

CENAREC

Construyendo sociedades inclusivas

Con el propósito de brindar estrategias que favorezcan la eliminación de barreras para la participación en sociedad de las personas en situación de discapacidad, el CENAREC presenta “Construyendo sociedades inclusivas”, una iniciativa que recopila información desde la perspectiva del Modelo Social de la discapacidad.

Para su creación, se contó con el apoyo y asesoría de personas en situación de discapacidad, padres de familia y profesionales de distintas áreas, de manera que la información presentada sea pertinente y funcional.

Discapacidad...

¿Qué es?

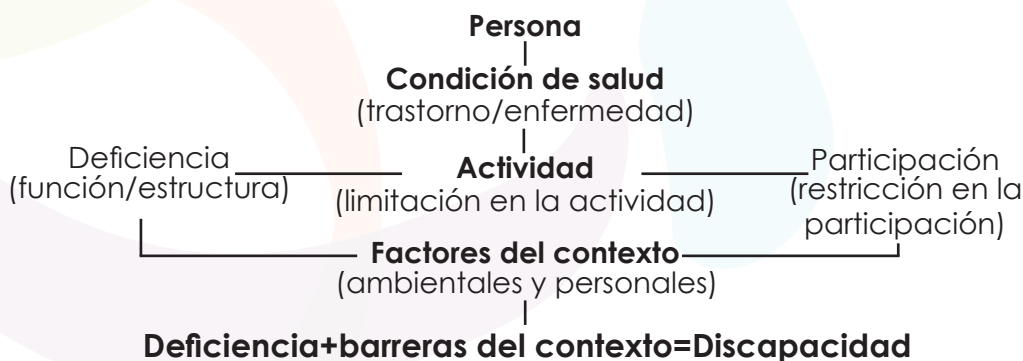
La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) menciona “que la discapacidad es el resultado de la relación entre la persona con deficiencias y las barreras que le impiden que participe en la sociedad como los demás”, (p. 7).

Acerca del término “deficiencia” la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, indica:

“Es toda pérdida o anomalía de una estructura, o función psicológica, fisiológica o anatómica”. (CIF, 2001).

En el siguiente diagrama se presenta la relación que hay entre la deficiencia y el entorno; los describe como elementos que interactúan dinámicamente, lo que en forma paralela permite que se modifiquen, según lo plantea la CIF.

La deficiencia es una situación que con los apoyos oportunos y adecuados puede mejorar; el entorno, si se adapta a los requerimientos de los usuarios, disminuirá de manera significativa las barreras para la participación.



Fuente: CIF (2001)

En la imagen se muestra un esquema del modelo social de la discapacidad, deficiencia más barreras del contexto igual a discapacidad.

Por lo anterior en este documento nos referiremos a deficiencia.

ACERCA DE LAS DEFICIENCIAS

DEFICIENCIA VISUAL



El concepto de deficiencia visual incluye:

- Ceguera
- Baja visión

Ceguera:

Según, Centro Mayo de Baja Visión (2015) una persona es ciega cuando carece totalmente de percepción de la luz.

Baja visión:

La Organización Mundial para la Salud (OMS) en 1992 definió que “Una persona con baja visión es la que tiene una deficiencia en el funcionamiento visual y aún después del tratamiento y/o corrección tiene una agudeza visual desde 20/60 hasta la percepción de luz o campo visual menor de 10 grados desde el punto de fijación, pero que usa o que es potencialmente capaz de usar la visión para la planificación o ejecución de una tarea” (p. 77).

Recomendaciones:

- Visitas a especialistas en oftalmología y optometría.
- Promover un trabajo coordinado: hogar-centro educativo-servicios de oftalmología y optometría.
- Considerar espacios libres de obstáculos, de manera tal que la persona se sienta segura al desplazarse.
- Si se hacen cambios en el entorno en que se desenvuelve la persona, comuníquelos (por ejemplo, cambiar de posición pupitres, muebles).
- Al interactuar identificarse con la persona: “hola... soy...”.
- El mensaje para la persona debe ser claro, indicar cómo y dónde están los objetos o personas a las que se hace referencia en la conversación.
- Si va entregar documentación, considere facilitarla en formato digital y accesible, según las preferencias del usuario.
- La persona indicará toda vez que requiera apoyo, puede ofrecerlo y esperar las preferencias del interlocutor.
- Recuerde que el bastón es un instrumento exclusivo de la persona con deficiencia visual, no es correcto tomarlo o manipularlo, a menos que sea necesario.
- Si el usuario cuenta con un perro guía, lo mejor que puede hacer por ambos, es ignorarlo.

DEFICIENCIA AUDITIVA



La Organización Mundial de la Salud (2001), dice que alguien presenta pérdida de audición, cuando no escucha tan bien como una persona cuyo sentido del oído es normal, es decir, cuyo umbral de audición en ambos oídos es igual o superior a 25 dB.

La pérdida de audición o Hipoacusia puede ser leve, moderada, severa o profunda y afecta a uno o ambos oídos.

Las personas con Hipoacusias de grado leve hasta severo, logran con el uso de audífonos mejorar su audición de manera satisfactoria.

Sin embargo, las personas con sorderas de grado severo a profundo, son candidatas para Implante Coclear para tener acceso a una comunicación oral.

Por otra parte la SIRIED (2010), menciona que: con las personas sordas es necesario el desarrollo de una educación bilingüe, el lenguaje de señas, así como el aprendizaje de la lengua oral y escrito.

Con relación al Tamizaje Auditivo Neonatal

¿Qué es el Tamizaje Auditivo Neonatal?

Consiste en una prueba sencilla y rápida que permite identificar de entre toda la población neonatal a aquellos recién nacidos que podrían ser portadores de alguna deficiencia auditiva. La prueba es indolora y no invasiva y se realiza con un equipo de alta tecnología que está en constante avance.

¿Por qué es importante el tamizaje auditivo?

Los programas de Tamizaje Auditivo Neonatal Universal (TANU), ayudan a detectar, diagnosticar y tratar las deficiencias auditivas, de manera oportuna, lo cual, favorece el desarrollo de habilidades cognitivas, del habla y el lenguaje, y paralelamente el impacto en el ámbito social, emocional y educativo.

¿Cuál es la situación en Costa Rica?

Costa Rica es el primer país de Centroamérica que inició el Tamizaje Auditivo Neonatal, mediante la Ley No. 9142, Ley del Tamizaje Auditivo Universal (Gaceta 139, del 19-07-2013), se declara obligatorio tanto para instituciones públicas como privadas, la realización de pruebas auditivas a todos los recién nacidos y se garantiza el derecho al diagnóstico, tratamiento y el acceso a los productos de apoyo (audífonos, implantes cocleares, otros tipos de implantes y equipos FM).

DEFICIENCIA INTELECTUAL



Según SIRIED (2010) la condición se origina antes de los 18 años, caracterizándose por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa.

Una educación de calidad debe enfocarse en desarrollar el potencial de cada persona, de manera tal, que pueda desenvolverse en forma autónoma en los diferentes contextos.

Las estrategias se dirigen a:

- Desarrollo de habilidades para el aprendizaje: proporcionando un currículo que favorezca el aprendizaje para la vida.
- Conductas que favorezcan el desarrollo de habilidades adaptativas: de comunicación y lenguaje, resolución de problemas, actividades de vida diaria y sociales.

DEFICIENCIA MOTORA



La deficiencia motriz es entendida como la condición que tiene consecuencias en el control y movimiento del cuerpo, requiriéndose apoyos para el desplazamiento, equilibrio, manipulación, habla y respiración de las personas que la presentan. De causa multifactorial y clasificada según su momento de aparición como prenatal, perinatal o post natal.

La deficiencia motora se clasifica en monoplejía (un solo miembro), hemiplejía (extremidades inferiores) o cuadriplejía (cuatro miembros); en casos donde la condición es principalmente sensitiva se clasifica como en monoparesia, hemiparesia, cuadriparesia.

También se pueden encontrar clasificaciones de acuerdo con el origen, siendo este tipo cerebral, espinal, muscular u osteoarticular.

Según los requerimientos de la persona, los equipos difieren entre apoyos para la movilidad pasiva, activa con apoyo, o activa.

1. Movilidad Pasiva: silla de ruedas que es manipulada por otra persona, incluye coches neurológicos, sillas de ruedas para adultos con soportes posturales varios, sillas de tránsito.

2. Movilidad Activa Pasiva: equipo de apoyo eléctrico, el cual es manipulado por el usuario de forma activa por medio de un control tecnológico que lleva acabo la acción propuesta por el interesado.

3. Movilidad Activa: incluye las sillas de ruedas manipuladas a un cien por ciento por el usuario, aquí se incluyen sillas de marco rígido, sillas con apoyos posturales de rueda grande (22' o 24').

Recomendaciones:

La tecnología avanza a pasos gigantes, ofreciendo a los usuarios productos de apoyo para acceder a diferentes actividades de vida diaria.

Para promover una vida autónoma es necesario:

- La fabricación de productos bajo criterios de Diseño Universal.
- Provisión de productos de apoyo para las diferentes áreas del desarrollo: desplazamiento y movilidad, alimentación, vestido, higiene, comunicación.

HABLANDO SOBRE EL TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO



Lo que dice el DSM-5 (2014).

Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos.

Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, que pueden destacarse desde particularidades en el acercamiento social y la conversación.

Entonces se observa la necesidad de brindar apoyos para iniciar o responder a interacciones sociales, tales como iniciar un diálogo con personas de su entorno inmediato y no inmediato, mantener la conversación, enfocarse en el tema de la conversación, entre otras.

Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, desde dificultades para la integración y expresión de una comunicación verbal y no verbal pasando por particularidades en el contacto visual y del lenguaje corporal o requiriendo apoyos para la comprensión y el uso de gestos, hasta una expresión facial que puede percibirse como inexpresiva; donde podrían no

estar presentes algunos elementos importantes que forman parte de la comunicación no verbal.

Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, donde se identifica la necesidad de apoyos para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, tales como compartir juegos imaginativos, hacer amigos, y la aparente ausencia de interés por otras personas.

Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en: movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos. Se pueden observar estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas.

La insistencia en la invariancia del ambiente, una excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal. Se identifica gran angustia frente a cambios pequeños, a transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día.

Intereses muy restringidos y fijos, que pueden ser fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes.

Hipero o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno, pueden presentar umbrales tanto altos como bajos al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento.

Dentro de las sugerencias para el abordaje de las personas que se ubican dentro del Trastorno del Espectro del Autismo, se pueden mencionar:

- El establecimiento de rutinas que les permita contar con un entorno predecible, que favorezcan la anticipación de eventos, y así disminuir la posible presencia de conductas disruptivas ante lo desconocido.
- Establecimiento de reglas y consecuencias, que le permitan a la persona saber que se espera de ella.
- La coordinación hogar-centro educativo-y apoyos que se estimen pertinentes.
- Empleo de lenguaje breve, conciso para que el mensaje que se desea transmitir sea accesible para la persona.
- Facilitar actividades que promuevan la interacción con otros.
- La capacitación de las familias y del personal docente en la implementación de los apoyos adecuados para el desarrollo integral de las personas con TEA.

ACERCA DE LA INTEGRACIÓN SENSORIAL



Las personas con Trastorno del Espectro de Autismo requieren apoyo para integrar y organizar todas las sensaciones que experimentamos en nuestro propio cuerpo, de ahí la importancia de trabajar la integración sensorial, la cual les va a permitir por medio de actividades que brinden estímulos propioceptivo (sentido de la percepción de la postura), vestibular (sentido del movimiento y equilibrio) y táctil, generar respuestas apropiadas a las demandas del entorno, por lo que la persona será capaz de procesar la información sensorial de manera más eficiente, estas actividades son desarrolladas específicamente para cada niño según sus características.

GÉNERO Y TEA



Wilkinson (2008, p.6) señala que, aunque las niñas puedan presentar menos características del Trastorno del Espectro del Autismo que los niños, ambos sexos comparten perfiles similares; de tal manera que, cuando varones y mujeres presentan similar coeficiente intelectual; la principal diferencia de género, es que en los varones ocurre una mayor frecuencia de

intereses idiosincráticos y menores niveles de juego apropiado en comparación con las mujeres.

Este perfil diferente que muestran las niñas con Trastorno del Espectro del Autismo, corre el riesgo de no ser reconocido como característico del Espectro del Autismo. (Wilkinson, 2008).

Las niñas con TEA, tienden a no ser llevadas a valoración por las familias, pues las características de los TEA se expresan de forma diferente en ellas. Hoy día puede considerarse la proporción en 10/1, es decir diez varones por cada mujer, (Atwood, 2002, p, 80).

Los varones en general tienden a presentar una mayor expresión de las dificultades sociales con un perfil muy desigual de habilidades sociales y una propensión a las conductas agresivas o disruptivas, especialmente cuando se frustra o se estresa, (Atwood, 2002, p.80).

Por el contrario, las muchachas tienden a mostrar más habilidades en el juego social, un perfil más uniforme de habilidades sociales y parecen mostrarse más capaces de seguir acciones sociales por medio de la imitación; aunque sus acciones también suelen surgir a destiempo y presentan falta de espontaneidad.

Las muchachas con TEA son habitualmente consideradas “inmaduras”. Sus intereses especiales pueden no ser tan visibles e intensos como ocurre con los muchachos. Así, pueden ser descritas como la “niña invisible”, aislada socialmente, preocupada con su mundo imaginario pero sin mostrar una influencia disruptiva en el aula de clase. (Atwood ,2002)

De acuerdo con lo expuesto por Trelles y Zardaín (2009, p.10), las niñas con Trastorno de Asperger, tienen características similares a las de los niños pero con una expresión aparentemente de menor magnitud. Son más propensas a hablar y menos a tener conductas disruptivas y agresivas como respuesta a emociones negativas o a la confusión. Se muestran más pasivas y más sociables. Parece que las niñas aprenden con más facilidad por imitación las conductas sociales, tono de voz y lenguaje corporal.

“Una Sociedad Inclusiva respeta la dignidad y los derechos humanos, al tiempo que ofrece a cada individuo las mismas oportunidades, respeta la diversidad y es activa para todos”.

Luis Flores Jiménez, 2016

Eliminando barreras... haciendo efectivo el modelo social de la discapacidad

¿Cuáles barreras?

Sociales o actitudinales	Negar oportunidades de acceso a: • educación • empleo • recreación • salud • actividades políticas • seguridad Manifestaciones de lástima Sobreprotección Rechazo Indiferencia Discriminación
Comunicación e información	Videos sin subtítulos No contemplar interpretación LESCO No contemplar material en Braille No contemplar formatos accesibles: • lectores de pantallas • ampliación de letra • formato audible No contemplar en los mensajes: • lenguaje simple • lenguaje acompañado de imágenes
Físicas o arquitectónicas	Ausencia de: • rampas en edificios y autobuses • elevadores • indicadores auditivos en semáforos • señalización en edificios y calles • entornos libres de obstáculos • baños construidos con criterios de diseño universal

Bibliografía consultada:

Asociación Americana de Psiquiatría, (2013). Guía de consulta de criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA. Asociación Americana de Psiquiatría.

Atwood, T. (2002). Síndrome de Asperger: Una guía para padres y profesionales. Recuperado el 1 de junio de 2015 de http://ampacarilet.com/wp-content/uploads/2013/11/sindrome_asperger_guia_padres_y_profesionales.pdf

Organización Mundial de la Salud, (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMERSO).

Sistema Regional de Información Educativa de los Estudiantes con discapacidad SIRIED, (2010). Propuesta Metodológica. Santiago de Chile. RIL®Editores.

Trelles, G. y Zardaín, P. (2009) Síndrome de Asperger. Guía Educativa. Asociación Asperger de Asturias. Recuperado el 2 de junio de 2015 de <http://www.psicodiagnosis.es/downloads/sindromedeaspergerguiaeducativa.pdf>

Wilkinson, L. (2008). The Gender Gap in Asperger Syndrome: Where are the Girls? Teaching Exceptional Children Plus, 4(4). Recuperado el 1 de junio de 2015 de <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ967482.pdf>

Documento realizado por:

Andrés Arguello Sánchez, Terapeuta Físico y Ocupacional, Empresa Rehabilitate.

Evelyn Calderón Campos, Departamento de Información y Orientación, CENAREC.

Stella Chaves Chaves, Audióloga JR Sánchez Audiología.

Daniela Castillo Gómez, Terapeuta Ocupacional, CENAREC.

Marco Chavarría Ramírez, Encargado de CEBRA, CENAREC.

Karen Rodríguez Castro, Madre de familia, Psicóloga, colaboradora CENAREC.

José Raúl Sánchez Cerdas, Audiólogo JR Sánchez Audiología.

Damaris Solano Murillo, Consultora en Discapacidad, Orientadora, Egresada de Maestría en Discapacidad.

Eduardo Valenzuela Elizondo, Departamento de Información y Orientación, CENAREC.

Con la colaboración y apoyo técnico de:

Tatiana Navarro Mata, Departamento Investigación, CENAREC.

Leonel Valenzuela Quesada, Ingeniero en Sistemas, Kolbi.