad así como desenvolverse en la sociedad. En los países más empobrecidos se habla de integración, aunque es difícil llevarla a cabo y realmente no interesa por los costes económicos que esto conlleva. Las barreras arquitectónicas tienden a desaparecer en países más industrializados y mejoran las condiciones para estos niños y niñas pero en otros lugares, el acceso a su propia casa resulta imposible.

En la sociedad actual, donde hace falta una licenciatura, un master, cuatro postgrados y años de experiencia para encontrar un trabajo, estas personas lo tienen muy difícil.

c. Discapacidad e instituciones

Hablamos de derechos de los discapacitados, pero no hablamos de recursos. Las personas con discapacidad necesitan unos recursos, en su mayoría escasos, que llevan a las familias al borde de la desesperación. Las instituciones no ofrecen las ayudas necesarias, estas personas no les son realmente rentables, y a pesar de sus políticas, la realidad nos muestra que no se cumplen.

d. Discapacidad y familia

La familia que cuenta con un niño o niña con discapacidad realiza un esfuerzo indescribible. Todo el mundo ansía el nacimiento de un hijo y cuando llega el momento tan esperado, la noticia rompe todos los sueños de los últimos nueve meses. Eso no significa que dejen de soñar, necesitan su tiempo para crear nuevos castillos, que a menudo, no se cumplirán, pero no dejarán de generar ilusión. Necesitan tiempo para asimilarlo, eso todos lo entendemos. Necesitan tiempo para dedicar a sus hijos e hijas, puesto que todo les cuesta más y más, o incluso no llegarán por mucho insistir. Necesitan trabajar, puesto que los recursos no los aportan las instituciones y todo se hace mucho más caro. Un niño o niña con discapacidad viene a costar a una familia entre 5 y 10 veces más que otro niño o niña sin ella.



e. Dignidad de la persona con discapacidad

El niño o niña con discapacidad tiene derecho a vivir dignamente. A que se le considere como persona. Es frecuente vulnerar este derecho. Pensamos que no se dan cuenta, que debido a sus limitaciones podemos tratarlos como queremos, y olvidamos, que al igual que nosotros, son personas. Personas con sus sentimientos y emociones y con sus necesidades.

f. Minusválido o con discapacidad

Ya hemos explicado la diferencia entre uno u otro concepto. Resaltar el componente social que arrastra el término minusválido e intentaremos hacer ver que todos somos más o menos válidos para una u otra función.

3. Impacto ante el diagnóstico de la discapacidad

La primera pregunta que se nos plantea es saber ¿qué sentimientos aparecen en el niño o niña con discapacidad? ¿Qué pensamientos pasan por su cabeza en el momento del diagnóstico y cuáles pueden ser las reacciones lógicas?

Se distinguen distintos casos en función de cómo es el inicio de la discapacidad:

1. **Momento del nacimiento o edades tempranas:** Todo el peso recae en los familiares, ya que son los que tienen conciencia de la enfermedad y sus consecuencias.

2. **Edades más avanzadas:**

a. **Discapacidad derivada de una enfermedad.** Se da por hecho que el adolescente tendrá tiempo para poder elaborar la información, adelantarse en cierta forma a la discapacidad y buscar la solución a los problemas antes de que aparezcan.

b. **Discapacidad derivada de un accidente.** Al ser de forma repentina, es crucial el apoyo psicológico, social y familiar desde el momento del diagnóstico, para poder superar el trauma que supone el no poder hacer las cosas que antes le resultaban tan fáciles de realizar. A partir del momento del diagnóstico, tanto la familia como el niño, niña o joven van transitando por diferentes estadios emocionales, que son:

- ❖ Estadio 1: **Shock:** Les produce un impacto enorme. Puede durar desde unos minutos hasta varios días. Si los padres ya intuían algún problema en el hijo o hija, esta fase es más leve.
- ❖ Estadio 2: **Negación:** Una vez que han conocido la situación propia o del hijo o hija, niegan la realidad.
- ❖ Estadio 3: **Reacción:** En las anteriores fases, tanto la familia como el niño o niña, se defienden diciendo que es algo transitorio. Ahora ya toman conciencia del problema, y se produce una serie de reacciones emocionales diferentes: enfado hacia los profesionales médicos, culpa, depresión...
- ❖ Estadio 4: **Adaptación y orientación:** La mayoría de las familias y jóvenes llegan a una situación de más calma. Adoptan una actitud más realista. Se plantean qué hacer y cómo ayudar. Tienen una posición más abierta a recibir sugerencias.

La familia sigue un proceso de aceptación de la discapacidad paralelo al proceso del propio niño, niña o joven afectado. La duración de cada uno de estos estadios varía de una persona a otra. Así, algunas alcanzan la fase de reacción, pudiendo en ocasiones volver al estadio de shock inicial.

Es importante constatar que las consecuencias sociales y psicológicas de la discapacidad casi siempre involucran, aunque en diferentes grados, a todos los miembros de la familia. Resulta muy raro que el impacto de la enfermedad esté limitado únicamente a los menores afectados.

4. Derechos de las personas con discapacidad

El siguiente listado de derechos tiene como principal objetivo «*la promoción y defensa de las condiciones de vida de las personas con discapacidad hasta conseguir su plena integración social*».

1. Derecho a una vivienda digna y adecuada a las necesidades especiales de los niños o niñas con discapacidad.
2. Derecho a circular libremente con la garantía del transporte accesible.
3. Derecho de los padres a recibir todas las informaciones relativas a la discapacidad y al bienestar del niño o niña, siempre que el derecho del niño o niña a mantener su intimidad no se vea afectado.
4. Derecho a recibir información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico con respecto a su discapacidad, al tratamiento al que se le somete y las perspectivas positivas de ese tratamiento.
5. Derecho del niño o niña al descanso y el esparcimiento, al juego y a actividades recreativas y culturales propias de su edad, así como disponer de espacios adecuados para ello.
6. Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a pedir la aplicación de estos derechos en el caso de niños o niñas inmigrantes con discapacidad.
7. Derecho de los niños o niñas con discapacidad a la protección de la salud, y a los servicios para el tratamiento de las enfermedades.
8. Derecho a la detección y tratamiento precoz de enfermedades congénitas, así como de las deficiencias psíquicas y físicas, teniendo en cuenta la ética, la tecnología y los recursos existentes en el sistema sanitario.
9. Derecho a la aplicación de las técnicas y recursos de mejora y rehabilitación de secuelas que hayan podido tener por causa de enfermedad adquirida, congénita o accidente. Esta rehabilitación comprenderá todos los aspectos físicos, psíquicos y sensoriales.
10. Derecho a acceder y utilizar los servicios sociales sin discriminación por motivos de discapacidad.
11. Derecho de las familias a recibir apoyo en la prestación de cuidados personales a aquéllos de sus miembros que por su discapacidad se encuentren en estado de dependencia.
12. Derecho de toda familia a percibir la prestación por hijo o hija a cargo cuando existen menores con discapacidad en el seno familiar.
13. Derecho a recibir una enseñanza gratuita, en condiciones de igualdad de oportunidades.
14. Derecho a recibir una educación adaptada a las necesidades personales desde el momento en que se detecte la discapacidad.
15. Derecho a recibir atención educativa en caso de estar hospitalizado o de convalecencia en su propio domicilio.
16. Derecho a participar en todas las actividades escolares.
17. Derecho de los padres a elegir el centro escolar entre aquéllos que reúnan los recursos personales y materiales adecuados para garantizarles una atención educativa de calidad.
18. Derecho de los padres a colaborar en el proceso de identificación de las necesidades y en las actuaciones de rehabilitación.
19. Derecho a recibir asesoramiento, formación y apoyo técnico para el acceso al primer empleo.
20. Derecho a que las administraciones públicas adecuen los espacios en los que permanecen habitualmente los menores con discapacidad a sus necesidades para que puedan participar plenamente en la vida social.
21. Derecho a recibir la ayuda técnica precisa con el fin de favorecer el desarrollo personal y social del niño o niña con discapacidad.

Derecho a una vivienda digna y adecuada a las necesidades especiales de los niños y niñas con discapacidad.

Este derecho recoge una de las reclamaciones que los padres de los niños o niñas con discapacidad deben realizar con más fuerza, puesto que es en el domicilio donde comienza el desarrollo de la au-

tonomía personal. Las mayores dificultades se dan como consecuencia de la existencia de barreras arquitectónicas en los inmuebles en los que el niño o niña con discapacidad tiene su residencia, e incluso dentro de la propia vivienda.

La Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal, modificó la Ley de propiedad horizontal obligando a la comunidad, a instancia de los propietarios en cuya vivienda vivan, trabajen o presten sus servicios altruistas o voluntarios personas con discapacidad, o mayores de setenta años, a realizar las obras de accesibilidad que sean necesarias para un uso adecuado a su discapacidad de los elementos comunes, o para la instalación de dispositivos mecánicos y electrónicos que favorezcan su comunicación con el exterior, cuyo importe total no exceda de tres mensualidades ordinarias de gastos comunes.



Derecho a circular libremente con la garantía del transporte accesible.

Se están produciendo grandes avances en cuanto a la cantidad y calidad del transporte público, sin embargo para padres con niños o niñas con movilidad reducida, especialmente si estos se desplazan en silla de ruedas, pensar en circular puede suponer un calvario. La falta de accesibilidad, no sólo en los vehículos, sino también en los accesos a éstos, hace que muchos padres decidan no sacar a los niños o niñas de casa, fomentando de esta manera la sobreprotección e impidiendo la integración de sus hijos o hijas.

En estos momentos todos los colegios en los que hay matriculados niños o niñas con movilidad reducida, deben disponer de servicio de transporte adaptado y, en caso contrario, los padres lo pueden solicitar. Sin embargo, cuando la necesidad del transporte es para ocio, que es otro derecho que todo niño o niña debería ejercer, no disponen ni siquiera de ayudas para el transporte en taxi.

Ley 8/1993, de 22 de junio de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras establece que las Administraciones Públicas competentes en el ámbito del transporte público de la elaborarán y mantendrán anualmente actualizado un plan de supresión de barreras y de utilización y adaptación progresiva de los transportes públicos colectivos.

Derecho de los padres a recibir todas las informaciones relativas a la discapacidad y al bienestar del niño o niña, siempre que el derecho del niño o niña a mantener su intimidad no se vea afectado.

Casi siempre son los padres quienes tienen que recabar toda la información y ampliarla sobre la discapacidad diagnosticada a su hijo o hija, cuando lo ideal sería que los profesionales orientasen sobre todo lo relativo a ésta, qué deben saber, y qué evolución va a llevar. La información médica debe ser comentada con del niño o niña con el fin de resolver las dudas que puedan surgirle. Pocas veces se tiene en cuenta lo que el niño o niña que quiere dar a conocer y comunicar a los demás. Esto se debe considerar en todo aquello que afecte a su intimidad.

La información objetiva es uno de los principales medios para que los padres conozcan los diferentes aspectos de la discapacidad diagnosticada y de este modo ayuden a asumir la discapacidad a su hijo o hija. Una vez diagnosticada la discapacidad, se debe informar a los padres de la posibilidad de obtener el Certificado de Minusvalía en el Centro Base correspondiente, que dará opción a una serie de recursos dirigidos a la integración y normalización del niño o niña en su entorno.

Derecho a recibir información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico con respecto a su discapacidad, al tratamiento al que se le somete y las perspectivas positivas de ese tratamiento.



El niño o niña con discapacidad, al igual que el resto de niños y niñas, tiene derecho a estar informado, en todo momento y de una manera comprensible a su edad. En el caso de niños con discapacidad se les deberá informar sobre ésta, el tratamiento que va a recibir y el mantenimiento que precisa para conservar su estado de salud, con objeto de que se tengan en cuenta sus opiniones en la toma de decisiones que le afecten directamente.

Es un hecho frecuente que los familiares de menores con discapacidad adopten una actitud de sobreprotección y ocultación de in-

formación, hecho que genera en el niño o niña indefensión a la hora de integración en los distintos ámbitos de su vida y una menor capacitación y desarrollo evolutivo de sus facultades. El niño o niña debe ser informado porque esto le ayuda a entender su situación y a asimilarla más positivamente que si se le mantiene en la ignorancia. Los niños o niñas detectan el engaño, la duda y la desconfianza, lo cual les produce miedo e inseguridad y les inhibe a la hora de hacer preguntas. Cada vez son más los padres que deciden informar objetivamente a sus hijos o hijas sobre lo que les sucede, los tratamientos que van a recibir y cómo va a transcurrir el proceso de su discapacidad. Actualmente son pocas las ocasiones en las que cuentan con profesionales que les ayuden a transmitirles esta información personalizada y adecuada a cada caso.

Derecho del niño o niña al descanso y el esparcimiento, al juego y a actividades recreativas y culturales propias de su edad, así como disponer de espacios adecuados para ello.

Hay que destacar que el juego es un elemento educativo de primer orden para trabajar el lenguaje corporal, por el carácter motivador que ofrece al niño, y por la interacción de éste con otros niños y adultos. El interés por los juegos se favorece cuando los adultos disfrutan con el menor y en un entorno que facilite el juego, sin barreras arquitectónicas y adaptándolo al niño o niña.

Es importante adaptar los juguetes a la motricidad, nivel de desarrollo, intereses y momento apropiado de cada menor, así como que el diseño de los juguetes sea "diseño para todos", de forma que niños o niñas con y sin discapacidad puedan utilizar los mismos juegos en similares condiciones, asegurándonos de que las adaptaciones que efectuemos en los mismos no van a introducir peligros en el juguete. Por eso es importante consultar siempre con un especialista. El Instituto Tecnológico del Juguete (AIJU), publica anualmente una Guía de Juegos y Juguetes en la que se realiza un estudio y adaptación de los mismos a las discapacidades. En la elaboración de esta Guía colabora el CEAPAT (Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas).

Con relación a la promoción en la vida cultural y artística del niño con discapacidad, el educador tiene un papel prioritario, debiendo respetar las facetas de la personalidad del niño y su posibilidad de exteriorizarlas.

Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a pedir la aplicación de estos derechos en el caso de niños o niñas inmigrantes con discapacidad.

A lo largo de esta guía se ha dejado constancia en muchos casos de la no aplicación, o el reconocimiento parcial de estos derechos en nuestro país. No es difícil imaginar el problema que tienen para cumplirlos con los niños o niñas procedentes de otros países que, en la mayoría de las ocasiones, no cuentan con los mismos medios.

Esto nos tiene que servir para demandar que el ejercicio de estos derechos se debe hacer efectivo y extensivo a todos los niños y niñas con discapacidad, independientemente de su procedencia, máxime en estos momentos en los que está aumentando progresivamente la población inmigrante.

Derecho de los niños o niñas con discapacidad a la protección de la salud, y a los servicios para el tratamiento de las enfermedades.

Los niños y niñas con discapacidad, al igual que el resto de los menores, tienen derecho a que se tomen todas las medidas posibles para preservar su estado de salud, procurando en todo momento que éste sea el más elevado y favorable posible, con el fin de que su deficiencia no suponga un impedimento desde el punto de vista sanitario para su integración educativa, laboral y social.

Derecho a la detección y tratamiento precoz de enfermedades congénitas, así como de las deficiencias psíquicas y físicas, teniendo en cuenta la ética, la tecnología y los recursos existentes en el sistema sanitario.

Es un hecho comprobado que cuanto antes se realice el diagnóstico de una deficiencia, existen mayores posibilidades de éxito para que la discapacidad producida por los efectos de esta deficiencia sea menor, ya que se puede proceder, de manera más rápida y eficaz, a aplicar un tratamiento adecuado a las necesidades del niño o niña que desarrolle sus capacidades.

La Atención Temprana es el tratamiento más efectivo tanto para un diagnóstico precoz, como para la rehabilitación de los niños y niñas con discapacidad. Con ella se favorece un desarrollo evolutivo del niño o niña lo más normalizado posible y se aumentan sus potencialidades.

Derecho a la aplicación de las técnicas y recursos de mejora y rehabilitación de secuelas que hayan podido tener por causa de enfermedad adquirida, congénita o accidente. Esta rehabilitación comprenderá todos los aspectos físicos, psíquicos y sensoriales.

El mantenimiento del estado de salud en los menores con discapacidad y evitar un deterioro progresivo de sus facultades físicas, mentales y/o sensoriales, sólo es posible a través de un tratamiento adecuado y la rehabilitación permanente. Los tratamientos y rehabilitación no deben prestarse únicamente en la fase aguda de la enfermedad que ocasiona la discapacidad, sino que deben continuar en el tiempo para conservar la salud del niño o niña con discapacidad en sus más altos niveles, así como, se trata del medio eficaz para que el niño o niña con discapacidad aprenda a desarrollar sus capacidades y pueda tener un mejor nivel de integración en todos los ámbitos de su vida.

En España la rehabilitación se presta desde dos ámbitos. En una primera fase (aguda) desde el área sanitaria, y en una segunda (crónica) desde los Centros Especializados: centros educativos de integración o de educación especial, centros ocupacionales, centros de día o residencias. Es necesario garantizar el adecuado equilibrio entre plazas ofertadas y personas demandantes de manera que no se produzcan desajustes que afectarían de modo negativo a la propia discapacidad.

Derecho a acceder y utilizar los servicios sociales sin discriminación por motivos de discapacidad.

El acceso al Sistema Público de Servicios Sociales es un derecho básico de todos los ciudadanos al que las personas con discapacidad deben acceder y utilizar en igualdad de condiciones.

Este sistema se estructura en dos niveles: servicios sociales generales, para toda la población, y servicios sociales especializados, específicos para distintos colectivos entre los que se encuentran las personas con discapacidad.

A pesar de tratarse de un derecho constitucional, de una parte, los niños y niñas con discapacidad y sus familias todavía encuentran dificultades en el acceso y utilización de los servicios sociales generales debido a las barreras arquitectónicas y psicológicas, falta de técnicos conocedores de la problemática concreta y escasez de información sobre los servicios sociales especializados. De otra parte, dentro del sistema de servicios sociales especializados para personas con discapacidad, persisten los problemas en tanto en cuanto existe escasez de recursos materiales y económicos que no cubren las demandas de las familias con menores discapacitados.

Derecho de las familias a recibir apoyo en la prestación de cuidados personales a aquellos de sus miembros que por su discapacidad se encuentren en estado de dependencia.

El apoyo a familias con hijos o hijas con discapacidad, debe consistir en programas que movilicen recursos sociales, públicos y privados, personales y materiales que contribuyan a mejorar la atención a los menores con discapacidad, de manera que favorezcan su integración social en el ámbito natural y habitual del niño o niña de la manera más normalizada posible.

Derecho de toda familia a percibir la prestación por hijo o hija a cargo cuando existen menores con discapacidad en el seno familiar.

La prestación por hijo o hija a cargo es una asignación económica que trata de paliar y compensar, a las familias con niños o niñas discapacitados, una situación de necesidad o de exceso de gasto. Por este motivo no se tiene en cuenta un límite de ingresos de la unidad familiar.

Los requisitos para la obtención de esta prestación son:

- ❖ Que el padre y/o la madre tengan hijos o hijas afectadas por una discapacidad.
- ❖ Que el hijo o hija discapacitada viva con el beneficiario de la ayuda y dependa económicamente de él.
- ❖ En caso de personas inmigrantes, deben tener la condición legal de residentes en España o el derecho a reagruparse con el beneficiario residente en España. • El grado de minusvalía mínima necesaria para percibir la prestación por hijo o hija a cargo, es igual o superior al 33% y la cuantía de la prestación variará en función del grado de discapacidad.

Derecho a recibir una enseñanza gratuita, en condiciones de igualdad de oportunidades.

Todos los niños y niñas tienen derecho a acceder a una educación de calidad y en igualdad de condiciones que cualquier otro. El hecho de tener una discapacidad, ligado a las posibles limitaciones o necesidades que presente, no deben ser un impedimento para que reciba una enseñanza obligatoria y gratuita.

Aun así, en la escolarización de estos niños y niñas con discapacidad física se tienen que considerar no sólo los rasgos personales, sino otras variables de igual importancia, como son las características del centro escolar, la disponibilidad de ayudas técnicas, la opinión de la familia... En cada caso es necesario analizar y valorar cuál es el entorno educativo más favorable.

Desde las administraciones públicas se deben adoptar las medidas necesarias para fomentar la asistencia regular y reducir la falta de asistencia al centro escolar por causa de la discapacidad.

Derecho a recibir una educación adaptada a las necesidades personales desde el momento en que se detecte la discapacidad.

Una atención educativa flexible y personalizada tiene como objetivo corregir precozmente las secuelas de la discapacidad, prevenir y evitar la aparición de las mismas, y apoyar y estimular su proceso de desarrollo y aprendizaje en un contexto de máxima integración.

Las necesidades educativas que presentan estos niños y niñas, podrían concretarse en el establecimiento de un contexto favorecedor de la autonomía, el uso de sistemas aumentativos o alternativos para la comunicación y la utilización de un conjunto de recursos técnicos para facilitar el conocimiento del entorno y la comunicación. Asimismo, se deberán seleccionar los instrumentos adecuados para la evaluación y las adaptaciones curriculares de acuerdo con la naturaleza de las necesidades de estos alumnos y alumnas, prestando especial atención a las siguientes áreas: afectivo-social y de autonomía personal, psicomotricidad y fisioterapia, y comunicación y lenguaje.

Derecho a recibir atención educativa en caso de estar hospitalizado o de convalecencia en su propio domicilio.

El avance en los tratamientos médicos hace que sea necesaria una menor estancia continuada del niño o niña en el centro hospitalario, lo que conlleva un mayor período de convalecencia en el pro-

pio domicilio. Esto es más acusado en los casos de enfermedades crónicas o en las que precisan tratamientos prolongados.

Debido a esto, los niños o niñas que, por razones de salud, permanecen temporalmente hospitalizados o en convalecencia domiciliaria, se encuentran en situación de desventaja dentro del sistema educativo como consecuencia de la asistencia irregular al centro escolar y de las posibles alteraciones emocionales que en ocasiones aparecen.

Estas circunstancias pueden ser el origen de retrasos escolares, por lo que estos alumnos o alumnas necesitan que se les proporcione una respuesta educativa adecuada a las necesidades específicas que manifiestan y que garantice la continuidad del proceso educativo. Esta respuesta debe contemplar tanto las necesidades educativas relacionadas con aspectos curriculares como las necesidades de tipo afectivo-personal.

Derecho a participar en todas las actividades escolares.

Mediante los apoyos y adaptaciones necesarios, un niño o niña con discapacidad física tiene el derecho a participar en una vida escolar lo más normalizada posible.

Las necesidades que presentan estos niños y niñas determinan la respuesta educativa que debe ofrecerse a los alumnos con discapacidad física, respuesta que debe realizarse a nivel de centro, de ciclo o de aula y a nivel individual, por lo que es esencial planificar los recursos personales (logopeda, fisioterapeuta, maestro de pedagogía terapéutica, monitores...), materiales (transporte y mobiliario adaptado...), espaciales (accesibilidad en el acceso al centro y a las aulas) y temporales (establecer ritmos de trabajo apropiados a las posibilidades de cada niño o niña).

La ausencia de estos apoyos puede conllevar a que el alumno o alumna no tenga la oportunidad de disfrutar de las mismas vivencias que el resto de sus compañeros o compañeras. Es imprescindible que los centros educativos cuenten con el personal de apoyo adecuado, de modo que se garantice, sin perjuicio de la colaboración de los padres, la asistencia de los menores con discapacidad física u orgánica a todo tipo de actividades

Derecho de los padres a elegir el centro escolar entre aquéllos que reúnan los recursos personales y materiales adecuados para garantizarles una atención educativa de calidad.

Los niños o niñas con necesidades educativas especiales pueden asistir a cualquier centro educativo sostenido con fondos públicos. Las familias tienen el derecho a elegir el centro al que quieren que asista su hijo o hija, de acuerdo con el dictamen de escolarización realizado por equipos de orientación y en el marco de los criterios generales de admisión del alumnado.

Pero esto se ve limitado en la práctica por varias razones entre las que se encuentran la falta de plazas disponibles en el centro deseado por estar ocupadas por otros niños o niñas con discapacidad y la falta de recursos suficientes para dar respuesta adecuada a las necesidades del niño o niña.

Todos los centros deberían tener los recursos necesarios para ofrecer la atención educativa necesaria y adaptada a cada niño o niña, con el fin de que la integración de los niños o niñas con discapacidad pueda ser una realidad.

Derecho de los padres a colaborar en el proceso de identificación de las necesidades y en las actuaciones de rehabilitación.

Cuando una familia desea escolarizar a un hijo o hija con discapacidad, puede dirigirse al equipo psicopedagógico de su zona dependiente de la Consejería de Educación para que evalúe el caso y oriente la escolarización del niño o niña.

En la evaluación psicopedagógica, además de valorar el desarrollo del niño o niña en distintas áreas, se debe tener muy en cuenta la información de la familia sobre la evolución del niño o niña, su comportamiento habitual, sus necesidades, gustos e intereses, etc.

Los padres deben ser informados en todo momento del proceso de evaluación, así como en las actuaciones de carácter preventivo o compensador, potenciando el valor educativo y, en su caso, rehabilitador, de las rutinas diarias a desarrollar en el ámbito familiar, teniendo siempre el derecho a

expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño o niña. La coordinación entre la familia, el profesorado y el personal sanitario implicado en su tratamiento, mejora el estado afectivo y emocional del menor, y le aporta tranquilidad, confianza y protección.

Derecho a recibir asesoramiento, formación y apoyo técnico para el acceso al primer empleo.

Como para cualquier otro niño o niña, la educación resulta esencial para un joven con discapacidad física y/u orgánica. En efecto, un buen nivel de estudio le permitirá una mayor inserción profesional que corresponda a sus aspiraciones y en la medida de sus capacidades. El estímulo y atención del profesorado favorecerán su adaptación, su bienestar y su orientación hacia una salida profesional compatible con sus gustos y posibilidades.

Derecho a que las administraciones públicas adecuen los espacios en los que permanecen habitualmente los menores con discapacidad a sus necesidades para que puedan participar plenamente en la vida social.

Son muchas las dificultades que se encuentran las personas con discapacidad en su vida cotidiana. Si a esto le añadimos que esas personas son niños o niñas, las dificultades se acentúan, por lo que las administraciones públicas tienen el deber de proteger especialmente a los niños o niñas con discapacidad.

Así, bajo el amparo de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor, las administraciones públicas tendrán particularmente en cuenta la adecuada regulación y supervisión de aquellos espacios, centros y servicios, en los que



permanecen habitualmente niños y niñas, en lo que se refiere a sus condiciones físico-ambientales, higiénico-sanitarias y de recursos humanos y a sus proyectos educativos, participación de los menores y demás condiciones que contribuyan a asegurar sus derechos, lo que debe repercutir positivamente en la forma en que los menores con discapacidad participan plenamente en la vida social.

Cuando las administraciones públicas o las empresas incumplen con la normativa de accesibilidad, están vulnerando el derecho a la igualdad de oportunidades de los niños o niñas con discapacidad.

Derecho a recibir la ayuda técnica precisa con el fin de favorecer el desarrollo personal y social del niño o niña con discapacidad.

Las ayudas técnicas las podemos definir como aquellos instrumentos, dispositivos o herramientas que permiten, a las personas que presentan una discapacidad temporal o definitiva, realizar actividades que sin dicha ayuda no podrían ser realizadas o requerirían de un mayor esfuerzo para su realización.

Los niños o niñas tienen, entre otros, derecho al esparcimiento y a poder relacionarse con otros niños o niñas, a poder desplazarse libremente y a poder participar en la realización de cualquier actividad social, sin que se vean limitados en su desarrollo personal por su situación de discapacidad. Por ello, la sociedad en general, y especialmente los poderes públicos, están obligados a prestar una especial atención a los niños o niñas con discapacidad, debido a su situación de desventaja social, ofreciéndoles una serie de ayudas técnicas (muletas, sillas de ruedas, prótesis...) con el objeto de poder hacer efectivo el ejercicio de sus derechos, y conseguir el desarrollo integral de su personalidad.

Siempre que el niño o niña precise cualquier prótesis/órtesis se debe dispensar de una manera eficaz, rápida y resolutive, eliminando cualquier obstáculo que impida su acceso. En muchas ocasiones, la principal barrera es la económica, a causa de los elevados precios de los productos o servicios. Así bien, deben dirigirse al Servicio de Salud de su Comunidad Autónoma (si la ayuda técnica que preci-

sa el menor con discapacidad se encuentra dentro del catálogo general de material ortoprotésico, y de no estar recogido el producto o servicio en dicho catálogo, se optaría por las ayudas individuales, pero esto varía en cada CCAA).

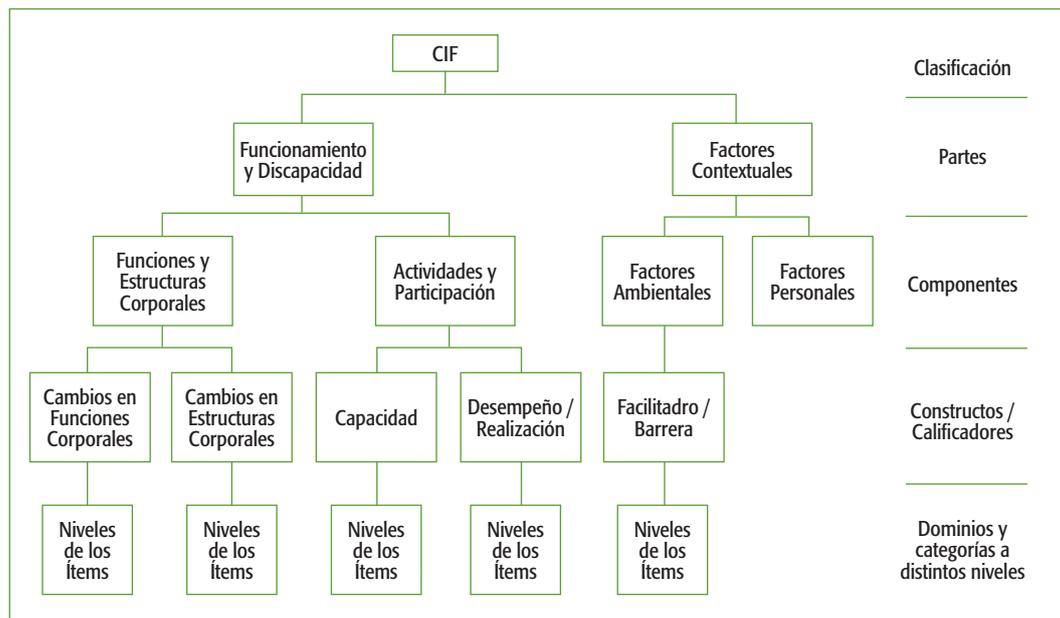
Tipos y grados de discapacidad

El 22 de mayo de 2001, en la 54ª Asamblea de la OMS (Organización Mundial de la Salud), se aprobó la nueva versión de esta Clasificación con el nombre definitivo de '**Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud**', con las siglas CIF.

La clasificación habla de **funcionamiento** (como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano), **discapacidad** (de igual manera, como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano) y **salud** (como el elemento clave que relaciona a los dos anteriores).

La nueva conceptualización que la CIF hace del término 'discapacidad' también es fundamental. Discapacidad es asumido como un término genérico que abarca las distintas dimensiones de:

- ❖ **Deficiencias de función y deficiencias de estructura** (antes deficiencias).
- ❖ **Limitaciones en las actividades** (antes discapacidades).
- ❖ **Limitaciones en la participación** (antes minusvalías).



La Clasificación se divide en dos partes:

a. Funcionamiento y discapacidad

Funciones y estructuras corporales

- ❖ Cambios en las funciones corporales (funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las psicológicas).
- ❖ Cambios en las estructuras corporales (son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, extremidades y componentes).

Actividades y participación

- ❖ Capacidad, como la ejecución de tareas en un entorno uniforme.
- ❖ Desempeño/ realización, como la ejecución de tareas en el entorno real.

b. Factores contextuales

- ❖ **Factores ambientales**, entendidos como la influencia externa sobre el funcionamiento y la discapacidad, con efecto facilitador o barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal.
- ❖ **Factores personales**, entendidos como la influencia interna sobre el funcionamiento y la discapacidad, cuyo efecto es el impacto de los atributos de la persona.

A partir de esta clasificación, se puede determinar el grado de discapacidad de una persona. La propuesta de la CIF es usar una misma escala genérica de gravedad en cinco niveles para todos los componentes (funciones y estructuras corporales, actividades y participación, y factores contextuales).

El porcentaje hace referencia en el caso de las limitaciones para realizar una actividad, a que el problema esté presente en al menos ese porcentaje de tiempo en relación a la dificultad total para realizar dicha actividad que será de un 100%.

A partir de esta escala se podrán establecer las definiciones correspondientes.

NO hay deficiencia. Ninguna, ausencia, insignificante 0-4%

Deficiencia: LIGERO. Poca, escasa 5-24%

Deficiencia: MODERADO. Media, regular 25-49%

Deficiencia: GRAVE. Mucha, extrema 50-95%

Deficiencia: COMPLETO. Total 96-100%

Tipos de discapacidad

Toda discapacidad tiene su origen en una o varias deficiencias funcionales o estructurales de algún órgano corporal, y en este sentido se considera como deficiencia cualquier anomalía de un órgano o de una función propia de ese órgano con resultado discapacitante.

Partiendo de esta distinción básica promovida por la OMS a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), se puede identificar numerosas clases de deficiencia asociadas a las distintas discapacidades.

Para identificar las características de los grandes grupos se ha recurrido a esa misma fuente agrupando las deficiencias en las categorías física, mental y sensorial, teniendo siempre presente la gran heterogeneidad que existe dentro de cada uno.

1. Discapacidad física

La diversidad funcional motora se puede definir como la disminución o ausencia de las funciones motoras o físicas (ausencia de una mano, pierna, pie, entre otros) disminuyendo su desenvolvimiento normal diario. Como consecuencia se pueden producir limitaciones posturales, de desplazamiento o de coordinación del movimiento.

Los principales problemas que puede generar la discapacidad motriz son varios, entre ellos podemos mencionar: movimientos incontrolados, dificultades de coordinación, alcance limitado, fuerza reducida, habla no inteligible, dificultad con la motricidad fina y gruesa, mala accesibilidad al medio físico.

Principales causas de alteraciones motrices

- ❖ **Causas prenatales**: Aquellas que se adquieren antes del nacimiento, durante el embarazo. Existen varias causas, algunas de ellas se deben a enfermedades infecciosas o metabólicas que puede tener la madre durante el embarazo, por incompatibilidad de los componentes sanguíneos de los padres, etc.
- ❖ **Causas perinatales**: Aquellas que aparecen en el mismo momento de nacer. Hay varias; como en el caso anterior y alguno de estos ejemplos pueden ser la falta de oxígeno prolongada o la obstrucción de las vías respiratorias, daños en el cerebro en el momento del parto (daño con el fórceps, por ejemplo), el caso de que el bebé sea prematuro, etc.

- ❖ **Causas postnatales:** Aquellas que aparecen una vez que el bebé ya ha nacido. Estas pueden ser de índole diferente, como por ejemplo, que el niño o la niña se contagie de enfermedades como la meningitis, que sufra alguna hemorragia cerebral, trombos, etc.

Para evitar este tipo de enfermedades se recomienda extremar los cuidados higiénicos y ambientales durante el embarazo, el parto y durante las primeras etapas evolutivas del niño o niña. De ahí que la higiene adquiera un plano muy importante dentro de los cuidados del bebé.

Accesibilidad

Para mejorar la accesibilidad, en los establecimientos destinados a un uso público se deben tener en cuenta una serie de aspectos físicos pensando en la gente con deficiencias motrices:

- ❖ **Acceso a la entrada:** se deben evitar los desniveles, sin embargo si éstos existen, se debe contar con una rampa de una inclinación máxima del 8% y una anchura mínima de 90 cm de material antideslizante. Además es conveniente que vaya acompañada de una barandilla para personas ambulantes.
- ❖ **Puertas:** la anchura mínima de la puerta ha de ser de 90 cm, además ha de ir acompañada de una manilla en forma de palanca o de una barra horizontal que se accione presionando.
- ❖ **Pasillos y escaleras:** será necesaria la instalación de pasamanos redondeados, separados 4 cm y colocados a dos alturas para poder ser utilizados por personas con marcha inestable y de diferentes edades.
- ❖ **Baño:** debe ser lo suficientemente ancho y amplio para que pueda acceder una silla de ruedas. Además se debe disponer de barras de apoyo que faciliten el control del movimiento. Por otro lado el suelo ha de ser antideslizante, los sanitarios y accesorios deben estar a la altura de una silla de ruedas y la grifería ha de ser de fácil manejo.
- ❖ **Interruptores:** los enchufes e interruptores de la luz han de estar situados a la altura suficiente para que se pueda acceder a ellos desde una silla de ruedas.
- ❖ **Cabinas de teléfono:** deben haber de la altura para acceder desde una silla de ruedas.

Control postural y sedestación. Mobiliario escolar específico

El control postural es una parte integral del control motor, ofreciendo estabilidad y un substrato para el movimiento. La postura se define como el alineamiento de los segmentos entre si y su posición en el espacio.

El control postural es la habilidad para obtener y mantener posturas durante actividades casi-estáticas y dinámicas. Incluye la habilidad para enderezar la cabeza, el tronco y las extremidades y para mantener y recobrar el equilibrio. El control de la postura, no podemos abordarlo desde un único punto de vista, un buen control es fundamental para todos y cada uno de los momentos, actividades y tareas del día.

Desde las actividades de higiene personal, el vestido, la alimentación, el transporte, la sedestación... todas, necesitarán en alguna medida de valoración postural, para que las tareas sean lo más funcionales y gratificantes posible. La sedestación, el estar sentado, es sin duda la postura más utilizada y a la que tenemos que prestar una mayor atención en la escuela.

Partiendo de la base de que las sillas de ruedas son ayudas técnicas, consideradas en nuestro caso ayudas técnicas para el transporte, el trasvase a otro asiento es prioritario, por lo que una buena sedestación, un mobiliario escolar adaptado, ayudas para el posicionamiento y otros materiales adecuados, le facilitarán a los niños y niñas un mejor control postural, así como una mejor interacción de éste con su entorno, en el medio escolar. Sin embargo, cada vez son más las sillas de ruedas que con distintos sistemas de posicionamiento, aseguran un buen control postural general, por lo que en muchos de estos casos se omitirán otros asientos, aunque si se mantendrán otros cambios posturales en bipedestación o decúbito.

Se consideran metas u objetivos en sedestación:

- ❖ Potenciar la capacidad funcional.
- ❖ Normalizar el tono muscular/disminuir los movimientos reflejos anormales.
- ❖ Prevenir el desarrollo de deformidades esqueléticas y musculares.
- ❖ Promover una estabilidad proximal.
- ❖ Consecución del máximo confort y seguridad.
- ❖ Potenciar las capacidades visuales/perceptivas.
- ❖ Mejora las funciones de deglución y digestivas.
- ❖ Aumentar la higiene pulmonar.
- ❖ Aumentar la autoestima.

Para la sedestación en general hay que considerar el darle soporte a la pelvis, sin que exista oblicuidad; a las extremidades inferiores darles apoyo y estabilidad; restaurar las curvas fisiológicas y la orientación escapulo-torácica en el tronco y las extremidades superiores; y por último, alineación de la cabeza y el cuello.

Para atender a las necesidades de los usuarios en silla de ruedas en lo que se refiere a la sedestación, debemos proporcionar un nivel de equilibrio en el asiento para ayudar a prevenir la oblicuidad pélvica, disminuir el riesgo de presión y fricción colocando las caderas en el fondo del asiento, proporcionando una base de soporte funcional, manteniendo una adecuada alineación de las extremidades inferiores y reduciendo la presión en la zona isquial. Mantener las rodillas lo más cerca posible a los 90°, respetando las limitaciones de movimiento de rodilla, debemos también estabilizar la pelvis en una óptima posición, proporcionar un soporte en la parte baja dorsal para corregir o acomodar la cifosis.

Se debe colocar la columna alineada para obtener un adecuado alineamiento de la cabeza y el cuello, soportes laterales y cabecero si fuera necesario, asientos basculantes con bandejas y cinchas en el tronco.

Por todo ello se llega a la conclusión de que las ayudas, modificaciones y adaptaciones en el mobiliario son personales, ya que pretenden responder a las necesidades individuales. Las adaptaciones del mobiliario tienden a ser lo más sencilla posibles y que resulten estéticas.

Es importante como norma general mantener la misma altura de trabajo que el resto de su grupo. Y es preciso facilitar adaptaciones de mobiliario suficientes para las estancias del centro en las que el alumno o alumna desarrolle sus actividades. El mobiliario adaptado, debe someterse a revisiones posteriores para una mejor adecuación, resultando fundamental la intervención del equipo docente en este caso, que detecte posibles carencias o necesidades de modificación. Son los docentes, los que estando junto a los niños y niñas en todas las situaciones podrán valorar mejor las necesidades de adaptación del mobiliario. En definitiva, aportar comodidad, facilitar el equilibrio, estabilizar el tronco, los brazos y los miembros inferiores, evitar posturas incorrectas, aportar seguridad al alumno o alumna, favorecer el control y el alcance de los materiales escolares, y por ende mejorar la autoestima del alumnado, son los objetivos principales de las adaptaciones al mobiliario escolar. Para la adaptación de las sillas escolares, debemos considerar varios puntos antes de ponernos manos a la obra:

- ❖ De qué nivel de control postural partimos.
- ❖ Qué nos aporta la silla de ruedas del alumno o alumna y qué podemos mejorar
- ❖ Uso de algún tipo de órtesis para tronco, o para miembros inferiores
- ❖ Qué opinan el médico rehabilitador o el fisioterapeuta que tratan al niño o niña, qué opina el profesorado y el educador, y también que sugieren y que expectativas tienen la familia y el propio alumno o alumna.

Por todo esto y como criterios generales, lo que se pretende con las adaptaciones del mobiliario es:

- ❖ Una postura cómoda.
- ❖ Aportar seguridad.
- ❖ Facilitar el equilibrio.

- ❖ Evitar posturas incorrectas.
- ❖ Garantizar el apoyo de los pies.
- ❖ Un mejor control de los materiales escolares.
- ❖ Poder usar materiales imantados.

Las bases de una postura correcta serían:

- ❖ Simetría.
- ❖ Apoyo por igual en ambos hemicuerpos.
- ❖ Cabeza en la línea media.
- ❖ Basculación de la pelvis hasta conseguir el equilibrio.
- ❖ Apoyo correcto de los pies.

El principio básico de una postura correcta en sedestación en silla de ruedas, es el mismo que se persigue con el mobiliario escolar. La elección y adecuación de una silla de ruedas va a ser fundamental para el desarrollo de todas las actividades del entorno escolar.

Como objetivos de una buena sedestación en silla de ruedas, se plantean los siguientes:

- ❖ **Objetivos posturales:** alineación y simetría, tratando de inhibir reflejos primitivos, normalizar el tono muscular o compensar el tono inadecuado, evitar el desarrollo y progresión de la deformidad, distribuir las presiones de forma uniforme.
- ❖ **Objetivos funcionales:** mejorar el control de la cabeza, apoyando adecuadamente la pelvis, pies y tronco si es necesario, para mejorar el control cefálico. Mejorar la función del miembro superior, estabilizando otros extremos y segmentos, para liberar las manos de la función de apoyo.
- ❖ **Objetivos prácticos:** aumentar la movilidad y autonomía del usuario.

Clases más comunes de discapacidades físicas

- ❖ Parálisis cerebral.
- ❖ Espina bífida.
- ❖ Distrofia muscular de Duchenne.
- ❖ Trastornos cráneo-encefálicos.
- ❖ Alteraciones de origen óseo-articular.

2. Discapacidad sensorial

La discapacidad sensorial corresponde a las personas con deficiencias en alguno de los órganos de los sentidos. Así encontramos deficiencias visuales, auditivas y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje. Existen baremos para marcar distintos grados de discapacidad sensorial. Audición normal, para percibir sonidos mínimos de entre 10-15 dB.

Criterios de identificación

Son patologías muy importantes de considerar dado que conllevan graves efectos psico-sociales. Producen problemas de comunicación del paciente con su entorno lo que lleva a una desconexión del medio y poca participación en eventos sociales. También son importantes factores de riesgo para producir o agravar cuadros de depresión. Un diagnóstico y tratamiento precoz son esenciales para evitar estas frecuentes complicaciones.

Causas

La deficiencia auditiva (hipoacusia) puede ser adquirida cuando existe una predisposición genética (por ejemplo, la otosclerosis), cuando ocurre meningitis, ingestión de medicinas ototóxicas (que ocasionan daños a los nervios relacionados a la audición), exposición a sonidos impactantes o virus. Otra causa de deficiencia congénita es la contaminación de la gestante a través de ciertas enfermedades, como rubéola, sarampión, sífilis, citomegalovirus y toxoplasmosis, además de la ingestión

de medicamentos que dañan el nervio auditivo durante el embarazo, problemas de incompatibilidad sanguínea, o de infección bacteriana, meningitis, fiebre tifoidea, difteria.

La pérdida de la visión puede ocurrir debido a heridas, traumatismos, perforaciones o vaciamiento en los ojos. Durante la gestación, enfermedades como rubeola, toxoplasmosis y sífilis, además del uso de sustancias tóxicas, pueden ocasionar esta discapacidad en el niño o niña.

Deficiencias visuales

- ❖ **Ceguera total.** Se refiere a personas que no tienen percepción de luz en ninguno de los ojos.
- ❖ **Baja visión.** Se refiere a personas con deficiencia de agudeza visual moderada ($<0,3$) o grave ($<0,12$), o que presentan deficiencias de campo visual moderadas (diámetro de 60° o menor) o graves (diámetro de 20° o menor).

Deficiencias del oído.

- ❖ **Sordera prelocutiva.** Se refiere a personas con sordera previa a la adquisición del lenguaje (niños). Incluye la sordomudez cuya mudez se ha presentado como consecuencia de una sordera prelocutiva.
- ❖ **Sordera postlocutiva.** Se refiere a personas con sordera que se presenta después de la adquisición del lenguaje (adultos) con pérdida total de audición y que no pueden beneficiarse del uso de prótesis auditivas.
- ❖ **Hipoacusia.** Se refiere a personas con diferentes niveles de pérdida auditiva: moderada (45-50 db), grave (71-91 db), profunda (>91 db). Puede beneficiarse del uso de prótesis auditivas.
- ❖ **Trastornos del equilibrio.** Se refiere a personas que padecen vértigos laberínticos (el más frecuente es el vértigo Meniere), mareos y defectos de locomoción por trastornos vestibulares.

Deficiencias del lenguaje: habla y voz

- ❖ **Mudez (no por sordera).** Se refiere a personas cuyos órganos fonadores son normales, pero son mudas como consecuencia de lesión cerebral en los centros del lenguaje, trastornos mentales, ciertos casos de autismo, etc.
- ❖ **Habla dificultosa o incomprensible.** Se refiere a personas con secuelas graves del lenguaje como afasias, disfasias, disartrias, disfonías, disfemias, etc. producidas por lesiones en la región cerebral del lenguaje, por ejemplo ACV (accidente vascular cerebral), TCE (traumatismo craneoencefálico), trastornos del lenguaje asociados a demencias, retrasos mentales, etc. Los ACV son el nombre genérico que se da a ciertas enfermedades cerebrales de origen vascular. Estas pueden ser hemorragia cerebral, trombosis cerebral y embolia cerebral. Afasia: Defecto o pérdida de la capacidad de expresarse por palabras, por escrito o por signos, o de comprender el lenguaje escrito o hablado por lesión o enfermedad de centros cerebrales. Existen muchos tipos de afasias. Disartria: Articulación imperfecta del habla, por trastorno del control muscular que resulta por daño en el sistema nervioso. Disfonía: Perturbación de la intensidad, tono y timbre de la voz. Disfemia: Tartamudez.
- ❖ **Trastorno del lenguaje expresivo.** La característica esencial de este trastorno es una deficiencia del desarrollo del lenguaje expresivo demostrada mediante las puntuaciones obtenidas en evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo normalizadas y administradas individualmente. Tales puntuaciones deben ser substancialmente inferiores a las obtenidas en evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo (Criterio A). Las dificultades pueden aparecer en la comunicación implicada tanto en el lenguaje verbal como en el lenguaje gestual. Las dificultades del lenguaje interfieren los rendimientos académicos o laborales o bien la comunicación social (Criterio B). Los síntomas no cumplen los criterios de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, ni de trastorno generalizado del desarrollo (Criterio C). En caso de retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje son superiores a las habitualmente asociadas a tales problemas (Criterio D).
- ❖ **Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo.** La característica esencial del trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo es una alteración tanto del desarrollo del lenguaje receptivo

como del expresivo verificada por las puntuaciones obtenidas en evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, que se sitúan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal (Criterio A). Las dificultades pueden darse en comunicaciones que impliquen tanto el lenguaje verbal como el lenguaje gestual. Las dificultades del lenguaje interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social (Criterio B), y los síntomas no cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo (Criterio C). Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas (Criterio D).

- ❖ **Trastorno fonológico.** La característica esencial del trastorno fonológico es una incapacidad para utilizar los sonidos del habla evolutivamente apropiados para la edad y el idioma del sujeto (Criterio A). Puede implicar errores de la producción, utilización, representación u organización de los sonidos, por ejemplo, sustituciones de un sonido por otro (uso del sonido /t / en lugar de /k/) u omisiones de sonidos (p. ej., consonantes finales), etc. Las deficiencias en la producción de sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social (Criterio B). Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del habla son superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas (Criterio C).
- ❖ **Tartamudeo.** La característica esencial del tartamudeo es un trastorno de la fluidez normal y estructuración temporal del habla, que es inapropiada para la edad del sujeto (Criterio A). Este trastorno se caracteriza por frecuentes repeticiones o prolongaciones de sonidos o sílabas (Criterios A1 y A2). También se observan otros tipos de alteraciones de la fluidez del habla, entre las que se incluyen interjecciones (Criterio A3), fragmentación de palabras (p. ej., pausas dentro de una palabra) (Criterio A4), bloqueo audible o silencioso (p. ej., pausas en el habla ocupadas o no) (Criterio A5), circunloquios (esto es, sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas) (Criterio A6), palabras producidas con un exceso de tensión física (Criterio A7) y repeticiones de palabras monosilábicas (p. ej., "Yo-yo-yo le veré") (Criterio A8). La alteración de la fluidez interfiere el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social (Criterio B). Si hay un déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias del habla son superiores a las asociadas usualmente a estos problemas (Criterio C).
- ❖ **Trastorno de la comunicación. no especificado** Esta categoría se reserva para trastornos de la comunicación que no cumplen los criterios de ningún trastorno de la comunicación específico; por ejemplo, un trastorno de la voz (esto es, una anomalía del volumen, calidad, tono o resonancia vocales).



Causas

Son muchas las causas que pueden producir una **discapacidad visual o auditiva** en cualquiera de los grados y tipologías definidos, siendo las más frecuentes las recogidas en el siguiente cuadro.

Origen hereditario	Acromatopsia: ceguera total de colores. Albinismo: carencia total o parcial de pigmento, sensibilidad extrema a la luz y fotofobia. Cataratas congénitas. Renitis pigmentaria. Miopía degenerativa. Glaucoma.
Origen congénito	Anoftalmia: ausencia del globo ocular o no desarrollo del mismo. Atrofia del nervio óptico: pérdida de la agudeza visual y trastornos en la percepción de colores. Rubéola: enfermedad que pasa de la madre que puede producir trastornos en los ojos del feto.
Origen traumático o secundarias por otras enfermedades	Retinopatía del bebé prematuro: trastornos en la retina, resultado de la excesiva administración de oxígeno en la incubadora. Retinopatía diabética: Desprendimiento de la retina.
Trastornos producidos por tumores, virus o tóxicos	Glioma de la retina: tumor en la retina Melanosarcoma del coroides: tumor en el coroides Neuritis óptica: inflamación y degeneración del nervio óptico.



Adquiridas	<p>Infecciones congénitas: toxoplasmosis, rubeola, herpes simple, sífilis, citomegalovirus.</p> <p>Infecciones postnatales: meningitis bacteriana, paperas, sarampión, rubeola, etc. Las paperas (parotiditis) constituyen la causa más frecuente de sordera adquirida en los niños o niñas.</p>
Genéticas: constituyen al menos el 50% de los casos	<p>Autosómicas recesivas: Hipoacusia profunda aislada, síndrome de Usher, etc. El gen anómalo tiene que existir en ambos progenitores. La sordera se presenta de forma aislada, en el 70% de los casos (Malformaciones de Scheibe, Michel y Mondini) o asociada a otras anomalías en el 30%.</p> <p>Autosómicas dominantes: síndrome de Waardenbrug, síndrome de Alport, hipoacusia profunda aislada, otoesclerosis coclear, etc.</p> <p>Recesivas ligadas al cromosoma X: hipoacusia profunda asociada con daltonismo, síndrome tipo Alport.</p> <p>Mitocondriales: síndrome de KearnsSayre, etc.</p> <p>Malformativas: microsomía hemifacial, síndrome de Goldenhar, etc.</p> <p>Presbiacusia: pérdida gradual de la audición a medida que la persona envejece.</p>
Traumáticas	<p>Hiperbilirrubinemia (aumento de la bilirrubina en sangre), generalmente debida a incompatibilidad Rh.</p> <p>Ototóxicos: antibióticos tipo estreptomina, tobramicina, gentamicina, tomados por la madre que atraviesan la placenta.</p> <p>Antibióticos: kanamicina, neomicina, estreptomina, gentamicina, vancomicina, furosemida, etc.</p> <p>Prematuridad.</p>

3. Discapacidad psíquica

La **Discapacidad mental** no es una enfermedad, es una condición humana. El desconocimiento, la sobreprotección, el aislamiento y la burla son actitudes que evidentemente debilitan la autoconfianza de las personas con discapacidad mental, limitando sus condiciones para desenvolverse y aprovechar sus habilidades remanentes en función de un desarrollo acorde a su etapa de vida.

Los mitos y prejuicios irán desapareciendo en la medida que las personas, las instituciones y las sociedades aprendan a generar espacios de convivencia en la diversidad, a crear sistemas integrados donde cada individuo pueda funcionar según sus potencialidades y no de acuerdo a normas generales y rígidas.

Retardo o discapacidad mental significa un funcionamiento intelectual general notablemente por debajo del promedio, que existe junto con deficiencias en el comportamiento adaptativo y que se manifiesta durante el período del desarrollo.

Se considera que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta “trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes”.

Causas

- ❖ Factores genéticos, en el caso del síndrome de Down, trisomía del cromosoma 21.
- ❖ Errores congénitos del metabolismo, como la fenilcetonuria.

- ❖ Alteraciones del desarrollo embrionario, en las que se incluyen las lesiones prenatales.
- ❖ Problemas perinatales, relacionados con el momento del parto.
- ❖ Enfermedades infantiles, que pueden ir desde una infección grave a un traumatismo.
- ❖ Graves déficits ambientales, en los que no existen condiciones adecuadas para el desarrollo cognitivo, personal y social.
- ❖ Accidentes de tráfico.
- ❖ Accidentes laborales.
- ❖ Enfermedades profesionales.

No es una enfermedad

No se cura con tratamientos o medicamentos. Es una condición particular de funcionamiento intelectual con la cual se puede haber nacido o bien haber ocurrido después del nacimiento. Se caracteriza por limitaciones tanto de la inteligencia como en las habilidades de adaptación social y práctica. Es una condición inherente al individuo. No se la puede contraer de otras personas. No es un tipo de enfermedad mental, como la depresión. Las personas con discapacidad mental pueden aprender, llegar a valerse por sí mismos, trabajar en empleos bien dirigidos y ser aceptados por la sociedad, sólo necesitan tiempo, buena orientación y educación.

Clasificación

El criterio psicométrico es el que se impone, utilizando el C.I.(Coeficiente Intelectual), introducido por Stern para clasificar la deficiencia mental. Dicho coeficiente es el resultado de dividir la Edad Mental entre la Edad Cronológica y multiplicarlo por 100.

Según la Asociación Americana para la Deficiencia Mental y la Organización Mundial de la Salud, existen cinco niveles o grados de deficiencia mental atendiendo al C.I:

1. Deficiencia mental límite o borderline

Su Coeficiente Intelectual está entre 68-85. Existen bastantes diferencias entre los diferentes autores sobre si deberían o no formar parte de ella. En la realidad cuesta catalogarlos como deficientes mentales ya que son personas con muchas posibilidades, que manifiestan un retraso en el aprendizaje o alguna dificultad concreta de aprendizaje.

2. Deficiencia mental ligera

Su C.I. está entre 52-68. Pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación, y tienen capacidad para adaptarse e integrarse en el mundo laboral. Presentan un retraso mínimo en las áreas perceptivas y motoras.

3. Deficiencia mental moderada o media

Su C.I. se sitúa entre 36-51. Pueden adquirir hábitos de autonomía personales y sociales. Pueden aprender a comunicarse mediante el lenguaje oral pero presentan con bastante frecuencia dificultades en la expresión oral y en la comprensión de los convencionalismos sociales. Aceptable desarrollo motor y pueden adquirir las habilidades pretecnológicas básicas para desempeñar algún trabajo. Difícilmente llegan a dominar las técnicas instrumentales básicas.

4. Deficiencia mental severa

Su C.I. se sitúa entre 20-35. Generalmente necesitan protección o ayuda ya que su nivel de autonomía tanto social como personal es muy pobre. Suelen presentar un importante deterioro psicomotor. Pueden aprender algún sistema de comunicación, pero su lenguaje oral será muy pobre. Puede adiestrarse en habilidades de autocuidado básico y pretecnológicas muy simple.

5. Deficiencia mental profunda

Su Coeficiente Intelectual es inferior a 20. Presentan un grave deterioro en los aspectos sensoriomotrices y de comunicación con el medio. Son dependientes de los demás en casi todas sus funciones y actividades, ya que las deficiencias físicas e intelectuales son extremas. Excepcionalmente tienen autonomía para desplazarse y responden a entrenamientos simples de autoayuda.

Posibilidades de intervención educativa

1. Límites o borderline

Hay que insistir que la OMS, en 1968, se pronunció; categóricamente contra la caracterización de las personas de este nivel como deficientes mentales. La multitud de casos considerados de inteligencia límite es analizable en términos de alteraciones o dificultades concretas: niños o niñas lentos en el aprendizaje, cuya lentitud afecta para el proceso de adquisición, mas no al nivel que son capaces de alcanzar. Retrasados escolares, niños o niñas con repetido fracaso escolar. Sujetos con dificultades o trastornos en la adquisición de competencias específicas, como las de cálculo o las de lectoescritura. Niños o niñas hiperactivos o hipoactivos, con déficits atencionales que dañan seriamente sus procesos cognitivos y de aprendizaje. El mayor peligro para estas personas, cuando todavía se hallan en período evolutivo, está en que sus concretas dificultades lleguen a solidificarse en retrasos y déficits funcionalmente tan invalidantes como la deficiencia mental.

2. Deficientes mentales ligeros

Aunque limitados en su capacidad intelectual, y con graves dificultades para seguir un currículum escolar normal, incluso en niveles básicos, son capaces de llegar a escribir, de aprender las cuatro operaciones elementales de cálculo y de alcanzar un respetable conjunto de aprendizajes y conocimientos escolares. Su rendimiento en el trabajo, sus relaciones sociales y su comportamiento sexual pueden también ser en todo o casi todo, semejantes a los de personas más inteligentes. A menudo, la deficiencia mental ligera, permiten un pronóstico esperanzador con los tratamientos psicopedagógicos pertinentes.

3. Deficientes mentales medios o moderados

Es la deficiencia mental típica, la que mejor refleja las descripciones convencionales de lo que la deficiencia mental es. Los límites reales, tanto por arriba como por abajo, son difíciles de definir y nada rígidos. Su limitación le traerá problemas serios para la inserción en un trabajo y, en general, para la inserción social.

4. Deficientes mentales severos

Es difícil de rehabilitar y remontar. A pesar de los tratamientos psicopedagógicos, la deficiencia mental severa tiene un pronóstico no demasiado esperanzador, aunque pueden conseguirse metas de integración y normalización social. El objetivo prioritario con los deficientes mentales severos, no es la enseñanza convencional, sino la adquisición del mayor número posible de hábitos o habilidades de autonomía básica.

5. Deficientes mentales profundos

Es muy difícil que el deficiente estrictamente profundo, llegue a alcanzar autonomía funcional más allá de las conductas más elementales de vestirse y desnudarse, comer por sí solo, o adquirir las habilidades de higiene personal. La enseñanza que ha de recibir será de hábitos de autonomía y no resultará fácil que llegue ni siquiera a dominar el lenguaje oral. La meta educativa principal de un deficiente profundo es que deje de ser profundo, o de aparecer como tal. La meta del educador o educadora ha de ser proporcionarles habilidades que les hagan crecientemente autónomos en diversas áreas de la vida diaria y que reduzcan así la necesidad de ayuda externa.

Tratamientos para discapacitados mentales

El tratamiento para el o la deficiente mental tiene que ir encaminado a una ayuda para el progreso del niño o niña tanto de las habilidades cognitivas como de la personalidad, y de su integración social y laboral. A su vez la colaboración y orientación de la familia es muy importante, ya que la ayuda y comprensión familiar ocupa un papel fundamental en la adquisición de destrezas.

En muchos casos el tratamiento médico es importante. Cabe destacar que no se ha comprobado que los medicamentos mejoren las capacidades cognitivas; pero por otro lado los tranquilizantes si pueden mejorar conductas agresivas y la ansiedad.

El tratamiento psicológico, está indicado para la mejora de la inteligencia mediante técnicas de psicomotricidad general, la adquisición de los conceptos básicos espacio-temporales, coordinación y equilibrio. Este tratamiento trabaja con programas para la adquisición de aptitudes perceptivas, atención, memoria y razonamiento. Además tiene unas técnicas de modificación de conducta que están indicadas para la adquisición de hábitos: control de esfínteres, autoalimentación, higiene, juego, verbalización, comprensión, etc....

El tratamiento pedagógico va dirigido a la creación de programas de desarrollo individual en el que se da un seguimiento individual mediante tablas de observación y su evaluación continua. Se han creado diferentes programas para la mejora de la inteligencia, uno de ellos es el "entrenamiento cognitivo-comportamental de Meichenbaum". El "programa de enriquecimiento instrumental de Reuven Feuerstein" es otro de ellos.

Dificultades y barreras. Líneas de acción

Cuando las personas con discapacidad mental tienen los niveles de autonomía necesarios, en menor o mayor grado, para desempeñarse en los distintos ámbitos sociales enfrentan una serie de dificultades como consecuencia de su deficiencia, en especial debido a los estereotipos y prejuicios que prevalecen respecto a sus capacidades.

Si bien hay avances relevantes en los espacios de integración obtenidos por este sector, aún hay obstáculos importantes sustancialmente en su acceso a los sistemas de salud, a la educación y el trabajo.

Un elemento que limita de manera importante el desarrollo de las personas con discapacidad mental es el énfasis que la sociedad le otorga al plano intelectual, el que constituye el área «vulnerable» de estas personas. Valorar y aprovechar sus potencialidades y otras capacidades ha sido un extenso trabajo de las entidades y personas vinculadas a esta realidad.

El trabajo para superar las dificultades que le pone el entorno a las personas con discapacidad mental implica mantener siempre una mirada integral de sus funciones y capacidades, además de abordar sus necesidades de manera intersectorial. Los desafíos van cambiando y creciendo con el paso del tiempo.

Existen avances importantes, especialmente en el ámbito del lenguaje, prevaleciendo hoy la digna referencia de discapacidad intelectual. Se trata de un concepto que aclara que la discapacidad se ubica a nivel intelectual y que el resto de la persona está llena de capacidades y posibilidades.

En general, tanto los familiares como profesionales han evolucionado respecto al grado de autonomía esperado y otorgado a las personas con discapacidad mental (o mejor dicho intelectual). En este tema la estimulación temprana ha sido central al igual que la integración escolar.

La participación de las personas con discapacidad mental en el sistema de educación regular es una materia compleja y vinculada, generalmente, al grado de discapacidad. Existen diversos enfoques y posturas, prevaleciendo en algunos sectores la opinión de que sólo la educación especial le permite a la persona desarrollarse adecuadamente debido a que el sistema regular aún no está preparado para atender sus necesidades especiales de educación. Hay también bastantes casos exitosos de inclusión educativa, habitualmente con apoyo pedagógico externo, pero es cierto que se trata de uno de los temas donde aún queda mucho por discutir, acordar y hacer.

Lo importante es tener presente que cada persona es un ser único y diferente y que las reglas generales no existen. En todo caso, a nivel internacional la tendencia es la integración en el sistema común con la sociedad que les permitiera a estas personas llevar una vida integrada y satisfactoria, aunque no posean un coeficiente intelectual determinado. Los desafíos de las sociedades modernas apuntan en este sentido a aceptar, respetar e incorporar a la diversidad en todos los planos de la vida.

*Nuestras necesidades reales se hallan contenidas en un ámbito reducido.
(Winston Churchill)*

Recomendaciones para el trato

- ❖ Debes actuar naturalmente al dirigirte a una persona con deficiencia mental. Trátalas con respeto y consideración. Si fuera un niño o una niña, trátala como a un niño. Si fuera un adolescente, trátala como a un adolescente. Si fuera una persona adulta, trátala como tal.

- ❖ No las ignores. Salúdalas y despídetete de ellas normalmente, como harías con cualquier persona. Dale atención, conversa con ellas, y verás cómo será de divertido. Sé natural, di palabras amistosas.
- ❖ No las sobreprotejas. Deja que ellas hagan o traten de hacer solas todo lo que puedan. Ayúdalas apenas cuando fuera realmente necesario. Las personas con deficiencia mental llevan más tiempo para aprender, pero pueden adquirir muchas habilidades intelectuales y sociales.
- ❖ Las personas con deficiencia mental, generalmente, son muy cariñosas. Discapacidad mental no debe ser confundida con enfermedad mental.

Rehabilitación y socialización

El proceso de rehabilitación e integración de las personas con discapacidad mental se facilitará en la medida que exista una detección temprana y un diagnóstico que incluya un enfoque lo más amplio posible, no sólo del déficit sino de las potencialidades. Asimismo, se requieren políticas públicas, sistemas y recursos más integradores, integrales y participativos; la eliminación de las barreras culturales y físicas. En definitiva, igualdad y equiparación de oportunidades por la sola razón de los derechos y no de la caridad.

Se entiende por rehabilitación integral como el proceso por el cual la persona logra la mayor compensación posible de las desventajas de toda naturaleza que puede tener como consecuencia de una deficiencia para el desempeño de los roles que le son propios por su edad, sexo y condición socio cultural.

En este sentido, se desarrollan estrategias que abarquen los distintos planos que componen a la persona, buscando su máximo desarrollo de acuerdo a sus características, en aspectos como el biológico, psicológico y social. Complementariamente, se deben canalizar los esfuerzos para que el entorno realice los ajustes necesarios para reducir o eliminar las barreras que se interpongan en su integración.

En el proceso de estimulación temprana y de socialización durante los primeros años de vida resulta determinante la actitud de los padres. Mientras mayor sea la confianza en las capacidades de aprendizaje del niño o niña, mayores serán los logros y resultados. Actualmente, se cuenta con variadas e innovadoras herramientas para potenciar las capacidades de las personas con discapacidad intelectual en cualquier etapa de su vida. A modo de ejemplo, se pueden citar la musicoterapia y la hipoterapia, técnicas que hoy son validadas y ampliamente utilizadas para complementar los tratamientos y proceso de rehabilitación.

Síndromes de discapacidad mental

Síndrome de Asperger

Es un trastorno del desarrollo cerebral muy frecuente (de 3 a 7 por cada 1.000 niños o niñas de 7 a 16 años), que afecta más a los niños que a las niñas. Fue reconocido como tal recientemente, en 1994, por lo que la población general, e incluso muchos profesionales, lo desconocen. La persona que lo padece tiene un aspecto externo normal, suele ser inteligente y no tiene retraso en la adquisición del habla, pero tiene problemas para relacionarse con los demás y en ocasiones presenta comportamientos inadecuados. Los padres suelen percibir esta diferencia entre los 2 y los 7 años, buscando una ayuda que en muchas ocasiones no es la apropiada. Como características (aunque cada individuo presenta distintos aspectos de la enfermedad) se cuentan: tics nerviosos, babeo, miedo o angustia ante estimulaciones sensoriales (tacto y ruido principalmente), pobre coordinación motriz y destreza, interés compulsivo y constante en un tema particular, rituales de conducta cotidianos, comprensión literal de las palabras.

Síndrome de Rett

Se trata de un trastorno neurológico, que se describió al principio sólo en niñas, en el que el desarrollo temprano es normal, pero entre los 7 meses y los dos años (6 a 18 meses de vida) hay una pérdida parcial o completa de capacidades manuales adquiridas y del habla, retraso en el crecimiento de la cabeza y la consecuencia es una grave invalidez mental. Su incidencia es de 1 caso por cada 15.000 niñas nacidas vivas. Es un trastorno neurológico progresivo severo. Está ligado al

Cromosoma X; los niños concebidos con esta mutación finalizan en aborto espontáneo, ya que el Síndrome de Rett se debe a mutaciones espontáneas, no hereditarias. Las primeras manifestaciones aparecen entre los 6 y los 30 meses de edad en forma de deficiencia mental severa. El desarrollo de la niña ha sido normal hasta esta edad, algunas incluso pronuncian palabras o combinaciones de palabras sencillas. Muchas de estas niñas andan en la edad que les corresponde mientras que otras presentan incapacidad para andar. Clínicamente se caracteriza, entre otras cosas, por hipotonía (extremidades flexibles), regresión en el desarrollo, crecimiento de la cabeza más pequeña de lo habitual (microcefalia), pérdida de uso de las manos, que realizan movimientos estereotipados y repetitivos. También se pierde la capacidad de interacción social, presentando dificultades para expresar y comprender el lenguaje y se producen convulsiones en una gran parte de los pacientes. El tratamiento tiene que ser multidisciplinar; la fisioterapia y la rehabilitación en su conjunto son fundamentales. A pesar de que no existe un tratamiento farmacológico específico, los anticonvulsivos pueden beneficiar a las niñas para tratar los ataques epilépticos y, también, para mejorar el estado de alerta en algunas pacientes.

Síndrome de Prader-Willi

Es un defecto congénito no hereditario que puede afectar por igual a cualquier bebé, independientemente de su sexo, raza o condición de vida. Se caracteriza fundamentalmente por un apetito insaciable y por problemas de conducta. Otros síntomas son el escaso tono muscular, deficiencia mental, desarrollo sexual deficiente, corta estatura, manos y pies pequeños, problemas visuales, dentales, trastornos respiratorios, escoliosis y diabetes. La causa es una incógnita y no hay posibilidad de curación. Hay que tener mucho cuidado para que esta persona no tenga fácil acceso a la comida pues tienen auténtica obsesión por comer, lo que provoca frecuentemente problemas de obesidad.

Síndrome de Down

Alteración genética del par 21 que presenta tres cromosomas (trisomía 21); uno de cada 700 niños o niñas nace con este síndrome, en todos los grupos étnicos, con tendencia a engendrar varones. Si bien cualquier persona está expuesta a concebir un hijo o una hija Down, las madres de edad avanzada tienen más posibilidades de tener descendencia con este trastorno. Ocasiona un retraso mental que varía desde leve a grave y se asocia además con características faciales y físicas propias: estatura baja y cabeza pequeña, redondeada; frente inclinada; orejas de implantación baja; ojos sesgados hacia arriba y afuera; boca abierta; lengua grande y fisurada; dedos meñiques cortos y curvados hacia adentro; manos anchas con surco transversal en la palma. A veces se detectan anomalías congénitas del corazón, en el tabique que separa los lados izquierdo y derecho. En algunos casos aparece hacia los 40 años demencia prematura tipo Alzheimer. El coeficiente intelectual promedia en 50, pero además de esta menor capacidad cognitiva y de los mencionados rasgos físicos, no existen grandes diferencias en su desarrollo y adquisición de hábitos con el resto de los niños o niñas.



Autismo

Consiste en un trastorno profundo del desarrollo que afecta las capacidades de relación, comunicación y flexibilidad del comportamiento. Las estadísticas mundiales señalan que cinco de cada 10.000 nacidos tiene autismo, en su mayoría varones y generalmente está vinculado a algún nivel de retardo mental. Las conductas propias de este síndrome comienzan a manifestarse antes de los tres años de vida, desconociéndose hasta ahora sus causas. Las principales características que presenta la persona autista son: dificultad para usar el lenguaje o ausencia de él; indiferencia al medio

que lo rodea; desconocimiento de su propia identidad; falta de comunicación con otras personas; ausencia de contacto visual; incapacidad para jugar y simbolizar su realidad con el juego; movimientos repetitivos y estereotipados; falta de iniciativa propia.

Síndrome X frágil o Síndrome de Martin y Bell

Es la segunda causa de retraso mental, después del Síndrome de Down, y la primera causa de retraso mental hereditario. Su diagnóstico suele ser tardío y a veces erróneo, ya que a menudo se le confunde con autismo. Se presenta mayormente en varones. Fue descubierto en 1943 y, gracias a los avances médicos, en 1992 se desarrolló un test basado en el ADN para diagnosticar tanto a portadores como a afectados por este síndrome. Las características físicas típicas que presentan las personas con cromosoma X Frágil son: cara alargada, orejas grandes y/o separadas y estrabismo, aunque estos rasgos no están presentes en todos los casos, ni con la misma intensidad. Las características de conducta más frecuentes en los varones son: hiperactividad, trastornos de atención, timidez extrema, evitación de la mirada, lenguaje repetitivo, estereotipias como aleteos o morderse la mano, angustia, hipersensibilidad a los estímulos, resistencia a los cambios, etc. En las mujeres se presenta angustia, timidez y dificultades en áreas como las matemáticas. Hoy por hoy, no existe un tratamiento médico curativo, pero sí tratamientos paliativos de alguno de sus síntomas, de cara a mejorar determinados problemas físicos. Y, por otra parte, tratamiento educativo, adaptado a las necesidades y habilidades de cada individuo. Ambos han de comenzar lo antes posible. En nuestro país, el diagnóstico del Síndrome X frágil, se realiza a través de tres criterios: el clínico, el citogenético (relacionado a la conformación celular) y el genealógico (que se refiere a la presencia de la enfermedad dentro de la familia).

Fenilcetonuria

Es una enfermedad hereditaria causada por un defecto metabólico que afecta el modo en que el cuerpo procesa las proteínas. Si bien afecta a todos los grupos étnicos, es extraño en la raza negra y en los judíos askenazi. Los niños con fenilcetonuria no pueden procesar una parte de la proteína llamada fenilalanina hidroxilasa; como consecuencia, se produce una acumulación de fenilalanina en el flujo sanguíneo del niño o niña que, si no es diagnosticada antes de los seis meses de vida, provoca daños cerebrales. Mediante el uso de una prueba desarrollada en los años 60, consistente en una pequeña punción en el talón del bebé para extraer y analizar una muestra de sangre, se puede detectar precozmente esta enfermedad. Es posible prevenir el retraso mental completamente, si comienza a tratarse al bebé con una dieta especial que tenga poca fenilalanina antes de su tercera semana de vida.

Alzheimer

Esta enfermedad afecta las partes del cerebro que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje. La memoria se debilita, los hechos cotidianos recientes no son recordados y en la medida que avanza se afecta la memoria para los eventos vitales más antiguos; los afectos se empobrecen, con pérdida del interés para mantener relaciones sociales con la familia y el entorno, mostrando un progresivo aislamiento social. El proceso de la enfermedad es gradual y generalmente la persona se deteriora lentamente. Hasta ahora la causa de la enfermedad es desconocida y no tiene cura. Este padecimiento lleva el nombre del Doctor Alois Alzheimer, quien en 1906 describió cambios en el tejido del cerebro de una mujer que había muerto de lo que se creía era una enfermedad mental inusual. Ahora estos cambios característicos y anormales en el cerebro se reconocen como la Enfermedad de Alzheimer, la que afecta a todos los grupos de la sociedad; aunque es más común entre las personas mayores. Los jóvenes también pueden presentarla.

Cómo hablar de discapacidad

Es importante saber que la discapacidad NO es lo que define a la persona, por lo que al hablar de discapacidad, hay que decir la palabra persona. Por ejemplo: en vez de autista se debe de decir persona con autismo. Y al hablar de apoyos, en vez de decir: "no puede", hay que decir: "requiere de apoyos para". "Tiene" en vez de "sufre de" (tiene síndrome de Down, no sufre de Down).

Los niños invisibles

Hasta hace algunos años, podemos hablar de finales de la década de los años 60, la discapacidad o limitación era considerada como un asunto de salud específicamente. Los niños y niñas con dis-

capacidad eran niños o niñas enfermas, que debían estar al cuidado de sus familias y recogidos en lugares apartados, por ser considerados inútiles, no aptos, y muchos otros calificativos peyorativos y dolorosos que estigmatizaban y marcaban para siempre la vida de los niños y niñas, alejándolos de los espacios familiares, escolares, comunitarios y de recreación.

A partir de los años 80, el sol iluminó los caminos y la invisibilidad desapareció paulatinamente originando políticas de atención y protección para estos pequeños, que sin saberlo gozaban de igualdad de condiciones y de equidad en sus derechos.

Antes que nada son niños y niñas que, independientemente de su discapacidad, ríen, lloran, necesitan afecto, lo dan y lo re-crean todo para que los adultos propongamos posibilidades de vida para ellos.

Quiero aquí que nos tomemos unos minutos de tiempo de reflexión que será valioso para comprender a nuestros niños o niñas, para comprender su vida.

Su discapacidad muchas veces no les permite estar en igualdad de condiciones para algunas actividades, pero especialmente la actividad más importante: **SER NIÑO o NIÑA.**

Si todos cerramos los ojos un momento podremos traer un recuerdo de infancia, de juegos, de bicicleta para algunos, patinar, correr, caminar con los pies descalzos bajo la lluvia sin esquivar los charcos de las calles sin importar el regaño de una mamá protectora, el río, la salida del colegio al atardecer, los domingos en el campo, el cine, la primera novia...



Todo esto y mucho más hace parte de la infancia feliz... pero un niño o niña con discapacidad no tiene igual suerte...

De nosotros y nosotras depende muchas veces el ofrecer alternativas, opciones de vida que harán de un niño o niña, depositario de felicidad. Hacerlos visibles dentro del hogar y en la comunidad es tarea que nos corresponde. Buscar la igualdad de condiciones, restituir y restablecer los vínculos, encontrar la igualdad de oportunidades va más allá de los derechos, es un acto de amor y de dedicación que abrirá nuevos caminos.

La discapacidad vista desde el corazón, no es más que una situación en la cual estos niños y niñas se encuentran en condiciones diferentes ante su familia y comunidad. La diferencia, al contrario de enfrentarnos, nos enseña a conocer más del otro, a conocer sus necesidades, a valorar ese porcentaje que algunas veces los médicos y los terapeutas olvidan, el porcentaje del **sí se puede.**

La discapacidad ha sido entendida como una consecuencia que puede surgir de una enfermedad o traumatismo, sin embargo el término ha ido evolucionando a través de los años.

La OMS, Organización Mundial de la Salud publicó en 1980 la clasificación Internacional de Deficiencias, discapacidades y Minusvalías que en su momento fue de suma importancia pero que ahora ha sido reemplazada por la nueva clasificación Internacional de Funcionamiento.

Como verán, aparece en su nombre la palabra Funcionamiento que ya de hecho es positiva. Esto quiere decir que desaparece del lenguaje la connotación negativa.

El término discapacidad es tomado como una especie de "sombrija" que abarca y cubre a todos los demás términos utilizados hasta ahora.

CONCLUSIONES

En la actualidad, el reconocimiento de los derechos de la infancia en general y de los niños y niñas que se encuentran en situaciones especiales por su discapacidad, está amparado por un marco legal satisfactorio, tanto a nivel europeo, como nacional e incluso autonómico. Sin embargo a lo largo de esta guía se ha podido constatar la no aplicación o el reconocimiento parcial de alguno de estos derechos.

Socialmente se ha concebido al niño o niña con discapacidad como un ser incapaz, objeto de compasión y de acciones paternalistas sin tener en cuenta el *“sí se puede”* mencionado anteriormente, y el porcentaje de “capacidad” que tiene.

La discapacidad, si bien es cierto, disminuye el accionar del niño o niña en su entorno, no le merma en ningún momento sus derechos, y el ejercicio de ellos siendo, entre otros la familia, el garante de ellos. La comunidad en segunda instancia y el Estado como último en esta línea de garantizar sus derechos.

El día a día de un niño o niña con discapacidad

1. Un cuento que habla de las diferencias a los más pequeños. Diferencias vividas por los niños o niñas con alguna discapacidad auditiva, visual, espina bífida, atraso mental, daño cerebral.



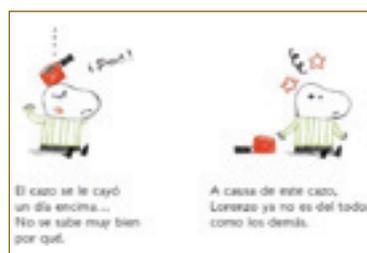
Las causas de la discapacidad infantil

2. Hay niños y niñas que, desde su nacimiento o a causa de un accidente o enfermedad, presentan alguna diferencia o discapacidad.



Tipos de discapacidad infantil

3. El niño o niña que tiene alguna discapacidad, sea motora, intelectual, sensorial, etc., no sabe por qué la tiene. Sólo siente que no es como los demás niños o niñas.



Una atención especial a los niños y niñas con discapacidad

4. A raíz de su problema, los niños o niñas con alguna discapacidad, buscan continuamente la comprensión, el cariño y la atención de las otras personas.



La sensibilidad de los niños y niñas con discapacidad

5. Los niños y niñas que tienen alguna diferencia física, motora o psíquica, suelen ser más intensamente sensibles a los problemas de los demás.



Las cualidades de los niños y niñas con discapacidad

6. A los niños y niñas que poseen alguna discapacidad les gusta la música y poseen un montón de cualidades y virtudes. Son niños y niñas especiales como los demás niños y niñas. Tienen un buen corazón.



La relación de un niño o niña con discapacidad con otras personas

7. No es sólo la discapacidad lo que hace difícil la vida de un niño o niña, sino las actitudes de algunas personas que sólo consiguen ver sus diferencias. Muchos los ignoran o los tratan como alguien raro o anormal. Y eso les hace sentir muy mal.



La incomprensión que sufren los niños y niñas con discapacidad

8. Algunas personas se sienten molestas e incómodas por la presencia de un niño o niña con alguna discapacidad. Eso hace con que el niño o la niña se sienta muy solos.



La discriminación hacia los niños y niñas con discapacidad

9. No es fácil para los niños y niñas con alguna discapacidad convivir con los demás. Están mucho más propensos a sufrir discriminación, maltrato y otros problemas.



Las dificultades de los niños y niñas con discapacidad

10. Los niños y niñas sordos, ciegos, con algún atraso mental, etc., siempre tendrán que enfrentarse a muchas dificultades.



El esfuerzo de los niños y niñas con discapacidad

11. Son niños y niñas que muchas veces tienen que esforzarse muchísimo más para hacer lo que los demás niños y niñas hacen.



El sufrimiento de los niños y niñas con discapacidad

12. Debido a que no encuentran apoyo y comprensión, los niños y niñas con alguna discapacidad se irritan, se enfadan y protestan de sus dificultades. ¿A quién le gusta sentirse diferente?



La protección a los niños y niñas con discapacidad

13. Muchas veces estos niños y niñas se entristecen por su situación y acaban alejándose de los demás. Quieren estar solos y apartados del resto del mundo porque piensan que así se sentirán más protegidos.



La soledad de los niños y niñas con discapacidad

14. Los niños y niñas con discapacidad se sienten muy solitarios e ignorados por las demás personas. Se sienten cada día más solos.



El niño o niña con discapacidad no está solo

15. Felizmente, los niños y niñas con discapacidad pueden encontrar personas también muy especiales que pueden echarles una mano y quitarlos de la soledad.



La comprensión hacia el niño o niña con discapacidad

16. Hay personas extraordinarias y comprensivas con las que pueden contar los niños y niñas con discapacidad. Son personas que les entienden y les animan a la vez.



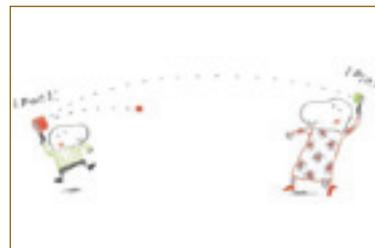
Animar y entender a los niños y niñas con discapacidad

17. Son personas que enseñan a estos niños y niñas a superar sus dificultades. Les enseñan a llevar de una manera positiva sus problemas y diferencias.



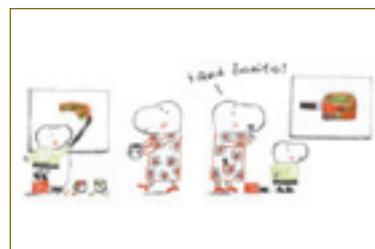
Las virtudes de los niños y niñas con discapacidad

18. Son personas que consiguen hacer que los niños y niñas con alguna discapacidad, afloren y rescaten sus virtudes y habilidades. Un niño o niña con discapacidad no es un niño o niña discapacitado.



Los talentos de los niños y niñas con discapacidad

19. Les ayudan a superar sus miedos y angustias, al mismo tiempo que les ayudan a desplegar sus talentos como la pintura, el dibujo, el baile, la música, etc.



Nuestra ayuda a los niños y niñas con discapacidad

20. Si podemos echar una mano a los niños y niñas con alguna discapacidad, debemos hacerlo. Hay una solución para todos los problemas.



El aprendizaje de los niños y niñas con discapacidad

21. Los niños y niñas con discapacidad deben aprender que lo que diferencia una persona de otra es la manera o la actitud con la que cada una sobrelleva sus problemas y diferencias. Reconocer eso les hará más felices.



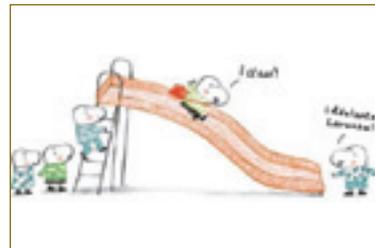
Los niños y niñas con discapacidad y los demás niños y niñas

22. El problema de estos niños y niñas sigue estando ahí, pero cuando encuentran una forma cómoda de llevarlo se dan cuenta de que pueden hacer prácticamente todo lo que hacen los demás niños y niñas.



Los juegos de niños y niñas con discapacidad

23. Los niños y niñas con discapacidad pueden disfrutar de los juegos o juguetes, como los demás niños y niñas. Pueden jugar en los parques, ir a fiestas de cumpleaños, a excursiones, etc.



El apoyo a los niños y niñas con discapacidad

24. A partir del momento en que el niño o niña con discapacidad encuentra un apoyo, se siente seguro para manifestar un montón de cualidades.



La aceptación hacia los niños y niñas con discapacidad

25. El reconocimiento de las demás personas sobre sus cualidades hacen con que los niños y niñas con discapacidad se sientan igualmente queridos y apreciados como los demás niños y niñas. Se sentirán aceptados y arropados por sus seres queridos.



El cazo de Lorenzo, Isabelle Carrier.

Más información:

Convención sobre los Derechos del Niño:

<http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>

Derechos de los niños y niñas con discapacidad en España:

http://www.gat-atenciontemprana.org/7_Bibliografia/01-DerechosNinno.pdf

Categorías de discapacidad bajo la ley IDEA:

<http://www.nichcy.org/documents/spanish%20pubs/gr3sp.pdf>

Derechos de los niños y niñas con discapacidad:

http://www.defensordelmenor.org/upload/documentacion/publicaciones/pdf/derechos_ninos_discapacidad.pdf

Los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidades:

<http://www.hrea.net/learn/guides/discapacidad.html>

BIBLIOGRAFÍA

Legislación consultada:

- ❖ Constitución Española de 1978.
- ❖ Convención sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989.
- ❖ Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.
- ❖ Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.
- ❖ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- ❖ Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad.
- ❖ Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales.
- ❖ Ley 8/1993, de 22 de junio, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas, de la Comunidad de Madrid.
- ❖ Ley 6/1995, de 28 de marzo, de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid.
- ❖ Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- ❖ Ley 8/2002, de 27 de noviembre, de Juventud de la Comunidad de Madrid.
- ❖ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.