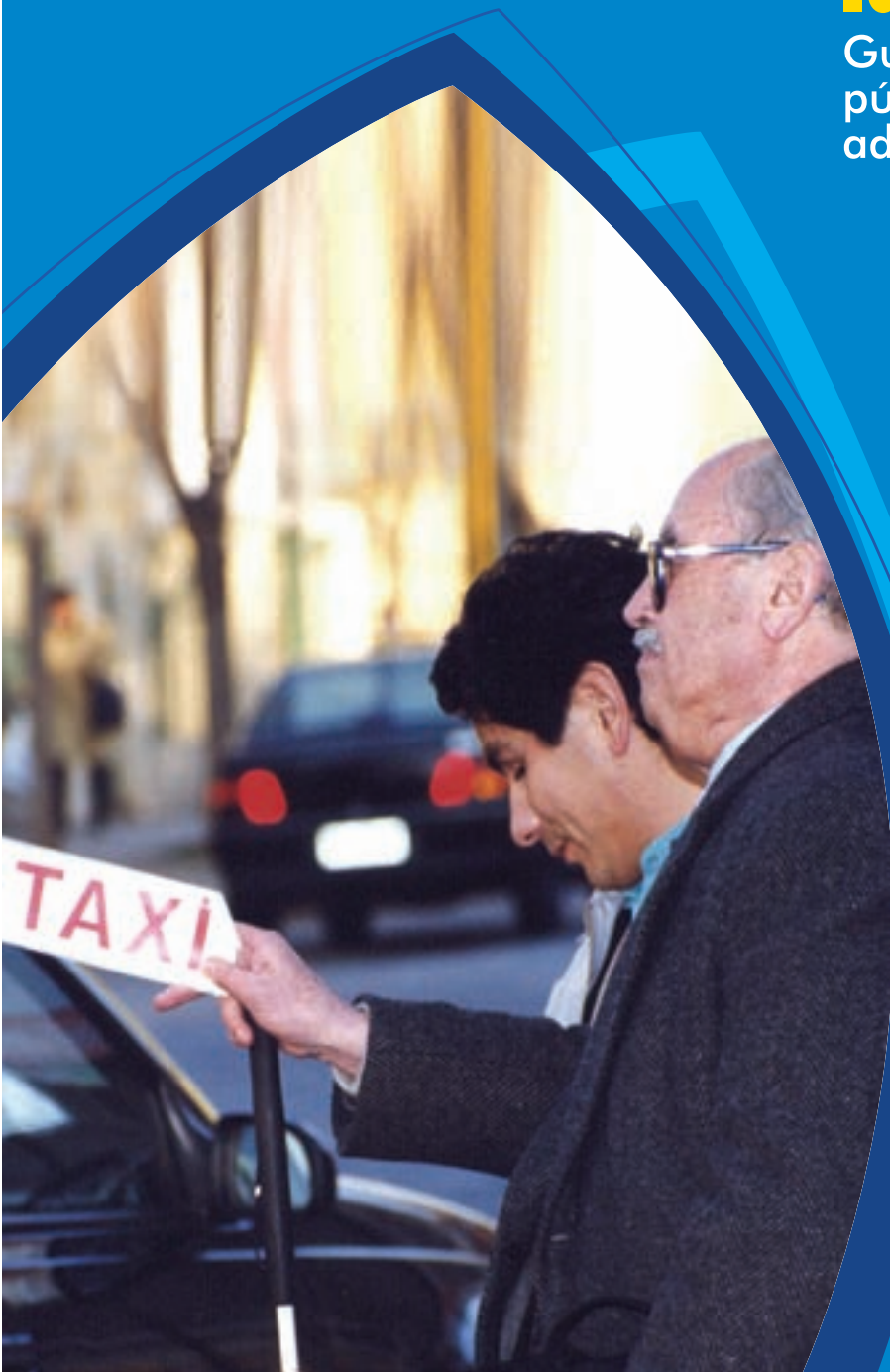
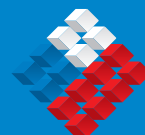


La empatía hace la diferencia

Guía para la atención de público con discapacidad y adulto mayor



INP
PROGRAMAS SOCIALES
Gente Mayor, *Gente Activa*



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DEL TRABAJO
Y PREVISIÓN SOCIAL





La empatía hace la diferencia

Guía para la atención de público con
discapacidad y adulto mayor

IMP



*Guía para la atención de público
con discapacidad y adulto mayor:
La empatía hace la diferencia.*

Primera edición, junio 2004

Segunda edición, diciembre 2006

*División Programas y Beneficios Sociales, INP
Alameda 1353, 5º piso, Santiago*

Inscripción Registro de Propiedad Intelectual N° 139421

*Recopilación, redacción y edición:
Soledad Guevara Tapia
Pilar Fuenzalida Mamberg*

Diagramación y diseño: Mario Quiroz S.

Fotografías: Fonadis y Mario Ruiz O.

Ilustraciones: Jorge Palma A.

“Hoy, los procesos sociales demandan interrogarnos, conversar con respeto y delicadeza. No para juzgarnos unos a otros, menos aún para designar el campo de la verdad absoluta, sino para aprender de cada uno y de cada una, del pasado y del presente, de lo que tenemos en común. Requerimos, por tanto, un modo de leer y actuar sobre nuestras diferencias.”

**“Bases Generales del Plan Nacional para Superar la Discriminación en Chile”,
Programa Tolerancia y No Discriminación,
División de Organizaciones Sociales.**

TODOS IGUALES TODOS DIFERENTES



Índice

<i>Presentación</i>	9
<i>Introducción</i>	10
<i>Un paseo por la historia</i>	15
<i>Marco normativo y legal</i>	22
<i>El lenguaje crea realidades</i>	29
<i>¿Quiénes son las personas con discapacidad?</i>	36
<i>Discapacidad física</i>	43
<i>Discapacidad auditiva</i>	54
<i>Discapacidad visual</i>	64
<i>Discapacidad mental</i>	74
<i>Discapacidad siquiátrica</i>	83
<i>Deficiencias propias del envejecimiento</i>	93
<i>Recomendaciones generales para la atención de público</i>	106
<i>Acceso al financiamiento de ayudas técnicas</i>	112
<i>Participación del sector público</i>	115
<i>Listado de instituciones</i>	118
<i>Páginas web nacionales e internacionales de interés</i>	121
<i>Agradecimientos</i>	126
<i>Bibliografía</i>	127

IMP



Presentación

“Personas al servicio de las personas” no es solo una frase con que nuestra institución se presenta ante el país, es también la idea fuerza que rige el accionar de todos quienes trabajamos al interior de este organismo público.

Ponerse al servicio de una persona implica empatía, situarse en el lugar de aquél que solicita nuestros servicios, para así entregar una atención de calidad que respete, acepte y comprenda tanto las diferencias como las particulares necesidades que cada beneficiario tiene.

En este contexto, los adultos mayores y las personas con discapacidad se transforman en un público objetivo prioritario; sobre todo si se considera que representan una parte importante de nuestros usuarios.

A fin de entregar un servicio que sea un aporte a estas personas, nuestro instituto a través de capacitaciones a los funcionarios y guías de atención continúa trabajando para promover una integración efectiva a la sociedad.

Con un lenguaje simple y amigable, esta “Guía para la atención de público con discapacidad y adulto mayor” busca profesionalizar aún más las capacitaciones hechas a nuestros funcionarios, con el objetivo de atender de manera más adecuada las necesidades de cada tipo de discapacidad, así como aquellas generadas por el envejecimiento.



RAFAEL DEL CAMPO MULLINS
DIRECTOR NACIONAL INP

Introducción



“Para una atención asertiva, se requiere conocer las discapacidades, a los seres humanos que hay detrás y a los obstáculos de su entorno”.

La atención de público es un motivo de preocupación permanente tanto en el ámbito privado como público. A la hora de evaluar la calidad de la gestión, este tema ocupa un lugar predominante. Toda entidad que se defina como moderna cuenta con fórmulas para medir la opinión de los usuarios y manuales con pautas institucionales para los funcionarios o empleados.

Los encargados de atender público son indiscutiblemente el rostro de las empresas e instituciones, son los responsables de transmitir la imagen corporativa. Constituyen la buena o mala publicidad. En pleno siglo veintiuno, ninguna entidad deja al azar la atención de público, especialmente cuando se trata de empresas de servicio.

La capacitación es una herramienta esencial para que los funcionarios y empleados no sólo manejen a la perfección los contenidos corporativos. Este tipo de formaciones incluye desde las normas básicas de presentación y educación, las infaltables técnicas de eficiencia y agilidad, hasta los conceptos de comunicación verbal y no verbal. Los criterios de cordialidad y empatía ocupan cada día un espacio más selecto.

Hoy resulta inconcebible un trato inadecuado o grosero, en especial por el auge de los derechos del consumidor. Los clientes y usuarios se sienten cada vez con más derecho de alegar y exigir una buena atención. «El cliente siempre tiene la razón» no es sólo un slogan de moda, sino que un sentir afianzado en los consumidores de bienes y servicios, públicos y privados.

Atención preferencial

En el marco de los esfuerzos por mejorar la calidad de la atención en el servicio público, en los últimos años se han producido avances sustanciales en: la sistematización de la información sobre beneficios y programas sociales del Estado; el desarrollo de programas de capacitación; la implementación de oficinas de reclamos y sugerencias; la publicación de manuales relativos a los programas sociales y a la atención oportuna a usuarios; etc.

En la década de los noventa, en el país se acuñó el concepto de atención preferencial para referirse fundamentalmente a la tercera edad, a las mujeres embarazadas y a las personas con discapacidad física. Entre otros, las oficinas públicas, bancos y supermercados comenzaron a crear cajas preferenciales para estos clientes.

Puntualmente a las personas con discapacidad, la dictación de la Ley 19.284 de Integración Social de las Personas con Discapacidad, en 1994, en términos generales, les fue abriendo espacios ciudadanos y equiparando sus derechos. Muchas reparticiones públicas han tomado medidas concretas para mejorar la atención a estas personas, como la eliminación de barreras arquitectónicas y la capacitación a los funcionarios. Municipalidades y servicios se han atrevido incluso a enseñar lenguaje de señas a los funcionarios que mantienen contacto con las personas con discapacidad auditiva.

A pesar de estos auspiciosos escenarios y de la creciente conciencia y preocupación de las empresas e instituciones por mejorar su calidad de atención, prevalecen aún carencias y vacíos cuando se trata de público “diferente”, de usuarios que salen de la “norma”: niños, adultos mayores, extranjeros, personas pertenecientes a una etnia, personas con discapacidad, etc.

A las deficiencias y debilidades en las que pudieran incurrir los encargados de la atención de público, a las que todos estamos expuestos, las personas con discapacidad recibirían una atención doblemente insatisfactoria o mala como consecuencia de la desinformación. En general, los empleados y funcionarios no conocen la realidad de este grupo social, sus características, dificultades y necesidades especiales.

Para tratar a una persona sorda, ciega, con discapacidad mental, siquiátrica o física no basta con los elementos básicos de una buena atención. Cada condición presenta particularidades que implican un acercamiento diferente, desde el uso del lenguaje hasta las técnicas de derivación. No es sólo paciencia, para una atención asertiva se requiere conocer las distintas discapacidades, a los seres humanos que hay detrás y a los obstáculos de su entorno.

La empatía hace la diferencia

La invitación de esta guía es a realizar la atención de público a las personas con discapacidad y a los adultos mayores con conciencia de que nuestras acciones contribuyen de manera determinante a dar soluciones, a ser la conexión entre una persona y un beneficio o un trámite.

Se trata de un material de consulta que recoge las dificultades que frecuentemente tienen las personas con discapacidad para acceder a los espacios públicos, para plantear sus necesidades y obtener las respuestas adecuadas, evitándoles un peregrinaje innecesario por otros servicios, pérdida de tiempo y esfuerzos.

A veces, puede resultar incomprensible la reacción negativa o alterada que presentan algunas personas con discapacidad durante una atención. Pero, si se conociera el historial de rechazos, informaciones equivocadas, problemas propios de su discapacidad, nos encontramos con personas que están en el límite de la tolerancia y frustración ante respuestas no satisfactorias.

Por otra parte, debido a las características relacionadas con la discapacidad, se producen diversas situaciones complejas que requieren una actuación precisa. Algunas personas presentan dificultades para expresar sus requerimientos, como en los casos de las personas con discapacidad auditiva o mental. Otras tienen una disposición exigente y demandante de respuestas efectivas, como es

el caso de una persona con movilidad reducida, quien ha debido sortear múltiples barreras urbanas, arquitectónicas y de transporte para llegar a su destino.

De manera actualizada y resumida, el presente documento reúne los antecedentes históricos, las principales normativas chilenas e internacionales, los datos demográficos, las definiciones y características de las diferentes discapacidades, las deficiencias asociadas al envejecimiento, las entidades públicas y privadas que atienden el tema, etc.

Entre los aspectos prácticos, esta publicación hace mención a: los requerimientos de accesibilidad que presenta especialmente la discapacidad física; los requerimientos de comunicación que tienen las personas sordas; las formas adecuadas de relacionarse según el tipo de discapacidad, como por ejemplo, igualar la altura en una conversación con una persona en silla de ruedas o disminuir la complejidad de las explicaciones a una persona con discapacidad psiquiátrica; etc.

En esta guía, consideramos relevante aportar especialmente en el área del manejo adecuado del lenguaje, el cual ha jugado un papel sustancial en los procesos de integración de las personas con discapacidad. En los países desarrollados, este tema ha sido abordado ampliamente en seminarios y manuales de estilo.

La contemplación de los derechos de las personas con discapacidad y los avances en su

dignificación como ciudadanos se han visto reflejados en el uso del lenguaje, en la forma en que nos referimos a estas personas. Los tratamientos paternalistas y peyorativos han ido dando paso a un trato directo, respetuoso y positivo. Por ejemplo, términos como “retardado”, “lisiado” o “enfermo mental” han quedado atrás por su carácter limitado y ofensivo.



Toda discapacidad hoy es antecedida por la palabra persona, con el propósito de que prevalezca justamente su condición de persona. Ya no decimos discapacitado ni sordo, sino que persona con discapacidad auditiva, ya que lo que la determina como ser humano no se reduce a su discapacidad o sordera.

Si bien esta es la nomenclatura que mayor consenso ha logrado a nivel mundial, hay quienes aún la encuentran segregadora pues argumentan que se debiera avanzar hacia la ausencia de calificaciones. No obstante, otros plantean que las sociedades necesitan clasificar a sus sujetos de atención a fin de implementar los distintos servicios que demandan.

Estamos ciertos de que “el lenguaje crea realidades”. De la misma manera, el tipo de atención que le brindemos a las personas con discapacidad y a los adultos mayores, tanto desde el ámbito público como privado, potenciará favorablemente los cambios culturales, permitiendo mejorar sus condiciones de igualdad de oportunidades.



El aporte central de esta guía radica en contener en un documento toda la información necesaria para brindar una atención asertiva y de calidad a la población con discapacidad: historia; marco legal; trato y uso del lenguaje; deficiencias propias del envejecimiento; características y principales necesidades de cada discapacidad y antecedentes de las entidades públicas y privadas vinculadas a la discapacidad. Gran parte de las recomendaciones para una buena atención favorece también a los adultos mayores.

IMP

Un paseo por la historia



Registros antropológicos

Secuelas de las guerras

Comunidad internacional

Llegamos a Chile

Involucramiento social

El lugar que ocupan hoy las personas con discapacidad en las sociedades modernas, como ciudadanos con deberes y derechos, está antecedido por procesos e hitos de la historia desde que el mundo es mundo. Independientemente de las necesidades y barreras que persisten de manera variable en cada país, el menosprecio y destierro de la antigüedad dieron paso a un enfoque actual de responsabilidad social y política de los estados y sociedades.

Para comprender cómo se desarrolla el posicionamiento social de las personas con discapacidad, resulta interesante darle una mirada a los aportes culturales que nos ofrece la historia. Si bien existen hasta el día de hoy sistemas excluyentes y casos de discriminación en la educación, el trabajo y los distintos ámbitos sociales, estas personas son consideradas como sujetos de derecho y casi la mayoría de los Estados y gobiernos cuentan con cuerpos legales y políticos que las atienden y protegen.

El extremo de la marginación sin duda se encuentra en los primeros habitantes de la tierra cuyo objetivo de vida se centraba en la supervivencia. Las distintas bandas debían movilizarse para obtener el alimento y escapar de los peligros naturales, debiendo dejar abandonados a su suerte a quienes obstaculizaran el proceso de traslado.

En la cultura griega, cuna del desarrollo occidental, prevalecía una sobrevaloración por el quehacer intelectual, la belleza y el estado físico, por lo tanto, las personas con algún tipo de “defecto o imperfección” eran marginadas completamente del sistema. Incluso, se llegaba a asesinar a los recién nacidos que padecían algún tipo de deficiencia. En Esparta, una de las ciudades-estado más importantes de Grecia, los ancianos examinaban a los recién nacidos y si se les consideraba “débiles” en algún sentido, se les abandonaba.

En Roma, cultura que asimiló muchos aspectos de los griegos, también eran partidarios del infanticidio en el caso de los “enfermizos y débiles”, quienes eran arrojados al río Tíber. En los juegos romanos se obligaba a los “enanos” a luchar contra las mujeres para divertir al pueblo y el emperador Claudio era duramente insultado debido a sus múltiples “insuficiencias”.

Sin embargo, hay que rescatar que ambas culturas desarrollaron valiosos tratamientos científicos para tratar a las personas con insuficiencias adquiridas. Aristóteles estudió la sordera, Galeno e Hipócrates intentaron curar la epilepsia y los romanos crearon tratamientos de hidroterapia y mantenimiento físico.

Registros antropológicos

En general, los estudios antropológicos se han centrado en la cultura dando pocas respuestas sociales al rol de las personas con discapacidad en las distintas fases de la historia. Una de las posturas más reconocidas es la “tesis de la población excedente”, que refleja el pensamiento de

fines del siglo XIX. Plantea que las sociedades en donde la supervivencia económica es precaria, cualquier individuo “débil o dependiente” sería eliminado. A los niños con “insuficiencias” se les asesinaba, a los adultos con “insuficiencias adquiridas” se les obligaba a alejarse de la comunidad y se dejaba morir a los ancianos.

Asimismo, había sociedades que pensaban que las “insuficiencias” eran un castigo divino o resultado de brujería; otras creían que las personas con “deficiencias” eran tocadas por Dios o poseían un talento excepcional y algunas comunidades las consideraban como objeto de burla, usando sus “defectos para ferias y circos”. Sin embargo, hay constancia también de culturas en donde se prohibía el infanticidio, se veneraba a las personas de edad y no se abandonaba a los “débiles”.

A lo largo de la historia, las órdenes religiosas cumplieron un rol fundamental en la atención y “cuidado” de las personas enfermas y con discapacidad. La doctrina judía prohibía el infanticidio y el cristianismo fue incorporando el concepto del amor al prójimo, considerando a todos los seres humanos como hijos de Dios.

Con el proceso de la industrialización, se agudizaron muchas enfermedades y la pobreza castigaba aún más a quienes no eran aptos para la producción. En esta fase surgen las instituciones que acogen a las personas con deficiencia mental, los hospicios y destacan las obras de beneficencia a cargo mayoritariamente de religiosos.



Secuelas de la guerra

Los conflictos bélicos y las epidemias cruzan todas las épocas y van transformándose en factores importantes generadores de discapacidad, en especial cuando todavía existían malas condiciones sanitarias. Sin embargo, son las guerras mundiales las que provocan mayor impacto en la comunidad internacional generando altos costos humanos y económicos. Las secuelas físicas y psicológicas obligaron a los países a prestar especial atención social y médica a los combatientes y a los heridos a causa de la guerra.

El amplio universo de personas con discapacidad -fundamentalmente física y sensorial- que surgió a propósito de estas catastróficas guerras, no obstante, impulsó a los gobiernos a implementar instituciones y modernos sistemas de prevención y rehabilitación.

Asimismo, la seguridad social se vio enfrentada a desembolsar grandes sumas de dinero y parte de la industria encontró un nicho en la población con discapacidad como potenciales consumidores en nuevas áreas de la producción.

Paralelamente, las acciones por levantar a las naciones afectadas obligó a reconstruir las ciudades de manera más accesible. Calles y edificios nacen con rampas y ascensores habilitados para las personas que se movilizan en sillas de ruedas. Todos los ámbitos sociales empiezan a considerar a este nuevo conglomerado humano, surgiendo con fuerza el desarrollo de prótesis y ayudas técnicas, que hoy tanto favorecen la integración de las personas con discapacidad.

Comunidad internacional

A partir de la década de los 50, comienzan a producirse cambios determinantes en la definición de conceptos, promulgación de legislaciones y políticas públicas, instauración de instituciones y servicios en favor de este sector de la población. Complementariamente, las personas con discapacidad y sus familiares y profesionales van asumiendo mayor protagonismo, se organizan y demandan el cumplimiento de sus derechos por parte de los gobiernos.

En medio del relevante auge en este sentido de los países desarrollados, destaca la obra de la ONCE (Organización Nacional de Ciegos Españoles) que, mediante la administración de los fondos de números de la lotería, no sólo resolvió el problema laboral de las personas ciegas sino que se transformó en uno de los conglomerados económicos más importantes de su país. Hoy representa un importante referente de organización y capacidad de gestión, que brinda apoyo técnico y monetario a organizaciones de Europa y Latinoamérica.

La comunidad internacional no puede hacer oídos sordos a la creciente presencia de las personas e instituciones del rubro y se hace cargo de formular nuevos conceptos de la discapacidad, relacionados especialmente al desarrollo de los derechos humanos.

Crece la necesidad de contar con lineamientos comunes que permitieran garantizar condiciones de equidad y bienestar para este porcentaje de la población que está presente en todos los países, independientemente de su desarrollo, y que se agudiza aún más cuando prevalecen condiciones de pobreza y marginalidad.

El año 1981 es definido por las Naciones Unidas como el Año Internacional de los "Impedidos" (*) y al año siguiente se sancionó el Programa de Acción Mundial para los "Impedidos" con el fin de establecer las políticas de la próxima década. Con esta iniciativa se perseguía destacar la

(*) Se pone entre comillas por tratarse de un término obsoleto desde la perspectiva de los manuales de estilo modernos.

importancia de equiparar los derechos de las personas con discapacidad a las oportunidades que son inherentes a cualquier ser humano.

El período comprendido entre el año 1983 y 1992, denominado el Decenio de las Naciones Unidas, fue dedicado a poner en funcionamiento el Programa de Acción y a relevar la importancia de trabajar para mejorar las condiciones de las personas con discapacidad en todos los ámbitos sociales.

En este contexto, se elaboraron las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, con el objeto de establecer condiciones que propendieran a generar los escenarios para que todas aquellas personas con discapacidad vieran garantizados sus derechos en igualdad de oportunidades que sus pares. Mediante este documento, las Naciones Unidas hizo una serie de recomendaciones a los Estados para que estos integraran en todos los planos a las personas con discapacidad.

Paralelamente, tanto en Latinoamérica como en Chile, la sociedad civil, representada por las organizaciones de y para las personas con discapacidad, adquirió cada vez mayor fuerza y liderazgo, alcanzando valiosos nexos y plataformas de negociación con las esferas políticas y gubernamentales.

Llegamos a Chile

A fines de la década de los 70, en Chile surge una iniciativa que favorecerá de manera determinante la rehabilitación de los niños con discapacidad física, pertenecientes al Instituto de Rehabilitación Infantil, de la Sociedad pro Ayuda al Niño Lisiado. Se trata de la Teletón, que logra un masivo apoyo de los medios de comunicación y un gran impacto en la opinión pública. Es innegable el aporte que ejerce esta campaña anual de recaudación de fondos en la sensibilización de la comunidad hacia las personas con discapacidad. La Teletón cumplió un rol destacado en la difusión de una realidad invisible para muchos hasta entonces.

En el proceso de retorno del país a la democracia, las organizaciones vinculadas al mundo de la discapacidad fueron capaces de tener un espacio en el marco general de demandas que recibían los diferentes programas de gobierno que postulaban a la presidencia. Las asociaciones de y para la discapacidad prepararon sus planteamientos y presentaron sus propuestas a los candidatos.

Este arduo trabajo vio sus frutos durante el gobierno del Presidente Aylwin, periodo en el que se dieron los primeros pasos para incorporar en la agenda pública la temática. Se encomendó a un grupo de personas destacadas en el área que hicieran una propuesta para elaborar el proyecto de ley, que redundó en la promulgación de la Ley N° 19.284, de Integración Social de las Personas con Discapacidad, en enero de 1994.

Junto a la dictación de la Ley, se asignan por primera vez recursos del Estado para contribuir a la plena integración de las personas con discapacidad, por medio de la creación del Fondo Nacional de la Discapacidad, FONADIS, cuya misión es “contribuir a la integración social y a la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad, mediante la administración eficiente de los recursos financieros que se ponen a su disposición”. Mediante este proceso de financiamiento de proyectos y ayudas técnicas, se fue incentivando el desarrollo y la ejecución de iniciativas innovadoras por parte de las instituciones y organizaciones relacionadas con el mundo de la discapacidad, públicas y privadas, que no contaban con recursos propios para hacerlo.

Involucramiento social

El nacimiento de una normativa específica y la existencia de recursos estatales para programas y proyectos, junto al creciente protagonismo de los organismos relacionados a la discapacidad, impulsa el accionar de diferentes actores del espectro social.

En 1992, se crea al interior de la Sociedad de Fomento Fabril, SOFOFA, una Comisión de Discapacidad con el fin de apoyar la integración laboral y social de las personas con discapacidad. Complementariamente, esta unidad coordina a los Consejos Comunales de la Discapacidad, que surgen a nivel local con el propósito de constituirse en una red de apoyo comunal en el diseño y aplicación de políticas y beneficios para este grupo de la población.

La Asociación Chilena de Municipalidades incorpora a su vez el tema en su estructura y agenda de trabajo. Los municipios se van posicionando como focos de atención locales y muchos de ellos implementan unidades, oficinas o programas de la Discapacidad al interior de sus departamentos sociales.

Asimismo, cabe destacar la creación de la comisión que trabaja en materias de discapacidad en el Parlamento. Su quehacer está orientado al estudio y revisión de la normativa vigente en materia de discapacidad. Actualmente, se encuentra abocada al estudio de la modificación de la Ley 19.284 de Integración Social de las Personas con Discapacidad.

En el año 1999, el Comité de Ministros Social aprobó la Política Nacional para las Personas con



Discapacidad. Este instrumento entrega los principales lineamientos que deben guiar el accionar gubernamental en materia de discapacidad. Entre otros aspectos, destaca la importancia del trabajo intersectorial y multidisciplinario para abordar el tema.

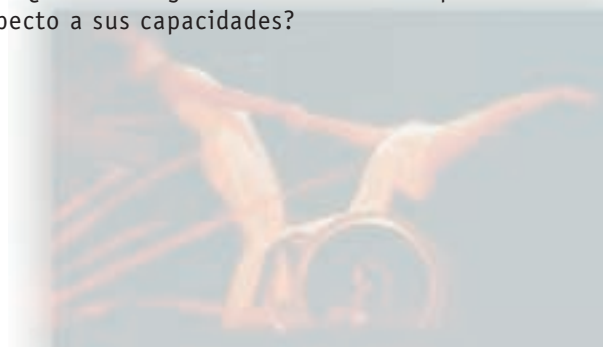
La política considera a la discapacidad como un hecho social real y plantea que la mejor forma de enfrentarlo es a través de un modelo integral que comprenda acciones tanto desde el sector público como privado. Este enfoque como problema social global se basa en que la discapacidad puede afectar a todas las personas por igual y que es un deber gubernamental dar respuestas efectivas.

En una década de avances legislativos y políticos, los procesos de integración se incrementan notoriamente en el país con experiencias de colegios, universidades y empresas que incorporan en sus filas a personas discapacitadas. Hay hitos notables como el acuerdo entre Anatel y las asociaciones de personas sordas que permitió por primera vez, a partir de abril del 2003, incorporar sistemáticamente la interpretación del lenguaje de señas en los noticieros de la televisión abierta.

Esta panorámica general de los procesos históricos que ha enfrentado la discapacidad permite reflexionar respecto al papel que cada uno como individuo cumple para favorecer la integración de estas personas, aparentemente distintas. A mayor conciencia, mayor responsabilidad. Están las leyes, las normas internacionales, las instituciones, los avances tecnológicos y médicos, pero la modernidad plantea nuevos desafíos vinculados al creciente individualismo y consumismo.

El sentimiento de discriminación y falta de oportunidades permanece en muchos sectores de la población con discapacidad, sin mencionar los ejemplos de abandono total que suelen denunciar los medios de comunicación, como la “mujer gallina” que incluso inspiró una obra de teatro.

Se ha avanzado mucho, pero ¿podemos decir que las personas con discapacidad tienen pleno acceso a la educación, al trabajo, a la salud, a la previsión? ¿Están nuestras calles, transporte público y edificios integralmente accesibles? ¿Tratamos igualitariamente a las personas con discapacidad? ¿Ya no tenemos prejuicios respecto a sus capacidades?



IMP



Marco normativo y legal

DISCAPACIDAD
Construyamos Sociedad
Integremos la Diferencia



Ley de Integración

Para plasmar mandatos

Política de Estado

Convención Amplia e Integral

La forma en que cada nación ha respondido a su diversidad ciudadana está determinada por múltiples factores, entre los que destacan el desarrollo social, cultural, económico y político; la tolerancia a la diversidad; conflictos étnicos y religiosos; la capacidad de los individuos e instituciones para expresar sus necesidades y plantear sus demandas; las relaciones internacionales; etc. Independiente del nivel de madurez en cada ámbito, la mayoría de los países del orbe ha creado y dictado legislaciones y normativas que integran a los grupos minoritarios y vulnerables con el objeto de garantizarles las condiciones básicas como ciudadanos.

Para los efectos de esta guía, resulta indispensable conocer los lineamientos de a lo menos tres documentos claves implicados en el proceso de integración de las personas con discapacidad: las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad; la Ley 19.284 de integración social de las personas con discapacidad y la Política Nacional de la Discapacidad.

Las **Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad**, aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1993, son un instrumento normativo que guía la acción de las naciones con el objeto de garantizar que las personas con discapacidad puedan tener los mismos derechos y obligaciones que el resto de la sociedad. Son recomendaciones para que los Estados adopten las medidas necesarias para eliminar los obstáculos que impiden que las personas puedan desarrollarse en condiciones de igualdad en los distintos ámbitos sociales.

En el tema de la **igualdad de la participación**, las Normas apelan a los Estados a que asuman medidas para que las sociedades tomen conciencia de la existencia de las personas con discapacidad, de sus derechos, necesidades y potencialidades; a que aseguren el acceso a la atención médica y a las prestaciones en materia de rehabilitación, servicios de apoyo y recursos auxiliares que impliquen ayudarles a aumentar su nivel de autonomía; a que procuren el acceso relativo tanto al entorno físico como a la información y comunicación.

En cuanto a la **igualdad de oportunidades**, las Normas recomiendan mejorar las condiciones de participación, eliminar las barreras y equiparar las oportunidades en los ámbitos de la educación, el trabajo, la seguridad social, la vida en familia y la integridad personal, la cultura, la recreación, el deporte y la religión.

Según el documento, para establecer medidas que apunten a mejorar la participación de las personas con discapacidad, los Estados deben desarrollar acciones que permitan contar con la información acerca de las condiciones de vida de las personas con discapacidad, de manera de proporcionar los fundamentos que guíen y respalden los programas y acciones que se requieran.

Asimismo, las actividades normativas y de planificación deben estar contempladas entre los temas importantes, con el objeto de incorporar las necesidades y particularidades en los programas globales. De la misma forma, la legislación debe estar entre las prioridades a fin de contar con las bases jurídicas que permitan lograr la plena participación y la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

En este sentido, las Normas son enfáticas en que los programas y acciones tendientes al logro de la plena integración de las personas con discapacidad deben contar con los recursos técnicos, materiales y económicos necesarios.

Gran parte de los países se han adscrito a estas Normas, como también a otras instancias internacionales que favorecen la inclusión social de este sector de la población como seres partícipes de los procesos sociales y no sólo como sujetos de atención: “Declaración de Cartagena de Indias sobre Políticas Integrales para las Personas con Discapacidad y el Adulto Mayor”; el “Convenio 159” de la OIT (Organización Internacional del Trabajo) que se refiere a la inserción laboral; la “Declaración de Salamanca”, en materia de educación, y la “Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad”, resuelta por la Organización de los Estados Americanos, OEA, en junio de 1999.

Ley de integración

Acogiendo el llamado de las Naciones Unidas y la experiencia legislativa tanto de las naciones desarrolladas como latinoamericanas, Chile genera su propio marco legal, el cual incorpora los distintos planos de interés para apuntar a la equidad y plena integración de las personas con discapacidad.

En enero de 1994, se promulga la Ley 19.284 de Integración Social de las Personas con Discapacidad. El proyecto de ley fue elaborado por una comisión compuesta por actores sociales vinculados a la realidad de las personas con discapacidad desde diversos ángulos.

Previo a este cuerpo legal, existían algunos textos relacionados con la discapacidad pero incorporados en normativas de otras temáticas o materias específicas.

Una de las principales contribuciones de la Ley 19.284 es otorgar la condición de derecho a los diversos temas que son de interés para la integración de la población con discapacidad. En este sentido, cumple la función de respaldar lo que siempre quedaba a criterio o buena voluntad de las personas o instituciones, transformándose en una responsabilidad social del Estado.

En su título I, el texto señala que su objetivo es establecer la forma y condiciones que guiarán

... El legislador no debe proponerse la felicidad de cierto orden de ciudadanos con exclusión de los demás, sino la felicidad de todos. (Platón)

al Estado en la obtención de la plena integración de las personas con discapacidad. Define a la persona con discapacidad como “toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiere originado, vea obstaculizada en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social”.

La responsabilidad de evaluar y certificar la discapacidad es asignada a las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, COMPIN, dependientes de los Servicios de Salud. Dicha información se hace llegar al Servicio de Registro Civil e Identificación, entidad responsable del Registro Nacional de la Discapacidad. Este trámite le permite a las personas e instituciones con discapacidad postular a los beneficios que contempla la ley.

La Ley le otorga un rol importante a la Prevención y la Rehabilitación, impulsando el desarrollo de acciones que vayan dirigidas en este sentido. La prevención comprende las medidas destinadas a evitar las causas de las deficiencias que pueden generar discapacidad y aquellas destinadas a evitar su progresión y derivación en otras discapacidades. Con respecto a la rehabilitación, el texto plantea que su finalidad es permitir a las personas que presentan una discapacidad física, síquica o sensorial, la recuperación de su funcionalidad y mantenimiento, mediante el acceso a prestaciones y servicios.

El tercer concepto expuesto en la Ley es el de Equiparación de Oportunidades, que involucra los ámbitos de acceso a la cultura, a la información, a las comunicaciones y al espacio físico. Especial importancia se brinda al acceso a la educación, a la capacitación e inserción laboral.

Considerando que los diversos aspectos contemplados por la Ley son esenciales en el proceso de integración social y que requieren de recursos para implementarse, el texto contempla la asignación de éstos mediante la creación de un fondo encargado de administrar el presupuesto que se destinará para potenciar las iniciativas en favor de este sector.

Se trata del Fondo Nacional de la Discapacidad, entidad de derecho público, de carácter autónomo y relacionado con el Ejecutivo a través del Ministerio de Planificación y Cooperación. Los recursos que administra se destinan preferentemente a financiar ayudas técnicas para personas de escasos



recursos o a las instituciones que las atienden y planes, programas y proyectos, mediante la modalidad de concurso público.

Para plasmar mandatos

Por medio de decretos complementarios a la Ley, cada Ministerio responsable de la ejecución o desarrollo de los temas que la Ley señala debe hacerse cargo de la implementación de las medidas necesarias para concretar los requerimientos de integración en cada ámbito social.

Los reglamentos del Ministerio de Obras Públicas, Transportes y Telecomunicaciones son el DS N° 141, que regula los asientos especiales de las personas con discapacidad, y el DS N° 249, que se refiere a la importación de vehículos para transporte de personas con discapacidad.

El decreto del Ministerio de Justicia, el DS N° 1137, establece la creación y funcionamiento del Registro Nacional de la Discapacidad.

El reglamento del Ministerio de Hacienda, el DS N° 940, está relacionado a la importación de vehículos.

El D.S. N° 2505 es del Ministerio de Salud y se refiere a la evaluación, calificación y certificación de la Discapacidad.

Los decretos del Ministerio de Vivienda, Urbanismo y Bienes Nacionales son el DS N° 40, que modifica la Ley de Ordenanza General de Construcciones y Urbanismo y establece las normas para la eliminación de las barreras arquitectónicas y urbanas, y el DS N° 41, que modifica el DS sobre el subsidio de vivienda para las personas con discapacidad.

El Ministerio de Educación cuenta con el DS N° 1, de enero de 1998, que establece las normas para la integración educativa de las personas con discapacidad.

Por último, la resolución del Consejo Nacional de Televisión estipula el acceso a las comunicaciones de las personas con discapacidad auditiva a la televisión.

Desde el momento en que la Ley fue promulgada, se hicieron evidentes sus debilidades y se iniciaron estudios y modificaciones impulsadas tanto desde las propias organizaciones de y para la discapacidad como desde el Fonadís. La Comisión de Discapacidad de la Cámara de Diputados revisa diversos aspectos con el objeto de corregir errores y optimizar aquellos puntos que se ha evaluado merecen ser mejorados. Sin embargo, nadie puede desconocer su impacto en la apertura de espacios, en la toma de conciencia de la realidad de las diferentes discapacidades y la generación de iniciativas públicas y privadas.

El año 2006 se envía al Congreso una indicación que contiene un proyecto de ley que pretende reemplazar la Ley N° 19.284, actualmente vigente, con el objeto de hacerla acorde a los nuevos paradigmas que rodean la visión actual sobre discapacidad.

Política de Estado

En el año 1999, el Comité de Ministros Social aprobó la Política Nacional para las Personas con Discapacidad, con el propósito de entregar al accionar gubernamental los principales lineamientos en materia de discapacidad.

La iniciativa considera a la discapacidad como un foco de preocupación que requiere de intervenciones integrales en diferentes aspectos, en especial en la prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades.

Las principales acciones que se mencionan para equiparar las oportunidades son darle prioridad a la información sobre derechos y oportunidades para las personas con discapacidad; promover la integración escolar, la capacitación e inserción laboral; incentivar el acceso y participación a la cultura; facilitar el acceso y participación en actividades deportivas y recreativas y promover la capacitación del personal público y privado para mejorar la atención a las personas con discapacidad.

Complementariamente, este instrumento político indica que el Estado velará por la eliminación de todo tipo de barreras materiales, administrativas e institucionales que impidan la plena integración de estas personas.

La Política destaca que se debe considerar y garantizar la participación de las personas con discapacidad en la forma más plena y activa posible en la vida social y en el desarrollo de la sociedad. Esto con la finalidad de hacer efectivos sus derechos y deberes frente a la seguridad económica, a un nivel de vida acorde al desarrollo social y económico del país y a la defensa contra toda explotación, trato discriminatorio, abusivo o degradante.

En este sentido, establece una serie de medidas para la adecuada gestión del Estado: brindarle prioridad a la inserción laboral como una forma de cumplir con el proceso de rehabilitación integral; promover el acceso a la Seguridad Social de las personas con discapacidad; fortalecer la vida familiar de las personas con discapacidad respecto a su integralidad física, psicosocial y moral; impulsar la participación de las personas con discapacidad y sus familias en las instancias de toma de decisión que los afecten; impulsar la investigación científica y tecnológica que permita elaborar diagnósticos en relación a la discapacidad; etc.



La Política asume los principios de universalidad, normalización, democratización y continuidad. Es decir, debe beneficiar a todas las personas con discapacidad, de todos los estratos y garantizar su derecho a vivir de acuerdo con las pautas y condiciones comúnmente aceptadas en que se desenvuelve la vida de cualquier persona de su edad, sexo y condición social.

El Plan de Acción para la Integración Social de las personas con discapacidad es un instrumento de gestión de carácter estratégico del Estado de Chile que operacionaliza la Política Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad actualmente vigente.

El Plan de Acción explicita las tareas que cada sector del Estado se compromete a seguir ejecutando y/o ejecutar y sostener en el tiempo para satisfacer necesidades y derechos mínimos de las personas con discapacidad.

Tanto el éxito en la realización del Plan, como el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas con discapacidad, no dependerá solamente de los esfuerzos gubernamentales aquí comprometidos, sino que también se requerirá de una decisiva participación y colaboración de las personas con discapacidad y sus familias, de las organizaciones que las representan y apoyan y de las empresas y organismos del sector privado.

Para ir aún más lejos

En 2003, se genera un nuevo hito para el proceso de integración de las personas con discapacidad. Lideradas por el Fonadis, las principales organizaciones de la sociedad civil vinculadas a la discapacidad, las universidades y los servicios públicos que trabajan en este ámbito comienzan a reunirse para avanzar hacia una ***Convención Amplia e Integral para Promover y Proteger los Derechos de las Personas con Discapacidad***, la que se discute con fuerza a nivel internacional.

La aprobación de esta Convención constituiría el séptimo tratado de derechos humanos en el sistema de las Naciones Unidas, al mismo nivel de otras temáticas como la discriminación contra la mujer, los derechos del niño, la discriminación racial y la eliminación de la tortura.

Esta convención facilitaría una mayor atención a la discapacidad y permitiría que se adapten las normas generales de derechos humanos, para que éstas tengan en cuenta las circunstancias especiales de las personas con discapacidad.

Si bien los procesos culturales suelen incidir mayormente en la verdadera integración social de las personas con discapacidad, en Chile la dictación de la Ley 19.284 y la promulgación de la Política Nacional de la Discapacidad fueron determinantes para posicionar el tema en la agenda pública.

INP

El lenguaje crea realidades



Palabras que descalifican

Terminología de punta

Manuales de estilo

Realidad chilena

En paralelo a los importantes avances que ha tenido el proceso de integración de las personas con discapacidad, el uso del lenguaje ha sido materia de estudio y reflexión con el propósito de definir con mayor exactitud a este sector de la población a objeto de ir eliminando los resquicios peyorativos de las denominaciones.

Si bien la discriminación y rechazo se encuentran en la mente y actitudes de las personas, el uso correcto y respetuoso del lenguaje ayuda sustancialmente a la aceptación social de quienes presentan alguna discapacidad. La construcción del pensamiento y la creación de realidades se establece a través del lenguaje, por lo tanto, si lo usamos con respeto estaremos construyendo realidades sociales tolerantes y aceptadoras de la diferencia.

La utilización de la palabra hablada y escrita nos distingue de cualquier especie animal. Con el lenguaje nos comunicamos, informamos, expresamos sentimientos, transmitimos valores. A través del lenguaje nombramos y clasificamos la realidad, la interpretamos y ponemos etiquetas. Así han surgido muchos de los estereotipos que prevalecen en torno a la discapacidad.

Por ello, los especialistas se esmeran por proponer terminologías que vayan acorde a la dignidad de las personas con discapacidad. En Europa y Estados Unidos, han surgidos programas y seminarios dedicados especialmente a este tema y manuales de estilo para los medios de comunicación cuya influencia es determinante en los cambios culturales.

Palabras que descalifican

Tanto en la vida diaria como en los medios de comunicación persiste la utilización de palabras y términos que denotan cierto grado de desconocimiento de la realidad de la discapacidad, lo que deriva en referencias sobreprotectoras, peyorativas u ofensivas.

A las personas con discapacidad síquica se les sigue llamando “locos, lunáticos o enfermos mentales”; a quienes presentan una discapacidad mental todavía les dicen “tonto, retrasado o mongólico”; respecto a las personas con discapacidad física, se suelen escuchar términos como “lisiado, tullido o cojo”; para referirse a las personas ciegas, se usan palabras como “cegatón, miope o cieguito” y sobre las personas sordas, aún escuchamos conceptos como “mudo, sordito o tapia”.

Estas referencias lingüísticas siguen alimentando creencias equivocadas o estereotipos que sesgan la integralidad de los colectivos con discapacidad. Por ejemplo, se mantiene la idea que las personas con discapacidad mental son niños eternamente o que poseen una sexualidad exacerbada.

Para qué hablar del humor y los proverbios, que se han nutrido ampliamente de la discapacidad:

“No hay peor ciego que el que no quiere ver”; “Sale más caro que tener un hijo tonto”; “No hay cojo bueno”, “En el reino de los ciegos, el tuerto es rey”... Sin mala intención, estos han contribuido también a mantener muchas de las imágenes erróneas e insultantes que prevalecen hoy en día hasta en las sociedades más modernas.

Débiles mentales, oligofrénicos, subnormales, idiotas, deficientes, dementes...hay una larga lista de términos que han denigrado por completo a los seres con alguna discapacidad. Qué duda cabe que el lenguaje ha descalificado profundamente a este sector de la población y al revisar estas denominaciones, cuesta pensar que permanezcan en el vocabulario de personas y medios.

Terminología de punta

Lo importante es que no se trata, como antiguamente, de situaciones generalizadas. Con el tiempo se avanza ostensiblemente en la dignificación de estas personas por medio de la afinación del lenguaje. La aceptación de la diferencia es un paradigma ampliamente incorporado, el que ha impulsado a matizar conceptos e incorporar nuevos términos. En el ámbito de la discapacidad mental, por ejemplo, es evidente el cambio: retardo mental, deficiencia mental, discapacidad mental, discapacidad intelectual.

A nivel educativo, incluso hoy se extiende el uso del concepto «alumnos con necesidades educativas especiales», el que apunta a que cualquier persona podría requerir de una educación especial de manera temporal o definitiva.

Las nuevas formas hablan de procesos de fondo donde la diversidad no sólo existe, sino que enriquece. Nuestras sociedades están en el permanente desafío de no perder el norte logrado en cuanto a reconocer los derechos e igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad.

Los procesos de normalización -que suponen que estas personas deben vivir, estudiar, trabajar y recrearse en los mismos lugares que el resto- han permitido consensuar y masificar el uso de la nueva terminología.

El término «discapacidad» fue aceptado por la Real Academia Española hace más de 10 años y se refiere a una falta de habilidad en algún ámbito específico de la persona y no en su totalidad. Esto ha permitido desmitificar la creencia de que alguien con discapacidad está inhabilitado globalmente y no lo ubica como un individuo sin capacidades.

Asimismo, se encuentra afiatada la costumbre de anteceder siempre la palabra persona a cualquier condición vinculada a la discapacidad para evitar etiquetar a los individuos. Aunque parezca obvio, las personas son seres humanos y no circunstancias, por lo cual no se les puede catalogar simplemente de «epilépticas o sordas». La sordera y la epilepsia constituyen una parte de su dimensión humana y no su realidad global. Por ello, se insiste en anteponer la palabra persona, gente o colectivo con discapacidad lo que es uno de los aportes más relevantes tanto en el uso del lenguaje como en la inclusión social.



En este contexto, también se han logrado eliminar algunos verbos que denotan desgracia o menoscabo, como sufrir o padecer. Se recomienda privilegiar otros como tener o presentar: mi hermana tiene discapacidad intelectual o ese cliente presenta sordera. Los conglomerados de la discapacidad sensorial han optado por el uso de referencias más directas: yo soy ciego o mi socio es sordo.

Esta tendencia viene principalmente de Europa. No obstante, para los expertos el verbo *ser* reduce toda la dimensión de la persona a su discapacidad, lo cual no iría acorde al avance de las nuevas terminologías. En esta materia también rigen las leyes de la aceptación de las diferencias.

A pesar de los enormes avances y ejemplos de integración que ha desarrollado España, en este país persiste el uso del término minusvalía para referirse a las personas con discapacidad, lo que ha impulsado a los profesionales y organizaciones a desarrollar movimientos y campañas de sensibilización que propendan a reemplazarlo por discapacidad. La minusvalía es la limitación que tiene la persona con discapacidad por las barreras de su entorno.

Este concepto es justamente el eje central que nutre los más recientes cambios en las nuevas definiciones de la discapacidad. **En la actualidad, la discapacidad se observa desde una perspectiva ecológica, es decir, desde la interacción entre la persona y el ambiente.**

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la discapacidad como el resultado de la interacción entre la discapacidad de una persona y las variables ambientales que incluyen el entorno físico, las situaciones sociales y los recursos. Este organismo ha diseñado el instrumento CIF (clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud), cuyo objetivo principal es brindar un lenguaje unificado y estandarizado y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”.

Se concibe a la discapacidad como una condición fluida y cambiante de acuerdo a las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en el ambiente. De esta manera, es posible disminuir la discapacidad de una persona mediante servicios y apoyos que le faciliten su interacción con el entorno e incorporación a la vida social.

Esta mirada redundará seguramente en futuros cambios en el uso del lenguaje. De pronto la influencia de este enfoque implique la desaparición de toda calificación, dejando libres a las personas de las etiquetas.

Manuales de estilo

Desde hace varios años que a nivel internacional hay preocupación por el tratamiento que las comunicaciones masivas dan a la discapacidad. Las Naciones Unidas emitió en 1982 el documento “Mejorando las comunicaciones sobre las personas “impedidas”(*)” donde se entregan directrices aplicables a todas las formas de comunicación.

Estas recomendaciones apuntan fundamentalmente a considerar y presentar a las personas con discapacidad de tal manera que se demuestre su participación variada, positiva y multidimensional en la sociedad. Al lenguaje se le otorga un papel importante, insistiendo en cuidar las palabras para describir o caracterizar a las personas con discapacidad.

Considerando la influencia que tienen los medios de comunicación masiva en la construcción de pensamientos y realidades, en el mundo de la discapacidad ha surgido en las últimas décadas un creciente interés por analizar la cobertura que estos hacen del tema. En especial en los países desarrollados, los gobiernos y asociaciones han generado una serie de manuales de estilo con pautas y recomendaciones para que los periodistas se hagan parte del proceso normalizador de las personas con discapacidad e incorporen la nueva terminología.



El Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, organismo gubernamental de España, es una de las entidades que más logros ha tenido en esta materia contando incluso con un programa de Discapacidad e Información. Cada dos años, realizan en distintos puntos del mundo seminarios sobre comunicación y discapacidad, iniciativa que en Chile tuvo lugar en 1997.

En los manuales de estilo que ha editado se constata que los medios de comunicación tienen la tendencia de presentar la discapacidad con tres enfoques básicos: como una incapacidad, donde se “enfatan las limitaciones y se omiten las potencialidades”; asociada a la fatalidad o desgracia, y con un realce exagerado de la veta emotiva.

El objetivo de estos manuales, cuyos contenidos no sólo sirven a los periodistas y editores sino que a todos quienes se relacionan con esta realidad, apunta a que los medios de información reflejen a las personas con discapacidad prevaleciendo su condición sustantiva de personas por

(*) Se pone entre comillas por tratarse de un término obsoleto desde la perspectiva de los manuales de estilo modernos.

sobre la circunstancia adjetiva de la discapacidad y que den cuenta de la integralidad y multidimensionalidad de su vida y entorno.

Entre las propuestas que se entregan a los medios y que se pueden aplicar a la atención de público, cabe destacar:

- **Mostrar el lado positivo de la discapacidad:** centrar la atención en las capacidades en lugar de las limitaciones; evitar enfoques (miradas) prolongados en aparatos como bastones o muletas; omitir la discapacidad en un reportaje (conversación) a menos que sea algo vinculado a la historia (trámite).
- **Permitir que las personas con discapacidad hablen por sí solas,** evitando dirigir la palabra siempre a los acompañantes o tutores.
- **Evitar la imagen de ghetto:** presentar a las personas con discapacidad como parte de la población o sociedad; no hacer hincapié en las diferencias, porque esto refuerza la actitud "uno de ellos" vs. "uno de nosotros".
- **Cuidar los mitos o estereotipos:** evitar presentar a las personas con discapacidad como dependientes, en estado lastimoso, como objetos de veneración, asexuados o peligrosos.
- **No cargar las tintas:** presentar logros y dificultades sin insistir indebidamente en la discapacidad ni exagerar emocionalmente la situación.
- **Decir "persona con discapacidad":** no etiquetar a las personas.
- **Ver todas las facetas:** presentar a las personas con discapacidad de la misma forma multidimensional que a las demás; integrar la discapacidad de una persona en su identidad total.
- **Información normalizadora:** representar y concebir a las personas con discapacidad en todas las situaciones sociales y comunes (familia, educación, trabajo, política, cultura, deporte, etc.); presentar a las personas con discapacidad desarrollando actividades corrientes y cotidianas (pagando cuentas, haciendo la cena, comprando, etc.)

Realidad chilena

En el marco del seminario sobre discapacidad y comunicación social que el Real Patronato organizó junto a organismos públicos y privados chilenos en nuestro país en 1997, el Fondo Nacional de la Discapacidad elaboró un Análisis de Contenido sobre la cobertura y tratamiento de la discapacidad en los seis diarios de circulación nacional.

En el estudio - que significó revisar diariamente, durante tres meses, los periódicos El Mercurio, La Tercera, Las Últimas Noticias, La Cuarta, La Época y La Nación y entrevistar a los respectivos editores - se evidenciaron los avances vividos en el país en la década de los noventa respecto al posicionamiento del tema, lo que se vio reflejado por la variedad de contenidos aparecidos en los medios y un uso mayoritariamente respetuoso del lenguaje.

Sin embargo, el análisis también dio cuenta de la permanencia de estereotipos y términos inadecuados tanto en los títulos como en el desarrollo de los artículos: enfermo, deficiente mental, mongólico, impedido, lisiado e inválido fueron palabras registradas. Según los editores consultados, no hay mala voluntad sino desconocimiento lo que es parte de los procesos de inserción social de los grupos vulnerables en general. Estos recomiendan que las instituciones vinculadas al tema apoyen a los medios con material que entregue los conceptos correctos.

Otro aspecto poco alentador del estudio tiene que ver con que la persona con discapacidad aparece en gran medida presentada de manera unidimensional, en donde se destaca sólo su discapacidad, y también con una visión paternalista.

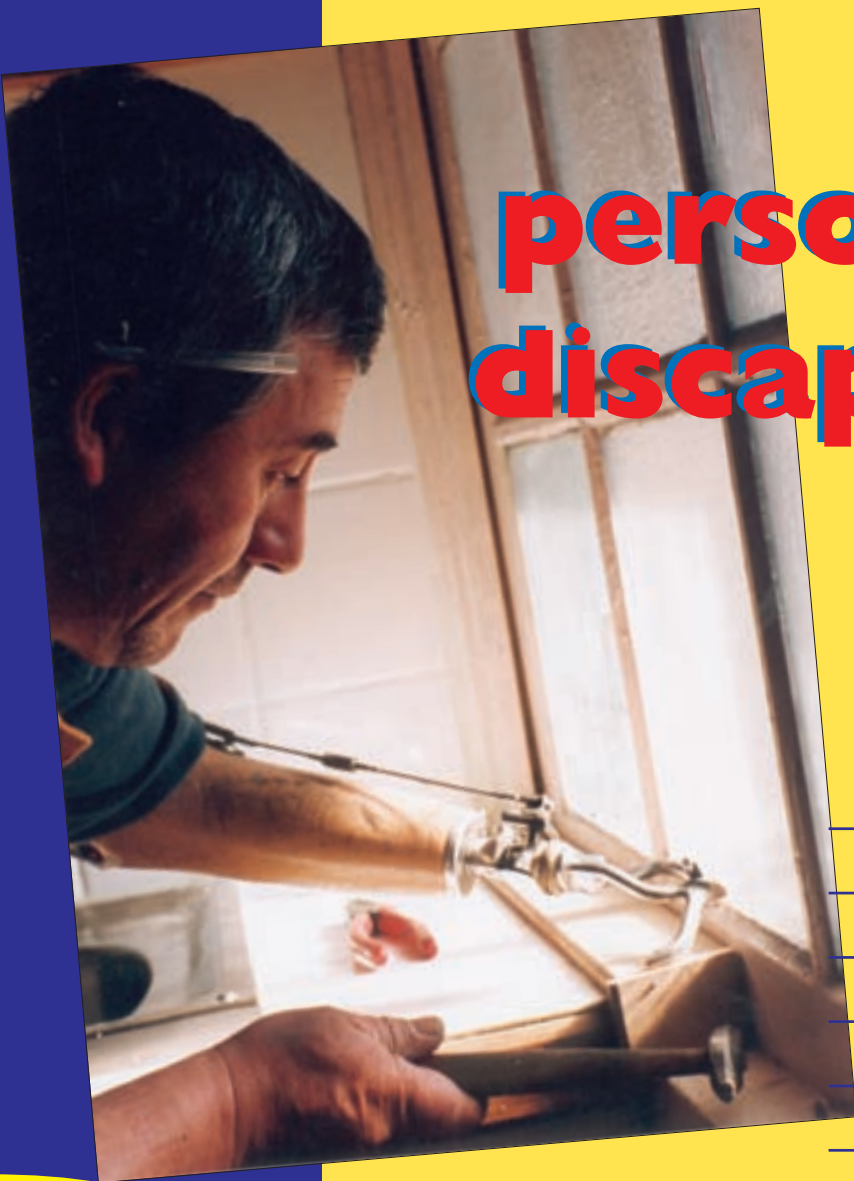
Las discapacidades física y mental mostraron una mayor presencia en la cobertura periodística. Las secciones en que prevaleció la presencia del tema son deporte y espectáculos. En tanto, se notó una fuerte ausencia de la temática en secciones relevantes como las de opinión y editoriales.

Actualmente, se puede afirmar que los medios de comunicación van acorde al quehacer social. En la medida que los agentes públicos y privados generan acciones en favor de este sector de la población o muestran avances en la utilización del lenguaje, los medios están cada vez más dispuestos a reportarlos.

En la actualidad, la discapacidad se observa desde una perspectiva ecológica, es decir, desde la interacción entre la persona y el ambiente.



¿Quiénes son las personas con discapacidad?



Cuantificando la realidad

Son personas

Acerca de las definiciones

Nuevos conceptos

Participación social

Según las Naciones Unidas, en el planeta hay más de 600 millones de personas con alguna discapacidad, 75% de las cuales vive en el Tercer Mundo en condiciones de pobreza y/o marginalidad.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en países en vías de desarrollo, como el nuestro, entre el 7.5 y el 10 por ciento de la población presenta algún grado de discapacidad. Si aplicamos esta proyección a Chile, estaríamos hablando de un total de 1.500.000 personas con discapacidad en las áreas física, mental, auditiva, visual y siquiátrica.

Hasta hace muy poco tiempo no se contaba con un sistema eficiente para medir de manera más exacta a este sector de la población y que permitiera focalizar mejor los programas y servicios que los favorecen. Esto respondía fundamentalmente al tipo de cuestionarios y encuestas que se elaboraban, ya que no contemplaban todas las discapacidades ni sus distintos grados; además, la formulación de las preguntas y el perfil de los encuestadores, en general, inducían a la negación.

El Censo de 1992 arrojó un total de 238.288 personas con alguna discapacidad y el del año 2002 dio la cifra de 334.377, es decir, el 2.34% de la población total del país. Como se observa, se trata de cantidades bastantes menores a las estimaciones de la OMS y que solo pesquisaban a los grados severos.

Cuantificando la realidad

Otra fuente de información que ha permitido tener un acercamiento a la cuantificación de las personas con discapacidad es la encuesta de caracterización socioeconómica nacional (CASEN), realizada por Mideplan; se trata de una encuesta de hogares representativa a nivel nacional, regional, urbano, rural y comunal; se puede destacar que era la medición más utilizada por los profesionales y entidades vinculados a la discapacidad.

La Encuesta CASEN del año 2003 indicó que en nuestro país, existirían 565.913 personas con alguna discapacidad, total que correspondería al 3.6% de la población chilena. Esto se refiere a personas que declararon tener alguna deficiencia y que implica que: «no pueden oír»; «no pueden hablar»; «no pueden ver»; «presentan deficiencia mental»; «tiene discapacidad física» y «posee alguna discapacidad psiquiátrica».

El año 2004, Fonadis, en conjunto con el INE, desarrolló el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad (Endisc- CIF), se trata de un estudio basado en el marco conceptual propuesto por la Organización Mundial de la Salud, esto es la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud.

Este estudio nos señala a grandes rasgos que en Chile existe un 12,9 %, de la población que presenta algún grado de discapacidad, es decir, 2.068.072 chilenos tienen discapacidad y que 1 de cada 8 personas la presenta, en 1 de cada 3 hogares en Chile hay, al menos, un miembro con discapacidad.

Este estudio tiene el valor de dar a conocer la prevalencia de la discapacidad en Chile y permite caracterizar la población con discapacidad, lo que representa un gran aporte al diseño de política, planes y programas que beneficien a este sector de la población sobre la base de datos concretos.

Son personas

“Todas las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos” es la frase inicial de nuestra Constitución Política, el espíritu de la mayoría de las constituciones del mundo y la legítima aspiración de las personas con discapacidad y de quienes han trabajado históricamente para lograr su plena integración.

Esta frase expresa una intencionalidad como país de garantizar el derecho de todas las personas a participar en igualdad de oportunidades de los distintos planos del quehacer nacional. No obstante, para que esto sea efectivo para las personas con discapacidad, cada nación ha debido superar múltiples procesos legislativos, políticos, sociales y culturales. Y aún seguimos en proceso.

Cuando no se ha tenido cercanía con la discapacidad, pareciera que cuesta comprender su realidad, la que resulta ajena y distante. Sin embargo, en la medida que uno se acerca a este amplio y diverso mundo, descubre que se trata de personas con requerimientos quizás particulares o diferentes, pero con experiencias de vida y necesidades cotidianas iguales a las nuestras.

Asimismo, al profundizar la mirada en este universo que comprende las discapacidades física, mental o intelectual, síquica o psiquiátrica y sensorial (visual y auditiva), se descubre una enriquecedora plataforma para aprender de la diversidad y la tolerancia, conceptos tan en boga hoy en día. Y no se trata de alimentar estereotipos que describen a las personas con discapacidad como “buenas y santas”. Las emociones y valores son tan heterogéneos y transversales como en cualquier otro grupo humano.

Acerca de las definiciones

En general, cuando se habla de discapacidad se hace referencia a una condición que altera el desarrollo esperado de una persona, la que puede derivar básicamente de una enfermedad, un accidente o una alteración genética. No hace distinción entre hombres y mujeres o de clases sociales.

La prevalencia de la discapacidad se asocia a variados factores, muchos de los cuales actualmente han elevado sus tasas de ocurrencia, como el desarrollo urbano, los accidentes de todo tipo (laborales, domésticos o de tránsito) y el uso de pesticidas y otros elementos contaminantes.

Las definiciones tratan de entregar orientaciones que permitan clarificar el trasfondo que conlleva la discapacidad, lo que no siempre se logra. Incluso a veces se hacen más complejas y técnicas cuando su origen es muy especializado. Las definiciones nacen de acuerdos que se logran entre estudiosos, con énfasis en materias específicas como los ámbitos legal, médico o educativo. En general, se van nutriendo de aportes que se van recopilando de la experiencia acumulada por los países más avanzados en el tema y cada nación las adapta a su realidad local.

... La integración es un problema de quien pone las barreras, no de quien no puede saltarlas.
(D. José Antonio Ardanza G.)

Hay momentos en los cuales se alcanza consenso y los conceptos se expanden hasta que surge una nueva mirada y pierden vigencia. Son procesos complejos pues se trata de dar respuesta a condiciones que involucran a seres humanos con vivencias asociadas a características que los hacen especiales y que cruzan su relación con el entorno físico y social.

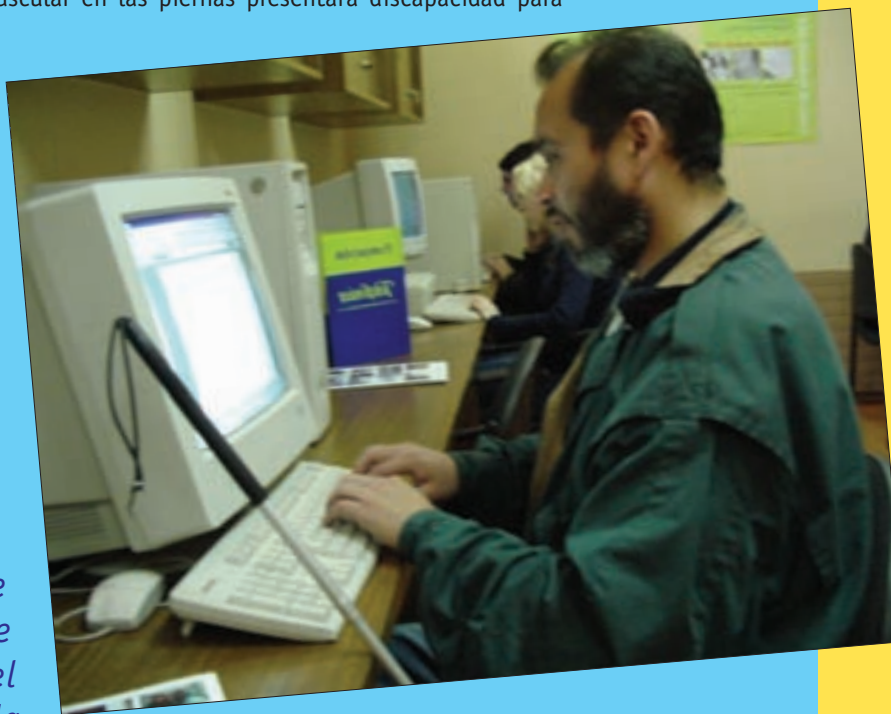
Habitualmente, se tiende a utilizar como sinónimos los términos discapacidad, deficiencia y minusvalía. Pero, cada uno de ellos tiene un significado distinto y abarca énfasis distintos.

La deficiencia es la pérdida o anormalidad de una estructura o función. Por ejemplo, la poliomielitis provoca debilitamiento de los músculos de las piernas.

En cambio, la discapacidad se refiere a toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad, producto de la deficiencia, en los márgenes que se consideran normales para un ser humano. Por ejemplo, una persona con una deficiencia muscular en las piernas presentará discapacidad para caminar.

En tanto, el concepto de minusvalía apunta a la situación de desventaja de una persona, producto de una deficiencia o discapacidad, que le impide desempeñar una determinada actividad o rol social, los que serían normales de acuerdo a su edad, sexo y condición social, como por ejemplo, casarse, estudiar, trabajar.

Las definiciones tratan de entregar orientaciones que permitan clarificar el trasfondo que conlleva la discapacidad, lo que no siempre se logra.



Nuevos conceptos

Hablar de la discapacidad implica hacer referencia a una constante generalizada de limitaciones. Por mucho tiempo, esto no se cuestionaba, las personas tenían una deficiencia y la asumían como una condición que las marcaba y les determinaba su rol en la sociedad.

La preocupación profesional y social que surge de este hecho se enfocaba en la deficiencia y no en la persona. Las tendencias que han guiado la búsqueda de definiciones han transitado desde visiones altruistas, asistenciales y médicas hasta avanzar, en los últimos tiempos, hacia un enfoque más bien de corte social.

Actualmente, se busca responder a una reconceptualización de la discapacidad, la que surge a la luz de **la interacción entre la persona y su ambiente**. Con este enfoque se valoran las potencialidades existentes más que la deficiencia, resaltando aspectos como la autonomía, las posibilidades de integración, la igualdad y las capacidades conservadas.

A partir de este paradigma, internacionalmente se habla de una «nueva forma de pensar sobre la discapacidad», cuyos principales aspectos además de lo anterior incluyen:

- ***Un paradigma de apoyo que enfatice la prestación de servicios a las personas con discapacidad y se centre en la integración educativa y laboral.***
- ***Una interconexión del concepto de calidad de vida con el de mejoramiento de la calidad, garantía en el mantenimiento de la calidad, gestión de la calidad y evaluación centrada en los resultados.***
- ***El desplazamiento hacia una aproximación no categórica de la discapacidad que se focalice en las conductas funcionales y en las necesidades de apoyo de las personas sin tener en cuenta sus diagnósticos clínicos.***

Estos cambios de forma y fondo también están incorporados en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que diseñó el instrumento CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud), cuyo objetivo principal es brindar un lenguaje unificado y estandarizado y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”.

El instrumento se basa en una perspectiva ecológica en la que la discapacidad de una persona es la “resultante de la interacción entre su discapacidad y las variables ambientales que incluyen el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos”.

Dentro de este modelo, la limitación es una falta o anomalía del cuerpo o de una función fisiológica o psicológica; una actividad es la naturaleza y la amplitud del funcionamiento a nivel personal y la participación es la naturaleza y la amplitud de la implicación de una persona en las situaciones de la vida relacionadas

con las limitaciones, actividades, condiciones de salud y factores contextuales.

Las instituciones públicas y privadas de países desarrollados empiezan a concebir sus programas y servicios de acuerdo a esta nueva concepción: "Las limitaciones de una persona se convierten en discapacidad sólo como consecuencia de la interacción de la persona con un ambiente que no le proporciona el adecuado apoyo para reducir sus limitaciones funcionales".

Patología → Limitación → Limitaciones funcionales → Discapacidad

Para que este nuevo marco conceptual -que resalta a la persona por sobre sus características- se plasme en hechos concretos y se masifique, se impone la necesidad de un cambio profundo de mirada de la concepción humana, tanto por parte de las propias personas con discapacidad, como de sus familiares, profesionales, del entorno social y de todos nosotros.

Participación social

Las personas con discapacidad presentan requerimientos particulares para satisfacer sus necesidades básicas y desarrollar actividades cotidianas, especialmente vinculadas a las ayudas técnicas y a la rehabilitación. Pero, como cualquier individuo, también requieren acceder y participar de la vida social, es decir, de bienes fundamentales como la educación, la familia, el trabajo, la recreación, del deporte o la cultura.

Hoy en día, hay plena conciencia respecto a que este proceso de atención e inclusión social corresponde a una responsabilidad social y estatal. Se trata de un alto porcentaje de personas que cuentan con deberes y derechos que en esta época no se cuestionan. El punto radica en la capacidad que tenemos como persona, institución o país de atender a sus necesidades y requerimientos para que ocupen el lugar que les corresponde como un ciudadano más.

En este sentido existen dos conceptos que es imperativo conocer:

La **normalización** corresponde a un principio que implica ofrecer a las personas con discapacidad las condiciones más parecidas posibles a las habituales para cualquiera. No significa desconocer ni negar la deficiencia o creer que a la persona hay que igualarla a quienes no tienen discapacidad, sino que tender a un mayor desarrollo de sus capacidades.

Los procesos de **normalización** apuntan a que las personas con necesidades especiales tengan los mismos derechos y obligaciones que el resto de la población y que puedan acceder a los mismos servicios, atendiendo sus requerimientos especiales y eliminando todo tipo de barreras. Lo esencial de este concepto es que queda atrás la tendencia de crear entidades especiales o "ghettos" y que se entra a la dimensión de los espacios comunes e integrados. Sólo cuando no sea posible la integración por la gravedad o complejidad de

IMP

Discapacidad física



Causas y enfermedades

Mitos y creencias

Barreras y necesidades

Rehabilitación e integración

Consejos prácticos

Glosario

La discapacidad física se origina por una deficiencia física, es decir, la pérdida o anomalía en la estructura anatómica de los sistemas osteo-articular (huesos y articulaciones), nervioso o muscular.

Existe una limitación en el área motora o falta de control de movimientos, de funcionalidad y/o sensibilidad, que impiden realizar las actividades de la vida diaria de manera independiente o realizarlas como las hace el común de las personas. Generalmente, se presenta en las extremidades (la discapacidad o deficiencia física no sólo se presenta en las extremidades, sino que a través de ellas se visualiza el efecto de otras deficiencias más internas del sistema nervioso central), aunque también se puede manifestar en todo el cuerpo y asociada a otras áreas.

La discapacidad física es visible a través de manifestaciones concretas en el cuerpo: ausencia, malformación o insuficiencia funcional de un miembro, alteración en la movilidad de o las extremidades afectadas y problemas de coordinación - y el uso de elementos auxiliares o ayudas técnicas - silla de ruedas, bastones, prótesis, etc.-. La utilización de estos implementos es para compensar la deficiencia, evitar la progresión hacia otra deficiencia y mejorar la autonomía.

Causas y enfermedades

Las deficiencias que originan cualquier discapacidad física pueden ser:

- **Genéticas:** Se pueden transmitir de padres a hijos.
- **Congénitas:** Se refiere a las características o rasgos con los que nace un individuo y que no dependen sólo de factores hereditarios, sino que son adquiridos durante la gestación.
- **Adquiridas:** Son las ocasionadas por algún accidente o enfermedad después del nacimiento.
- **Temporales:** Se trata de deficiencias adquiridas a consecuencia de algún accidente que provoca una inmovilidad limitada y cuyo pronóstico de recuperación es predecible, considerando aspectos como la inmovilidad, terapia física, etc.
- **Permanentes:** Aquellas cuyo diagnóstico no contempla mejoría independientemente del tratamiento.

Dificultades y barreras

Las personas con discapacidad física enfrentan una serie de dificultades propias de su deficiencia para desenvolverse en la vida cotidiana y social que son agravadas por situaciones del entorno social, cultural y ambiental. Al revisarlas, resulta aconsejable tener siempre presente la nueva concepción ecológica de la discapacidad, con el fin de fijar la mirada en las soluciones que debe proveer el entorno en vez de centrarse en las limitaciones del individuo.

Los niveles o grados de dificultad que presenta la persona para la ejecución de las diversas acciones van desde:

- *La realización con dificultad pero de manera independiente;*
- *Independiente con apoyo de ayudas técnicas;*
- *Dependiente parcial con apoyo de ayudas técnicas;*
- *Dependiente con apoyo de ayudas técnicas, con poca posibilidad de realizar acciones o sólo con ayuda de otros.*

Asimismo, es posible clasificar las dificultades o limitaciones de acuerdo a los ámbitos de la vida donde el apoyo del entorno cobra especial relevancia:

- **Cuidado Personal:** Se refiere al autocuidado e higiene, a la autonomía o limitación en la realización de actividades como ir al baño, alimentarse, higiene personal y vestirse.
- **Movilidad:** Son las dificultades para trasladarse, para caminar, moverse entre distintos niveles, subir y bajar escaleras y la utilización de los medios de transporte.
- **Destrezas:** Se trata de los problemas en la manipulación de objetos, en la ejecución de movimientos coordinados, en abrir recipientes, arrodillarse, etc.
- **De la vida diaria y recreación:** Se refiere a las dificultades que puede presentar la persona para las acciones de la vida diaria como bailar o saltar, marcha o traslado, limpieza o aseo doméstico, etc.

Mitos y creencias

Cuando se promueve la integración plena de las personas con discapacidad, es fundamental ir eliminando mitos y creencias que se construyen en torno a este sector de la población. La falta de información, ignorancia, ausencia de empatía y superficialidad son tierra fértil para generar contextos basados en premisas erróneas y discriminadoras, surgiendo barreras muy difíciles de superar.

Puntualmente, sobre las personas con discapacidad física, hay una serie de mitos que es necesario sacar del sistema de creencias:

- ***Que no son capaces, como característica global.***
- ***Que mientras más quietas y tranquilas se queden, están mejor cuidadas.***
- ***Que no deben exponerse a las actividades de la vida diaria.***
- ***Que se ausentan más al trabajo, porque se enferman.***
- ***Que su vida emocional y sexual están limitadas.***
- ***Que no son capaces de decidir por sí mismas.***
- ***Que si usan sillas de ruedas, están aún más impedidas para hacer una vida normal.***
- ***Que son sujetos sólo de derechos y no de deberes.***
- ***Que no se les debe molestar, no se deben mirar, no se sabe cómo hablarles o de qué conversar con ellas.***

El desconocimiento, la sobreprotección, paternalismo o asistencialismo, el aislamiento y la burla son actitudes que evidentemente debilitan la autoconfianza de las personas con discapacidad física, limitando sus condiciones para desenvolverse y aprovechar sus habilidades remanentes en función de un desarrollo acorde a su etapa de vida.

Sin duda, se ha avanzado de manera considerable en la toma de conciencia de las capacidades de las personas con discapacidad física y de su óptimo desenvolvimiento laboral y social en la medida que se adecúan los espacios físicos y de participación social. No obstante, por sus dificultades de movilidad y las carencias persistentes en el tema de la accesibilidad, estas personas ciertamente enfrentan una multiplicidad de dificultades para desempeñarse en los diversos ámbitos de la vida diaria.

Son justamente los problemas de movilidad por ausencia de accesibilidad y la falta de autonomía los aspectos que más afectan a las personas con discapacidad física, influyendo negativamente en la confianza en sí mismas y su autoestima.

En este sentido, las condiciones de accesibilidad en el hogar, la comuna en la que viven, los servicios públicos y privados, del transporte y de la ciudad en general determinarán directamente

... Si no hay capacitación no hay acceso al trabajo y si no hay trabajo no hay integración.
(D. Pedro Serra Rodríguez, presidente Federación ECOM)

el radio de deambulaci3n de las personas con problemas de movilidad, incluyendo a los adultos mayores.

Si bien la Ley 19.284 y el Decreto N° 40 del Ministerio de la Vivienda precisan la eliminaci3n de barreras arquitect3nicas y urbanas, lamentablemente nuestras ciudades a3n est3n llenas de obst3culos para estas personas.

Por ello, lo primero que requiere un servicio para una atenci3n adecuada de p3blico que presenta una discapacidad f3sica es la adaptaci3n de sus dependencias, asegurando las condiciones m3nimas de acceso y circulaci3n libres de riesgo de accidentes.

Los aspectos b3sicos que se deben considerar, y que se encuentran detallados en el Decreto N° 40 y en algunos manuales especializados que se han editado en los 3ltimos a3os, son el ancho de las puertas, los desniveles, las v3as de circulaci3n, la reserva de estacionamientos preferenciales, los rebajes de las veredas, el acceso interno y externo mediante rampas. Dependiendo del flujo de p3blico con movilidad reducida que tenga la empresa o instituci3n, tambi3n hay que contemplar la adecuaci3n de los ba3os y la instalaci3n de ascensores.



Impacto de la rehabilitaci3n

El mejoramiento de la calidad de vida de una persona que presenta discapacidad f3sica est3 asociada a un proceso complejo e integral que tiene como uno de los pilares centrales la acci3n en materia de rehabilitaci3n. La rehabilitaci3n tiene que ver con el proceso que implica la ejecuci3n de medidas que permitan establecer funciones para compensar, evitar su progresi3n o derivaci3n en otra discapacidad.

Los progresos que manifiesta la persona con alguna discapacidad est3n b3sicamente asociados a la posibilidad de acceder tempranamente a tratamientos rehabilitadores, a la magnitud de la deficiencia y a las condiciones del entorno para apoyar el proceso.

En el caso de la discapacidad física, el proceso de rehabilitación funcional pretende lograr, mediante el uso de todas las técnicas disponibles, los siguientes objetivos:

- Desarrollar al máximo las habilidades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, tales como aseo personal, alimentación, comunicación, vestuario, traslados, educación, trabajo, participación social, etc.
- Recuperar o mantener la función de los órganos afectados, ya sea recuperando o manteniendo rangos articulares, fuerza muscular, marcha, tolerancia al esfuerzo, como también funciones de coordinación.
- Reemplazar las funciones no recuperadas con ayudas técnicas. Este proceso tiene como objetivo el entrenamiento en el uso de elementos de apoyo que permitan una mayor autonomía al poder reemplazar el miembro o la función afectada. Las principales ayudas técnicas prescritas para las personas con discapacidad física que ayudan en la posición bípeda o para la marcha son las sillas de ruedas, las órtesis, prótesis, carros andadores y bastones. Y para el desarrollo de actividades con extremidades superiores son prótesis, férulas y otro tipo de adaptaciones manuales.
- Desarrollar nuevas habilidades en órganos sanos, por ejemplo, cambio de lateralidad (realizar actividades que antes se hacían con manos para que se realicen con los pies, o con la mano izquierda si se hacían con la derecha).
- Apoyo psicológico para lograr la aceptación de la actual condición y la máxima colaboración y disposición necesarias para el proceso de rehabilitación para el individuo y su familia.

Junto con estos aspectos de la **rehabilitación funcional** es necesario considerar la importancia que tienen la **rehabilitación profesional**, cuyo objetivo fundamental es la máxima integración a una actividad laboral, y la **rehabilitación social**, que persigue la plena integración a la familia y a la comunidad.

Cuando la discapacidad física se presenta a temprana edad, en paralelo a los procesos de rehabilitación, los esfuerzos estarán dirigidos a la incorporación al sistema educativo, prioritariamente de manera integrada o mediante la modalidad de educación especial en casos de limitaciones severas o compromisos profundos a nivel cognitivo.

Los niños y jóvenes con discapacidad física no presentan ningún impedimento para participar integral e integradamente de la educación regular; sólo requieren que las instalaciones cumplan con las normas de accesibilidad.

Lo mismo se aplica para la fase laboral, ya que las personas con discapacidad física pueden desempeñar cualquier trabajo, siempre que esté capacitado para ello y en la medida que existan las adecuaciones arquitectónicas básicas. De a poco, se ha eliminado el prejuicio en cuanto a que el tema de la accesibilidad resultaba costoso.



Hay conciencia de las capacidades de las personas con discapacidad física y de su óptimo desenvolvimiento laboral y social en la medida que se adecúan los espacios físicos y de participación social.

Considerando las características generales de las personas con discapacidad física vinculadas en lo sustancial a sus dificultades de movilidad, es necesario tener presente las siguientes recomendaciones en el proceso de atención de público:

En primer lugar, sea natural.

Centre su atención en la persona antes que en su discapacidad, ya que ésta no determina a la persona sino que sólo es una característica más de su identificación.

Háblele directamente, sin evadirla ni dirigirse al acompañante.

No la trate como si fuera un niño. Trate a los adultos como adultos. En lo posible, dirijase a la persona por su nombre, siempre y cuando haya tratado a los demás del mismo modo. Su discapacidad es física no mental.

Pregúntele si necesita ayuda y cómo le debe ayudar con la movilidad, especialmente si hay problemas de accesibilidad. En caso de que su respuesta sea positiva, es él o ella quien debe dirigir la ayuda.

No asuma lo que la persona puede o no hacer. No piense por ella.

No empuje la silla de ruedas de una persona o tome el brazo de alguien que camina con dificultad sin preguntarle si usted puede ayudar.

No sea invasivo. La silla de ruedas también es parte del espacio personal de la persona con discapacidad. No se apoye ni la mueva sin su permiso.

Evite mantenerse en distintos niveles si la persona va en silla de ruedas. Si usted está de pie, busque en qué sentarse o póngase en cuclillas. Es difícil para la persona en silla de ruedas mirarlo hacia arriba, lo que además puede marcar una relación jerárquica.

Esta premisa rige de la misma forma para las personas de baja estatura o equívocamente llamadas "enanás".

Glosario

Nombre	Definición	Causas	Secuela
Acondroplasia	Trastorno del crecimiento por falta del cartílago del crecimiento de los huesos largos de las extremidades.	Desconocidas, congénitas y ocasionalmente hereditarias.	Baja estatura, piernas y brazos cortos. También pueden darse desviaciones en la columna y extremidades arqueadas.
Amputación	Extirpación total o parcial de un miembro o un segmento prominente del cuerpo.	Infecciones, accidentes, traumas en general, diabetes, etc.	Puede afectar a cualquiera de los miembros, parcial o totalmente.
Artritis reumatoide	Enfermedad reumática que consiste en la inflamación de la membrana sinovial, que es una lámina que envuelve a las articulaciones.	Se desconoce la causa, pero la condición involucra un ataque en el cuerpo producido por sus propias células inmunes (enfermedad autoinmune). Las causas pueden ser diferentes en cada caso: infecciosas, genéticas y hormonales.	Casi siempre es progresiva y lleva a la destrucción de las articulaciones, con deformidad, anquilosis y, en definitiva, incapacidad funcional.
Artrosis	Deformación o desgaste de la articulación. Provoca dolor y dificultad para moverse y movilizarse.	Degeneración del cartílago articular.	Puede afectar a múltiples articulaciones, sobre todo de las manos, rodillas, caderas y columna cervical y lumbar.
Hemiplejia	Parálisis a un sólo lado del cuerpo, puede ser de un brazo, una pierna, el tronco y a veces la cara. Puede afectar simultáneamente a más de una parte del cuerpo, pero del mismo lado.	Resultado de la lesión de las vías de conducción de impulsos nerviosos del encéfalo o de la médula espinal. Esto sucede, por lo general, como consecuencia de un bloqueo arterial que priva al cerebro de irrigación sanguínea.	Según la parte del cerebro que resulte afectada, las lesiones que provoca, anulan el movimiento y la sensibilidad de parte del rostro, del brazo, de la pierna, o de ambos miembros de la mitad del cuerpo. Con frecuencia, además de la parálisis, quedan disminuidas otras funciones, como la visión, la capacidad auditiva, el habla e incluso la capacidad de razonamiento.
Hemiparesia	Cuando la lesión produce una disminución del movimiento, sin llegar a la parálisis.	Embolia, trombosis, hemorragia cerebral, parálisis cerebral.	

Glosario

Nombre	Definición	Causas	Secuela
Paraplejía	Cuando la parálisis afecta a los miembros inferiores.	Son variadas las causas que originan la parálisis o pérdida de la fuerza muscular de los miembros inferiores, entre ellas las más frecuentes son las traumáticas del raquis, tumorales, infecciosas, vasculares, autoinmunes y de otras causas diversas.	
Tetraplejía	Cuando la parálisis afecta a las cuatro extremidades.	Accidentes, traumáticos, raquimedulares, vasculares, hemorragia cerebral, parálisis cerebral, tumores, infecciones medulares.	Afecta a los cuatro miembros. En la parálisis se suma generalmente la pérdida de la sensibilidad.
Mal de Parkinson	Afección neurológica progresiva en que destacan la rigidez muscular, los temblores, la lentitud, la escasez de movimiento y la inestabilidad postural.	No se conoce la causa, pero se produce por una degeneración o envejecimiento prematuro de las células nerviosas ubicadas en el tronco cerebral, donde se produce la dopamina que regula la actividad motora.	La rigidez anormal que la enfermedad produce en los músculos frecuentemente produce dolor. Disminución de la actividad motora; esta se manifiesta con temblores en algunas partes del cuerpo o rigidez corporal, trastorno del equilibrio, entre los más representativos.
Distonía muscular	Disfunción del sistema nervioso que se manifiesta en permanentes contracciones involuntarias de los músculos en una o varias partes del cuerpo.	Se habla de distonía primaria o idiopática cuando la causa es desconocida o hereditaria, no hay alteración de la conciencia, de las sensaciones, de la función intelectual o sexual. En tanto, se habla de distonía secundaria cuando la causa es un golpe, asfixia u otras enfermedades del sistema nervioso central.	Torciones o deformaciones de una o varias partes del cuerpo. También pueden darse tics regulares o irregulares.

Nombre	Definición	Causas	Secuela
<i>Distrofia Muscular</i>	Grupo de enfermedades en las que aparece una degradación de la masa muscular independiente de su intervención (sin afectar al sistema nervioso).	Origen genético. Se produce una alteración enzimática que, a su vez, impide mantener una estructura diferenciada de las fibras musculares a lo largo de su existencia.	Los músculos van perdiendo progresivamente efectividad en su fuerza de contracción.
<i>Esclerosis múltiple</i>	Es una afección neurológica que ataca la vaina de mielina que envuelve la fibra nerviosa que transmite los mensajes al cerebro y a la médula espinal. En diversos lugares del sistema nervioso, donde se destruye la mielina, aparecen placas de tejidos endurecidos.	Desconocida.	Entre otros, trastornos de equilibrio, temblores, espasticidad, debilidad de los miembros y, en los casos más graves, parálisis de ellos.
<i>Espina Bífida:</i>	Anomalía congénita cuyo común denominador es un defecto en el desarrollo de la columna vertebral, manifestado por una falta de fusión entre los arcos vertebrales.	Influencias desconocidas, durante la vida del embrión, cuando se están formando la columna, la médula y sus cubiertas.	Dificultad o incapacidad para la marcha; deformaciones esqueléticas de columna, articulaciones y pies; predisposición a úlceras por decúbito; problemas de control intestinal y urinario.
<i>Parálisis cerebral</i>	Trastorno de la postura y del movimiento, debido a una lesión no degenerativa del encéfalo, antes de que su crecimiento y desarrollo se completan.	Resulta de problemas antes, en el momento o después del nacimiento.	Puede afectar miembros inferiores y/o superiores.
<i>Poliomielitis</i>	Enfermedad infecciosa producida por un virus que ataca la médula espinal.	Viral.	Puede producir parálisis motora, sin trastorno de las sensaciones y de las funciones vegetativas.

Fuente: Glosario www.fonadis.cl; vocabulario www.risolitaria.cl; glosario www.discapnet.es; glosario www.spanishhearit.org; glosario del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO, España.

Discapacidad auditiva



Causas y enfermedades

Mitos y creencias

Principales dificultades y barreras

Educación

Rehabilitación e integración

Consejos prácticos

Glosario

Discapacidad auditiva es un término amplio que se utiliza para referirse a todos los tipos de pérdida auditiva. Se refiere a la falta o disminución en la capacidad para oír claramente debido a un problema en algún lugar del aparato auditivo.

La pérdida de la audición puede fluctuar desde la más superficial hasta la más profunda, a la cual comúnmente se le llama sordera.

El término sordera se refiere al impedimento auditivo cuya severidad no permite a la persona percibir los sonidos y el lenguaje hablado, incluso usando audífono.

La discapacidad auditiva aparece como invisible, ya que no presenta características físicas evidentes. Se hace notoria fundamentalmente por el uso del audífono y en las personas que han nacido sordas o han adquirido la pérdida auditiva a muy temprana edad, por el tono de voz, el que en muchos casos es diferente al común de la gente.

En estos casos podría evidenciarse un escaso desarrollo de lenguaje oral, debido a que la persona nacida sorda no tiene disponible su aparato auditivo, esencial para el desarrollo natural y espontáneo del lenguaje oral. Las personas sordas tienen a su disposición la vía visual, por este motivo su lengua natural es visual gestual como la lengua de señas y no la auditiva verbal, como el lenguaje oral.

En cuanto al uso del lenguaje, se hace una distinción entre prelingual y post lingual que establecen si la hipoacusia o sordera están presentes antes o después de la adquisición del lenguaje. La pérdida severa de la audición en las etapas tempranas de la vida tendrá efectos importantes en el desarrollo de un niño o niña y en su adquisición del lenguaje oral.

Causas y enfermedades

Las causas que originan la discapacidad auditiva pueden ser:

- **Genéticas:** Se pueden transmitir de padres a hijos. En el caso del área auditiva, este aspecto es el más frecuente y poco previsible.
- **Congénitas:** Se refiere a las características o rasgos con los que nace un individuo y que no dependen sólo de factores hereditarios, sino que son adquiridos durante la gestación, por ejemplo las infecciones virales del embrión, destacando la rubéola materna. Las campañas de vacunación han logrado disminuir estos casos. Destacan también la ingesta de medicamentos durante el embarazo y la asfixia al nacer.
- **Adquiridas:** Son las ocasionadas por algún accidente o enfermedad después

del nacimiento. Destaca la meningitis meningocócica y la otitis crónica. También la hiperbilirrubinemia del recién nacido y las enfermedades de tipo infeccioso.

Otra causa adquirida es la que afecta especialmente a los trabajadores expuestos a ruidos de tipo industrial, a pesar de existir normativas de protección en esta materia, y la pérdida auditiva que se relaciona con el envejecimiento.

Las pérdidas auditivas o hipoacusias se pueden clasificar según el grado en que se ve afectada la recepción de los sonidos y la ubicación de la lesión que la ocasiona.

En este sentido, se pueden identificar distintos niveles de pérdida, los que se miden en una unidad llamada decibel:

Hipoacusia leve	(20-40 dB.)
Hipoacusia moderada	(40-70 dB.)
Hipoacusia severa	(70-90 dB.)
Sordera	(+ 90 dB.)
Clasificación BIAP	(Bureau International d'Audiophonologie).



Las características de la pérdida tienen las siguientes variaciones:

- ***Debilidad auditiva superficial:*** Implica pérdida de algunos sonidos, pero no tan profunda como para que afecte la mayoría de los usos de la audición.
- ***Debilidad auditiva media:*** Bastantes sonidos no son escuchados y afectan lo que la persona comprende de los sonidos ambientales, incluyendo algunos sonidos del lenguaje.
- ***Pérdida bilateral significativa:*** Una pérdida auditiva en ambos oídos; el oído con mejor audición tiene dificultades para escuchar y comprender el lenguaje. En ocasiones, aunque se escuche la voz humana, no se discrimina lo que se dice.
- ***Pérdida auditiva severa:*** Muchos sonidos no son escuchados, incluyendo la mayoría de los sonidos del lenguaje. No se discriminan las palabras.
- ***Pérdida profunda:*** La mayoría de los sonidos no son escuchados.

Las hipoacusias se diagnostican de acuerdo a la ubicación de la lesión:

De transmisión (oído externo o medio)

Mixtas (superposición de hipoacusia de transmisión más neurosensorial)

Neurosensorial (oído interno: cóclea o vía neural)

Mitos y Creencias

A partir de una visión superficial en el trato con las personas con discapacidad auditiva o de las características de algunas de ellas, se han ido construyendo algunas creencias equivocadas que estigmatizan y crean una predisposición negativa hacia la población con discapacidad auditiva.

Entre las creencias que más se han generalizado, existiendo incluso algunas de connotación positiva, destacan las siguientes:

● ***Que son personas desconfiadas, que creen que siempre están hablando de ellas.***

● ***Que tienen baja autoestima.***

● ***Que no pueden integrarse.***

● ***Que son porfiadas.***

● ***Que no entienden nada.***

● ***Que son sordomudas, es decir, no hablan.*** Para la población sorda, este aspecto es muy importante que quede claro: se habla de comunidad sorda, sin más adjetivo. La persona muda es la que tiene atrofiada sus cuerdas vocales, por lo que se ve imposibilitada para emitir sonido. Las personas sordas, en cambio, en su mayoría tienen las cuerdas vocales en perfecto estado, lo que ocurre es que no han podido acceder al uso auditivo de la lengua. Incluso, algunas asociaciones están modificando su nombre para terminar con este mito. Por ejemplo, la ASOCH, Asociación de Sordos de Chile, antes se llamaba ASOMUCH, Asociación de Sordomudos de Chile.

● ***Que tienen gran capacidad de concentración.***

● ***Que son serenas.***

● ***Que los sordos se casan entre ellos.***

● ***Que no les interesa integrarse.***

● ***Que son agresivas.***

Es importante recordar que las personas sordas, desde un punto de vista sociológico, pertenecen a una cultura minoritaria cuyo rasgo más característico es el uso de la Lengua de Señas, lengua que tiene todas las propiedades como cualquier otra lengua.

Principales dificultades y barreras

Para comprender las dificultades cotidianas y sociales que enfrentan las personas con discapacidad auditiva, resulta importante tener presente la nueva concepción ecológica de la discapacidad, con el propósito de centrar la mirada en las soluciones que debe proveer el entorno, en vez de focalizarse en las limitaciones del individuo.

La realidad que viven diariamente las personas con problemas en el área auditiva es muy difícil de imaginar para quienes no han tenido contacto con personas sordas. En general, nos movemos en un contexto que no está pensado para ellas, donde los sonidos tienen una gran importancia, previniéndonos de situaciones, peligros, enriqueciendo nuestro desarrollo con estímulos e información.

La magnitud de las dificultades que tienen estas personas depende de múltiples factores:

- **El nivel de pérdida auditiva.**
- **El momento del desarrollo en el cual se produce la pérdida.**
- **La acogida de su entorno y la posibilidad de desarrollar mecanismos que complementen su deficiencia en este plano.**
- **La posibilidad de acceder a dispositivos auxiliares como los audífonos que brindan la posibilidad de rescatar algunos sonidos y favorecen la comunicación.**
- **La calidad educativa a la que tiene acceso y el grado de acceso temprano a ella.**

Existen ámbitos específicos que implican limitaciones u obstáculos que deben enfrentar quienes presentan disminución en su audición, destacándose los siguientes:

Recepción de los ruidos ambientales. Esta información da cuenta de aquella realidad que enmarca el diario vivir y que para los oyentes ofrece elementos que permiten controlar y seleccionar lo que les puede afectar. Es muy relevante ya que implica la creación de un repertorio conductual que posibilita, por ejemplo, reaccionar ante situaciones de peligro o no deseadas.

El área de la comunicación se ve altamente afectada considerando que la comunicación oral es la vía principal de intercambio de ideas, conocimientos, experiencias de nuestra sociedad mayoritariamente oyente y la que determina en gran parte la integración social y el desarrollo emocional. El impacto que esta condición tiene se evidencia especialmente en ámbitos como el educacional, laboral y recreativo, cuando éstos no cuentan con el conocimiento ni las condiciones necesarias para incorporar a quienes presentan hipoacusia o sordera.

Al no captar la información que el medio le proporciona, la persona debe invertir gran cantidad de energía en tratar de observarla e interpretarla. Esto implica que para mantenerse informada, su atención debe estar permanentemente cambiando de foco.

Las personas con discapacidad auditiva tienen mínimas posibilidades de acceder a los medios de comunicación, especialmente a la radio y a la televisión. Por ello, presentan limitaciones para estar informados de la contingencia noticiosa, lo que ha llevado a este sector de la población a luchar porque se cumpla la normativa de la Ley 19.284 relativa al acceso de las personas sordas a los canales de televisión.

Al tratarse de una norma ambigua, durante muchos años no se obtuvieron resultados positivos porque la ley en definitiva no obliga a los canales a incorporar la lengua de señas en los noticieros, lo que ha sido la histórica demanda de las personas sordas. Recién en noviembre del 2002, se logró un importante acuerdo entre ANATEL (Asociación Nacional de Televisión) y las asociaciones de personas sordas de todo el país, con el apoyo del Consejo Nacional de Televisión, que establece la inclusión de un intérprete en lengua de señas en un noticiero de manera rotativa cada tres meses en todos los canales de la televisión abierta.

Educación

Las personas sordas presentan dificultades para acceder al sistema educacional porque las escuelas regulares no cuentan con profesores especializados y porque por su escaso acceso al lenguaje oral, los alumnos sordos ingresan al sistema en condiciones de gran desventaja respecto de los oyentes. En general, los niños sordos asisten a escuelas especiales (oralistas o bilingües, según las convicciones al respecto) hasta 6° u 8° básico, donde les entregan las herramientas comunicativas básicas para acceder luego al sistema educacional formal.

Sin embargo, la preocupación por desarrollar en los niños/as las habilidades comunicativas que les permitan paliar la discapacidad auditiva hace que en estas escuelas los contenidos curriculares de la Enseñanza Básica común queden rezagados. Por esta razón y por la falta de profesionales y de intérpretes especializados en el tema, dentro del establecimiento educativo común, las tasas de deserción escolar y de fracaso respecto del sistema educacional regular en la comunidad sorda siguen siendo altas, lo que deriva todavía en un significativo número de casos de analfabetismo parcial o total, lo que se acentúa en regiones.

En especial para las personas con sordera total y graves dificultades de comunicación, el desenvolvimiento social resulta muy complejo. En



los países desarrollados existen funcionarios con manejo de la lengua de señas en las principales reparticiones públicas, fundamentalmente vinculadas a la salud. En Chile, se ha avanzado lentamente en la toma de conciencia de la relevancia que tiene la capacitación en esta lengua cuando se atiende frecuentemente a personas sordas.

También se hace necesario adaptar la información social escrita al universo cognitivo de las personas sordas, a fin de favorecer un desenvolvimiento social en seguridad y confianza, disminuyendo la alta vulnerabilidad que este sector de la población presenta frente a los riesgos psico-sociales, al carecer de las habilidades sociales mínimas para hacer frente a los conflictos. En este sentido, la información que se distribuye en relación al Sida, la prevención del embarazo adolescente, las drogas y el alcohol, la educación sexual, la violencia intrafamiliar, entre otras, debería incluir elementos visuales y vocabulario simple, que facilite su accesibilidad para el universo cultural y lingüístico de las personas sordas.

Rehabilitación e Integración

El proceso que se refiere a la integración de las personas con discapacidad auditiva está determinado por diversos factores que se deben considerar al momento de pensar en la rehabilitación. Entre estos factores, hay que contemplar el tipo de pérdida, el momento en que ésta se produce, la etapa del desarrollo en que se encuentra la persona y si se trata de personas sordas o hipoacúsicas.

La persona que no presenta restos auditivos se denomina sorda. En este caso, las posibilidades están centradas en la entrega de herramientas para que pueda comunicarse.

Las personas sordas cuentan con un lenguaje común denominado Lengua de Señas. Su principal característica es que utiliza signos que se expresan con las manos en combinación con la expresión gestual y corporal. En estas combinaciones se expresa la gramática y la sintaxis propias de esta lengua. El significado dependerá de la forma que adopta la o las manos al realizar el signo, el lugar en que éste se realiza, el movimiento, la orientación de la palma de la mano y la expresión facial o corporal que acompaña el signo.

Se cuenta también con la lectura labial como alternativa de comunicación. Esta opción consiste en interpretar los movimientos que realiza la boca del interlocutor al hablar. Requiere entrenamiento y tiene un margen de ambigüedad por la dificultad de lograr el seguimiento y exactitud en la interpretación. Depende de la rapidez y gesticulación del emisor del mensaje. Se suele complementar al lenguaje de señas.

Se considera importante rescatar los restos auditivos, en aquellos niños que los poseen y manifiestan interés en aprovecharlos, como un aspecto que facilitará la adquisición de lenguaje

oral. En este sentido, el acceso a audífonos facilita el proceso. Estos funcionan como sistema de amplificación que hace perceptibles algunas frecuencias que sin él no son audibles.

De acuerdo a la priorización de ciertos enfoques, existen algunas tendencias esenciales relativas a la integración de las personas con esta discapacidad que surgen especialmente en el ámbito de la educación:

Bilingüismo: La lengua de señas como lengua principal y la adquisición del español de Chile, en su forma escrita, como segunda lengua y oral cuando el menor presenta potencialidades auditivas para su desarrollo.

Auditivo Oral: Enfatiza el desarrollo del lenguaje oral a través de la vía auditiva compensada con audífono o implante coclear.

Comunicación Total: En este enfoque se enfatiza la lengua de señas como lengua propia de la comunidad de sordos y la integra a la educación. Valida todas aquellas conductas que facilitan la comunicación: lenguaje oral, dramatización, dibujo, lectura y escritura, audición etc.

El apoyo que brinden los entornos más directos, como el familiar y educativo, determinará en gran medida la calidad del proceso de integración social de las personas con discapacidad auditiva.

Considerando las características generales de las personas con discapacidad auditiva y centrandolo la atención en la relevancia que tiene la comunicación, es necesario tener presente las siguientes recomendaciones en el proceso de atención de público:

- *En primer lugar, sea natural.*
- *Centre su atención en la persona antes que en su discapacidad, ya que esta no determina a la persona, sino que sólo es una característica más de su identificación.*
- *Colóquese de manera que su cara esté iluminada.*
- *Háblele de frente, la persona necesita ver sus labios para complementar la información que está recibiendo de usted.*
- *Debe modular con naturalidad, sin exagerar.*
- *Repita las indicaciones o la información si es necesario.*
- *Utilice un lenguaje simple y directo.*

- *No debe alzar exageradamente la voz, a menos que se lo solicite.*
- *Chequee si la persona lee, esto puede facilitar la entrega del mensaje.*
- *Sea sencillo en los gestos, no exagere.*
- *No le diga que entiende lo que le dice si no es así, la persona percibirá que no está siendo comprendido.*
- *Por el sólo hecho de llevar audífono no significa que escuche claramente ni que deba gritarle.*
- *Tenga presente que seguir una conversación es un gran esfuerzo para la persona sorda.*
- *La persona sorda puede sentirse aislada entre los oyentes, asegúrese que está siguiendo la conversación, ayúdele a integrarse explicándole de qué se habla en forma clara y modulada.*
- *Si su servicio atiende de manera frecuente a personas sordas, solicite a sus jefaturas la capacitación en lengua de señas.*
- *Si en su servicio se utiliza el sistema de números o de llamado a viva voz, recuerde que a la persona sorda deberá avisarle su turno personalmente, así que ubíquela en donde pueda verla y advierta al resto del personal de apoyo.*

Glosario

Entre las condiciones y discapacidades asociadas a los trastornos de la comunicación, se pueden destacar las relativas a la:

Discapacidad auditiva:

Presbiacusia: También se conoce como pérdida de audición producida por el envejecimiento natural del ser humano, ya que se trata de una pérdida de audición asociada a la vejez. A medida que las personas envejecen, muchas de las células pilosas del oído interno se dañan o desaparecen dando como resultado una pérdida de audición. El grado de la pérdida de audición producida por el envejecimiento varía dependiendo de la persona, aunque todo el mundo pierde

parte de su capacidad de audición a medida que envejece, algunas personas la pierden antes y más rápidamente que otras.

Sordoceguera: Es una discapacidad multisensorial en la que la persona no cuenta ni con la vista ni con el oído. No es necesariamente una pérdida total de los dos sentidos. El grupo de sordociegos totales es muy reducido, aproximadamente de un 5 a un 10% del total del colectivo de personas sordociegos. La mayoría de los sordociegos poseen algún resto auditivo y/o visual.

Las personas sordociegas usan diferentes sistemas de comunicación: Sistemas alfabéticos: dactilológicos, sistemas de letras mayúsculas, tablillas, braille, máquinas de escribir en vista tinta o en braille. Sistemas no alfabéticos (signos o símbolos): la lengua de signos, símbolos, labio lectura.

En Chile, Corpaliv atiende esta discapacidad tan compleja con el fin de mejorar al máximo su calidad de vida.

Otras discapacidades:

Afasia: Disminución de la capacidad de comprender y/o de expresarse a través del lenguaje hablado o escrito, a causa de una lesión o enfermedad en las áreas del lenguaje del cerebro. (No se observa habitualmente en personas sordas)

Laringectomía: Intervención quirúrgica que consiste en extirpar toda la laringe o parte de ella. El primer caso conlleva la mudez y el segundo puede acarrear trastornos fonatorios, porque la operación haya afectado la zona de la laringe donde se encuentran las cuerdas vocales o bien por las alteraciones respiratorias que pueda originar dicha intervención y que afecten a la formación de los sonidos. (No se observa habitualmente en personas sordas)

En la gran mayoría de los casos, esta operación se le hace a los fumadores que sufren de cáncer a la laringe. Para poder comunicarse, estas personas usan una laringe electrónica que es como un micrófono que se pone en la garganta para reproducir los sonidos. (Incorporamos esta condición en el capítulo de la discapacidad auditiva fundamentalmente por sus problemas de comunicación.)

Hace varios años, un grupo de personas laringectomizadas formaron una asociación gremial, CONALACH, con el propósito de sensibilizar a la comunidad y dar respuesta a sus demandas.

Fuente: Glosario www.fonadis.cl; vocabulario www.risolidaria.cl; glosario www.discapnet.es; glosario www.spanishhearit.org; glosario del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO, España.

Discapacidad visual



Causas y enfermedades

Mitos y creencias

Principales dificultades y barreras

Rehabilitación e integración

Consejos prácticos

Glosario

Discapacidad visual es un término amplio que se utiliza para referirse a todos los tipos de pérdida que afectan al sentido de la visión. Se refiere a la falta o disminución en la capacidad para ver adecuadamente debido a un problema que afecta al sistema visual o a la pérdida de campo visual.

Es necesario destacar que la visión no se reduce sólo al globo ocular, sino que comprende una compleja red de estructuras musculares, glandulares y neuronales y las conexiones entre ellas. A través de los ojos, percibimos el mundo exterior. La imagen es captada y convertida en impulso eléctrico para luego transmitirse mediante los distintos componentes del sistema, hasta ser finalmente procesada e interpretada por el cerebro. La visión está relacionada con la percepción del color, la forma, la distancia y las dimensiones.

La pérdida de la visión puede fluctuar desde la denominada baja visión hasta la más profunda, comúnmente denominada ceguera.

Según la **OMS**, el término ceguera se refiere a aquella visión menor de $20:400=0.05$ (es decir, lo que ve una persona con visión normal a 400 metros, una persona con déficit visual sólo lo ve a 20 metros), considerando siempre el mejor ojo y con la mejor corrección. También se define como ciega a la persona que tiene sólo percepción de luz sin proyección o quienes carecen totalmente de visión.

Por baja visión se entiende aquella visión insuficiente para realizar una tarea deseada aun con los mejores lentes correctivos. Desde el punto de vista funcional, pueden considerarse como personas con baja visión a aquellas que poseen un resto visual suficiente para ver la luz, orientarse por ella y emplearla con propósitos funcionales.

La discapacidad visual se evidencia ante los demás por algunos signos externos como el uso de bastón guiador, el apoyo en otra persona o, en algunos casos, la compañía de un perro guía. Asimismo, es común que estas personas utilicen las manos para la ubicación espacial o muevan la cabeza como reacción ante estímulos auditivos.

Causas y enfermedades

Las causas que originan la discapacidad visual pueden ser:

- ▶ **Genéticas:** Se pueden transmitir de padres a hijos. La retinosis pigmentaria es una de las más conocidas.
- ▶ **Congénitas:** Se refiere a las características o rasgos con los que nace un individuo y que no dependen sólo de factores hereditarios, sino que son adquiridos durante

la gestación, como las infecciones virales del embrión, destacando la rubéola materna que provoca catarata congénita. En los nacidos con bajo peso, con menos de 1.500 kg., destacan la Retinopatía del prematuro (inmadurez en la retina) y el glaucoma congénito.

- ▶ **Adquiridas:** Son las ocasionadas por algún accidente o enfermedad después del nacimiento. El alza en la tasa de accidentes de tránsito trae consigo el aumento de la ceguera por causa traumática. También son considerables las lesiones ocasionadas por el contacto de los ojos con productos químicos y los accidentes con fuegos artificiales. Las enfermedades causantes de ceguera en los adultos, especialmente en los adultos mayores, son las cataratas, la retinopatía diabética y el glaucoma.

La disminución de la capacidad para ver se puede clasificar según el grado en que se ve afectado este sentido:

- ▶ **Discapacidad visual moderada:** Se caracteriza por la posibilidad de realizar tareas visuales con el empleo de ayudas e iluminación adecuada.
- ▶ **Discapacidad visual severa:** Se caracteriza por la posibilidad de realizar tareas visuales con inexactitudes, requiriendo adecuación de tiempo, ayudas y modificaciones.
- ▶ **Discapacidad visual profunda:** Se caracteriza por la dificultad para realizar tareas visuales gruesas. Imposibilidad de hacer tareas que requieren visión de detalle.

Mitos y Creencias

Nuestra manera de tratar a las personas con ceguera y deficiencia visual dependerá en gran medida de la imagen que tenemos de ellas y de sus capacidades. En el marco de los estereotipos existentes en esta materia, se les tiende a definir desde dos perspectivas opuestas: las que necesitan ayuda para todo y quienes no necesitan a nadie porque pueden valerse solas para todo.

Estas creencias extremas nos limitan en la relación con las personas ciegas o con déficit visual ya que se centra la atención en su limitación. Estos son algunos de los mitos que persisten en el tiempo:

- ▶ **Que las personas que presentan deficiencia visual son completamente ciegas, no ven nada.** Esta afirmación desconoce la diversidad de rangos existente en el área visual:

- ***Algunas son totalmente ciegas.***

- *Otras tienen percepción de luz, es decir, son capaces de distinguir la luz de la oscuridad, pero no los contornos de los objetos o las personas.*
- *Y otras tienen un resto visual útil que les permite ver objetos, letras o reconocer caras, aunque sirviéndose de técnicas y ayudas especializadas.*

- ▶ **Que todas las personas con déficit visual necesitan siempre un bastón o alguien que les acompañe para desplazarse de forma autónoma.** El tipo de ayuda técnica (bastón guiador, ayudas ópticas, dispositivos electrónicos, técnicas visuales, etc.) o la combinación de estas que utilice cada persona para desplazarse estará en función de su condición visual y de otras circunstancias (estado de salud, otras deficiencias, entorno próximo, etc.).
- ▶ **Que todas las personas con déficit visual necesitan aprender Braille si quieren comunicarse y acceder a la información.** El Braille es un sistema alternativo de lectura y escritura basado en el tacto (a través de la yema de los dedos), orientado a las personas que no ven nada o a aquellas cuyo remanente visual no les permite la lectura en tinta. Muchas personas con resto visual funcional no necesitan el Braille para leer y escribir pues pueden hacerlo en caracteres impresos o en tinta, ayudadas por técnicas visuales y dispositivos ópticos o electrónicos específicos. La computación, que cuenta con programas y software especiales, es hoy una herramienta fundamental para el desarrollo de estas personas en todos los planos sociales, especialmente en la educación y el trabajo.
- ▶ **Que tienen facultades paranormales, tienen un sentido del tacto y del oído especiales, tienen un sexto sentido.** Las personas con ceguera y deficiencia visual no tienen facultades especiales o extrasensoriales como consecuencia de su discapacidad. Lo que ocurre es que desarrollan una sensibilidad especial por el hecho que deben aprovechar y entrenar mejor sus otros sentidos u otras capacidades (por ejemplo, la memoria) para compensar su limitación.
- ▶ **Que no pueden desempeñar la mayoría de los “trabajos normales”.** Existe una gran diversidad de puestos de trabajo que las personas ciegas o deficientes visuales pueden realizar, mediante algunas adaptaciones físicas muy sencillas y el apoyo de la tecnología.
- ▶ **Que no pueden realizar la mayoría de las actividades del hogar ni un desplazamiento autónomo.** Con el oportuno entrenamiento y las ayudas técnicas adecuadas, la mayoría de las personas con ceguera y deficiencia visual pueden desplazarse y llevar a cabo las actividades cotidianas de forma autónoma.

Principales dificultades y barreras

Para comprender las dificultades cotidianas y sociales que enfrentan las personas con discapacidad visual, vinculadas especialmente a la movilidad y acceso a la información, resulta importante tener presente la nueva concepción ecológica de la discapacidad con el propósito de centrar la mirada en las soluciones que debe proveer el entorno en vez de focalizarse en las limitaciones del individuo.

La magnitud de las dificultades que tienen estas personas depende de múltiples factores:

- ▶ **El nivel de pérdida visual.**
- ▶ **El momento del desarrollo en el cual se produce la pérdida.**
- ▶ **La progresión que pueda tener la pérdida visual.**
- ▶ **La acogida de su entorno y la posibilidad de desarrollar mecanismos que complementen su deficiencia en este plano.**
- ▶ **La posibilidad de acceder a dispositivos auxiliares como lupas, lentes, grabadora, computador con sintetizador vocal, entre otros, que faciliten su integración educacional, laboral y social.**

Existen ámbitos específicos que presentan limitaciones u obstáculos que deben enfrentar quienes tienen disminución en su capacidad para ver, destacándose los siguientes:

En la movilidad. Comúnmente, deben sortear las variadas barreras que se encuentran en las ciudades: desniveles, obstáculos en las veredas y lugares de circulación peatonal como árboles, basureros, postes, etc.

Acceso a la información: No pueden acceder de manera directa e inmediata al material escrito (prensa, revista, libros) y no siempre las personas pueden contar con esta información en casete o mediante el computador. En la capital, el Centro de Grabación para Ciegos y la Biblioteca Central para Ciegos cumplen un rol destacado en este ámbito.

Ausencia de señalética adecuada. La vida urbana y los servicios cuentan con deficiente información táctil y parlante que le facilite a estos ciudadanos ubicarse y lograr mayor autonomía.

Integración laboral y social. No existe aún plena conciencia de las necesidades de adecuar los espacios públicos y laborales, que permitan mayor participación considerando las necesidades especiales que presenta la persona con discapacidad visual.

Las personas con discapacidad visual severa deben superar las barreras y temores que implica todavía la **integración educativa**. Es habitual que los niños ciegos accedan a escuelas

especiales en la etapa básica para recibir una preparación integral que les permita posteriormente cursar el resto de la educación de manera regular. A diferencia de los alumnos con discapacidad auditiva, este grupo étéreo cuenta con bajos índices de deserción escolar y buenos resultados en los procesos de inclusión escolar.

Rehabilitación e Integración

El proceso que se refiere a la rehabilitación e integración de las personas con discapacidad visual está determinado por diversos factores que se deben considerar. Entre estos hay que contemplar el tipo de pérdida, el momento en que ésta se produce, la etapa del desarrollo en que se encuentra la persona y si se trata de personas ciegas o con baja visión.

Actualmente, se sabe que la visión es una función aprendida y que su calidad puede mejorarse ostensiblemente con entrenamiento y apoyos técnicos.

El desarrollo de las funciones visuales constituye una interacción neurológica compleja, relacionado a la estimulación del ojo mediante la luz, el color y los movimientos, que forman la secuencia normal del desarrollo de la visión, apareciendo posteriormente las habilidades funcionales.

El proceso de rehabilitación comprende las denominadas **funciones ópticas**, entre las que se encuentran las de **exploración** (responder a estímulos visuales, movimiento de ojos, rastreo y seguimiento) y **perceptivas** (discriminación, forma, tamaño, color).

Esta secuencia de funciones visuales es el marco de referencia que permite observar el desarrollo visual de quienes presentan patología ocular y facilita la ejecución de la estimulación visual o rehabilitación visual. Una vez que se evalúan estas funciones, es posible empezar a introducir las ayudas ópticas.

Complementariamente, es necesario contemplar la importancia de las ayudas o factores no ópticos: iluminación adecuada, atriles para facilitar la acomodación en la distancia del trabajo de lecto-escritura, papeles que mejoren la calidad de contraste, ubicación adecuada en la sala, en resumen todos esos aspectos ambientales que por ser tan obvios a veces quedan en el olvido, pero que son básicos para un buen desempeño visual.



La pérdida visual puede afectar, en menor o mayor grado, los siguientes aspectos básicos en los procesos de rehabilitación:

- ▶ **La orientación y movilidad**
- ▶ **Las actividades de la vida diaria**
- ▶ **La comunicación**
- ▶ **Las tareas prolongadas de visión de cerca**

Cuando la discapacidad se presenta a temprana edad, es relevante ayudarle a los niños a ser conscientes **“de que hay cosas que ver”**. Esta estimulación les ayudará a desarrollar su funcionamiento visual aún existiendo un severo impedimento. En los primeros años de vida es crucial el uso de la visión como medio de contacto con el mundo más allá del propio cuerpo, para fomentar la exploración del mundo que los rodea (casa, colegio, calle, etc.). Así se le ayudará al menor a interpretar lo que ve.

Si la limitación se produce en la etapa joven o adulta, las personas que están perdiendo la visión, o que la tienen reducida, necesitan aprender a usar con mayor eficiencia su remanente visual. Es importante tener en cuenta que se producen nuevas necesidades:

Hay un corte en el canal de comunicación más utilizado hasta ahora, lo que puede llevar a la persona al aislamiento.



Se reduce su capacidad de movilidad y desplazamiento, apareciendo en distintos grados la dependencia, lo que puede producir desesperación y angustia.

Puede haber ruptura de la actividad laboral, sentimiento de incapacidad e inutilidad.

En las distintas etapas, es fundamental el desarrollo de las habilidades mediante la técnica de orientación y movilidad, que es la capacidad que tiene el sujeto para definir cuál es su posición corporal en determinada situación. Es una de las estrategias que le permite a la persona ciega desenvolverse con cierto grado de independencia.

La orientación y movilidad utiliza, entre otros, el bastón guiador como instrumento facilitador del desplazamiento, el que realiza satisfactoriamente la función de avisar la presencia de objetos para evitarlos. Es una prolongación del sentido del tacto.

Considerando las características generales de las personas con discapacidad visual y centrando la atención en la relevancia que tienen la movilidad y la comunicación, es necesario tener presente las siguientes recomendaciones en el proceso de atención de público:

- ▶ *En primer lugar, sea natural.*
- ▶ *Centre su atención en la persona antes que en su discapacidad, ya que ésta no determina a la persona, sino que sólo es una característica más de su identificación.*
- ▶ *Diríjase directamente a la persona con deficiencia visual para saber lo que quiere o desea y no al acompañante.*
- ▶ *Para saludar, si la persona no extiende la mano, puede coger la suya para hacerle saber que quiere saludarle.*
- ▶ *Preséntese e identifíquese con el fin de que la persona sepa con quién se encuentra, por lo que debe decirle su nombre e indicarle, si procede, su función.*
- ▶ *Indíquele si hay otra u otras personas presentes.*
- ▶ *Comuníquese, si es necesario, qué se está haciendo o se va a hacer. «Un momento, estoy llamando al encargado». La vista es un sentido primordial para obtener información y estas personas no la tienen por lo que se sugiere verbalizar las acciones.*
- ▶ *Hay que avisar a la persona cuando se ausenta momentáneamente de la habitación y cuando regresa, de lo contrario puede dirigirse a usted pensando que aún permanece con ella.*
- ▶ *No sustituir el lenguaje verbal por gestos, pues estos, en muchos casos, no podrán ser percibidos por la otra persona.*
- ▶ *No utilizar palabras como “aquí”, “allí”, “esto” o “aquello”, ya que van acompañadas con gestos que no pueden verse por la persona. En estas situaciones es preferible utilizar términos que apunten directamente a la orientación espacial, como “a la izquierda de la mesa”, “a su derecha”, “delante de la puerta”, “detrás de usted”. En ocasiones, puede ser también útil conducir la mano de la persona hacia el objeto e indicarle de lo que se trata.*

- ▶ Utilizar normalmente las palabras “ver” o “mirar”, sin considerarlas como términos tabú, pues las propias personas con ceguera y deficiencia visual las usan normalmente en sus conversaciones.
- ▶ Evitar exclamaciones que pueden provocar ansiedad a la persona, tales como “¡ay!”, “¡uf!” o “cuidado”, cuando veamos un peligro para ella (una puerta abierta o un obstáculo en la acera). Es preferible emplear una exclamación más informativa, como “alto” o “no siga”, con el fin de evitar que continúe avanzando. Se sugiere explicarle después, verbalmente, el peligro o ayudarle para que pueda evitarlo.
- ▶ Para prevenir golpes o accidentes con objetos que, por su localización o situación no habitual, se convierten en obstáculos peligrosos para la persona con ceguera o deficiencia visual, es aconsejable seguir las siguientes recomendaciones:
 - ▶ **Puertas y ventanas:** Deberán estar totalmente abiertas o totalmente cerradas.
 - ▶ **Sillas:** Deberán estar colocadas debajo de las mesas o bien pegadas a la pared, nunca dispersa por la habitación.
 - ▶ **Armarios o cajones:** Las puertas de los armarios deberán igualmente estar cerradas al igual que los cajones.
 - ▶ Si acompaña a la persona mientras camina, no la tome del brazo, él o ella se apoyará en usted.

Glosario

Agudeza visual: Esta medida constituye la primera parte de la exploración ocular. Es el grado de aptitud del ojo para percibir los detalles espaciales, midiéndose éstos por el ángulo bajo el cual son vistos. Cuanto más pequeño es este ángulo, mejor es la agudeza visual.

Campo visual: Es el área del espacio que percibe el ojo. Los campos visuales se realizan para hacer diagnósticos de patologías oftalmológicas, estudiar su localización dentro del sistema visual y controlar su evolución.

Cataratas: Opacidad del cristalino del ojo, que impide el paso de los rayos luminosos y produce pérdida de visión.

Glaucoma: Enfermedad ocular en la que la presión interna del ojo está aumentada, causando lesiones especialmente del nervio óptico. Se traduce en una progresiva pérdida del campo visual que puede terminar en ceguera si no recibe tratamiento oportuno.

Miopía: Defecto de refracción en el que los rayos que llegan al ojo procedentes del infinito -paralelos- sufren una refracción excesiva, formando la imagen no en la retina sino por delante de ella. Por lo tanto, la imagen de un punto no es otro punto, sino un círculo de difusión, produciéndose una visión borrosa.

Retinopatía diabética: Constituye una de las principales causas de ceguera en los países desarrollados. La diabetes afecta a la microcirculación de la retina, produciéndose una serie de cambios que dan lugar a la aparición de las lesiones típicas de este cuadro: exudados, neovasos, hemorragias, etc. Un buen control metabólico y oftalmológico puede retrasar o amortiguar los efectos de la diabetes sobre la visión.

Retinosis Pigmentaria: Enfermedad hereditaria que se caracteriza por la degeneración progresiva de la retina, produciéndose una pérdida progresiva de la agudeza y del campo visual. Paralelamente, ocurre un aumento creciente del tiempo de adaptación a los cambios de luminosidad y un deterioro progresivo en la percepción de los colores.

Sistema Braille: Es el conjunto de signos utilizado por las personas ciegas, creado por Luis Braille (1809 - 1852) quien quedó ciego a los tres años. Estudió en el Instituto Nacional de jóvenes ciegos de París y a los 15 años inventó un sistema de puntos y guiones en relieve que perdurará como la forma de comunicación escrita de las personas ciegas hasta el día de hoy. El Braille es un alfabeto en el que se lee moviendo la mano de izquierda a derecha, pasando los dedos por cada línea. Actualmente, con el uso del computador este sistema es cada vez menos utilizado.

Tiflología: Estudio de la ceguera en el amplio sentido de la palabra, incluyendo ámbitos como la educación, psicología, rehabilitación, medios técnicos auxiliares para el desenvolvimiento de la persona ciega, etc.

Fuente: Glosario www.fonadis.cl; vocabulario www.risolidaria.cl; glosario www.discapnet.es; glosario www.spanishhearit.org; glosario del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO, España. www.once.es; www.ciegas.cl.

IMP

Discapacidad mental



Características y causas

Tipos y grados

Dificultades y barreras

Mitos y creencias

Rehabilitación y socialización

Consejos prácticos

Glosario

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, la deficiencia mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada etapa del desarrollo y que afectan a nivel global la inteligencia: las funciones cognitivas, del lenguaje, motrices y la socialización.

Más actualizada es la definición que hace la Asociación Americana sobre Retardo Mental (AARM): “La discapacidad mental es una condición resultante de la interacción entre factores personales, ambientales, los niveles de apoyo y las expectativas puestas en la persona”.

De acuerdo a este organismo, el diagnóstico de discapacidad mental depende de las siguientes variables:

- Que la condición haya comenzado antes de los 18 años.
- Que los resultados que arrojen los test de inteligencia sean significativamente menores al promedio de la población.
- Que existan limitaciones significativas en las capacidades adaptativas de la persona. El diagnóstico plantea que éstas deben darse, a lo menos, en dos de las siguientes áreas:

- **Comunicación**
- **Cuidado personal**
- **Vida en el hogar**
- **Habilidades sociales**
- **Uso de la comunidad y de sus recursos**
- **Autodeterminación**
- **Salud y seguridad**
- **Habilidades académicas funcionales**
- **Tiempo libre y trabajo**

El gran aporte de esta nueva mirada es que les otorga una dimensión más amplia a las personas con esta discapacidad, quienes usualmente se han visto limitadas por las definiciones peyorativas que las han calificado fijando la atención fundamentalmente en su déficit.

Incluso, las principales organizaciones españolas están proponiendo que las entidades públicas y privadas usen sólo el término discapacidad intelectual, haciendo un llamado a la misma AAMR para que cambie su nombre a fin de desterrar el término retraso mental.

Estos movimientos no pretenden negar la deficiencia de las personas con discapacidad mental o

intelectual, sino que evitar que dicha condición les impida desarrollarse plenamente en la vida social como cualquier otro ciudadano.

Por medio de los cambios en la terminología se busca sensibilizar respecto a las potencialidades de las personas más allá de su coeficiente intelectual. Se trata de una propuesta de valorización del ser humano como persona integral y no sólo como “ser pensante”.

Los avances no se remiten al lenguaje y a los mejoramientos de las terminologías, se trata de un cambio profundo en la conceptualización de la discapacidad mental que redundará directamente en la calidad de vida de estas personas. Paulatinamente, se han ganado el derecho de participación e integración con igualdad de oportunidades a nivel educativo, comunitario, laboral, etc.

Causas

Las causas que originan discapacidad mental pueden ser:

Genéticas: Se pueden transmitir de padres a hijos. Se deben a anomalías en genes heredados de los padres, errores en la combinación genética u otros desórdenes genéticos, como el síndrome de Down y el síndrome del cromosoma “X” Frágil. También influye el factor edad de la pareja. Existe cierta prevalencia que origina discapacidad mental en parejas muy jóvenes o de edad madura.

Congénitas: Se refiere a las características o rasgos con los que nace un individuo y que no dependen sólo de factores hereditarios, sino que son adquiridos durante la gestación. El consumo de alcohol y drogas durante el embarazo aumenta las probabilidades de deficiencia en el área mental. Asimismo, la mala nutrición de la madre, la exposición a contaminantes ambientales y enfermedades como la rubéola son factores de riesgo en esta etapa. Del mismo modo, el bajo peso al nacer y los partos prematuros. También se incluyen algunas enfermedades metabólicas como el hipotiroidismo congénito y la fenilcetonuria.

Adquiridas: Son las ocasionadas por algún accidente o enfermedad después del nacimiento. Enfermedades que pueden terminar en una encefalitis o meningitis, accidentes como golpes en la cabeza, asfixia por inmersión y la exposición a toxinas como plomo y mercurio pueden provocar graves e irreparables daños en el cerebro y al sistema nervioso central.

Tipos y grados

Los enfoques que han abordado históricamente la discapacidad mental han transitado por variados y complejos procesos. Los intentos por conceptualizarla y clasificarla han sido motivo de constante insatisfacción por parte de los especialistas y familiares puesto que no logran la

precisión que se requiere sin subestimar a la persona ni ser demasiado técnico.

La **OMS** propone una clasificación básica de la discapacidad mental según el coeficiente intelectual: Leve, moderada, severa y profunda.

De acuerdo a esta clasificación y a modo de referencia, se pueden reconocer las siguientes características:

Leve:

Se trata de personas capaces de mantener una conversación sencilla.

La persona alcanza la independencia para el cuidado personal (comer, asearse, vestirse, controlar esfínter, etc.).

Desarrolla habilidades sociales y de comunicación desde edades tempranas.

Suele presentar dificultades de aprendizaje generalizado.

Moderada:

Hay lentitud en el desarrollo de la comprensión y el uso del lenguaje.

La capacidad de cuidado personal y las funciones motrices están en desventaja.

La persona logra un desarrollo adecuado de la capacidad social en cuanto a relacionarse con personas próximas de su entorno y a participar en actividades sociales simples.

Severa:

Se observa un desarrollo psicomotor muy limitado.

La articulación es defectuosa.

La persona suele reconocer algunos signos y símbolos.

Puede adquirir alguna destreza necesaria para la vida diaria, pero resulta difícil generalizarlo.

Suele tener alguna patología asociada, que implique una atención especializada.

Profunda:

En general, la persona presenta movilidad restringida o inexistente.

Habitualmente, no controla esfínter.

Requiere supervisión y ayuda constantemente, ya que suele presentar patologías asociadas.

El grado de discapacidad que presente la persona determinará su autonomía y capacidad de integración. Aquellas personas con necesidades de dependencia requerirán de atención especial y protegida. Los esfuerzos en estos casos apuntan a mejorar al máximo su calidad de vida y espacios de dignidad humana.

Dificultades y barreras

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

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

apoyo de la educación especial. Esta es la orientación y el sentido de proceso de la política educativa del país, lo que permitirá avanzar en esta materia en el futuro en todos los niveles de la enseñanza.

En cuanto a la integración laboral, también falta mucho por avanzar. Pero, sí hay cada vez mayor conciencia de que las personas con discapacidad mental no se quedan eternamente en la niñez (como se solía pensar antiguamente y como todavía algunos se siguen relacionando con sus hijos) y que, por lo tanto, son capaces de trabajar. Existen diversas instituciones dedicadas a su capacitación e inserción laboral.

De acuerdo a las nuevas concepciones de la discapacidad, desde la perspectiva de los derechos y donde las limitaciones las pone el entorno, la clave se encontraría justamente en que la sociedad 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.

Mitos y creencias



Cuando se promueve la integración plena de las personas con discapacidad, es fundamental ir eliminando los mitos y creencias que se construyen en torno a este sector de la población. La falta de información, ignorancia, ausencia de empatía y superficialidad son tierra fértil para generar contextos basados en premisas erróneas y discriminadoras, surgiendo barreras muy difíciles de superar.

Puntualmente sobre las personas con discapacidad mental, hay una serie de mitos que es necesario sacar del sistema de creencias:

- **Que tienen corta vida**
- **Como característica global, que no son capaces.**
- **Que no pueden desenvolverse solos.**
- **Que son siempre niños, no se transforman en adultos.**
- **Que su vida emocional y sexual están limitadas.**
- **Que son asexuados o tienen una sexualidad exacerbada.**
- **Que no pueden trabajar.**
- **Que no entienden lo que uno habla.**
- **Que son totalmente dependientes.**
- **Que no aprenden.**

La discapacidad 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.

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, 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.

En cuanto a la atención de público, a menos que se trate de una discapacidad leve, lo más probable es que quien consulte sea un familiar a alguien cercano que asume su representación. En este caso, es importante acoger su demanda y considerar que la atención que se prestará repercutirá directamente en la persona con discapacidad.

Es posible que la persona con discapacidad también se haga presente, por lo tanto, es necesario atender a ambos y canalizar la información a quien plantea las inquietudes. La edad de la persona no necesariamente dice relación con su capacidad de comprensión.

En el caso que la consulta sea hecha directamente por la persona con discapacidad mental y considerando sus características generales vinculadas en lo sustancial a sus dificultades en las áreas de la comprensión y la comunicación, es necesario tener presente las siguientes recomendaciones en el proceso de atención de público:

▶ **En primer lugar, sea natural y amable.**

▶ **Centre su atención en la persona antes que en su discapacidad, ya que esta no determina a la persona sino que sólo es una característica más de su identificación.**

▶ **Tenga paciencia, si consulta es porque puede comprender, pero su capacidad de comprensión es baja. Recuerde que la discapacidad mental tiene diferentes niveles.**

▶ **Si la persona tiene dificultades para comunicarse, tenga paciencia y dele el tiempo que necesita para que no se ponga nerviosa.**

▶ **Entregue la información de manera sencilla y lenta.**

▶ **Asegúrese de que la persona comprendió la atención e información entregada.**

▶ **Si es acompañado por otra persona, no la ignore y no hable de su limitación con calificaciones ni juicios, entienda más de lo que usted cree.**



Glosario

Síndrome de Down: Accidente genético que se registra en el Par 21 de los cromosomas del ser humano que altera el desarrollo normal del individuo y determina las características asociadas con el síndrome. Aunque las personas con síndrome de Down tienen algún nivel de discapacidad intelectual, todos cuentan con importantes capacidades remanentes de aprendizaje y desarrollo personal y social.

Autismo: Condición que interfiere con el desarrollo normal del cerebro en las áreas del razonamiento, interacción social y habilidades de comunicación. Su causa es desconocida, pero se sospecha que se debe a una alteración física del cerebro.

Fenilcetonuria: Derivada de una falla congénita del metabolismo, se caracteriza por el aumento de la fenilalanina, un aminoácido esencial que al producirse en exceso por la carencia de la enzima que la degrada determinará la aparición de retraso mental en el recién nacido.

Síndrome X Frágil: Condición genética asociada al retraso mental que se debe a una alteración del cromosoma X (propio del hombre), que representa la mitad del par de cromosomas que determinan el sexo del feto. Esto significa que las madres son las portadoras y sus hijos tienen riesgo de ser afectados, mientras las hijas tienen más riesgo de ser portadoras y, a veces, son medianamente afectadas, debido a que poseen otro cromosoma X en el par que puede compensar al otro gen defectuoso.

Alzheimer: Alteración progresiva degenerativa que se expresa en un daño en las partes del cerebro que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje del individuo. Tienen mayores probabilidades de desarrollarlo los adultos mayores de 40 años, por lo que se conoce también como demencia pre senil.

Fuente: *Glosario* www.fonadis.cl; *vocabulario* www.risolidaria.cl; *glosario* www.discapnet.es; *glosario* www.spanishhearit.org; *Revista Atrévete* N° 40, 1999.

IMP

Discapacidad siquiátrica



Características y causas

Nueva mirada

Dificultades y barreras

Mitos y creencias

Rehabilitación e integración

Consejos prácticos

Glosario

La discapacidad siquiátrica se enmarca en el ámbito de la salud mental. Se considera que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes.

De acuerdo a la OMS, las enfermedades síquicas o mentales (no confundir con discapacidad mental o intelectual) constituyen uno de los principales componentes del universo de enfermedades y discapacidades: **cinco de diez causas principales de discapacidad en el mundo son los problemas de salud mental.**

Este organismo define la salud mental como *“un estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos”*. A lo que se refiere es que existe una estrecha relación entre la salud mental de una persona y su entorno y marco sociocultural.

Los desórdenes mentales o neurológicos que derivan en discapacidad psiquiátrica tienden a proliferar en el mundo moderno, como resultado de múltiples y complejos determinantes sociales, biológicos y psicológicos.

Es sabido que actualmente los índices de trastornos en la salud mental han aumentado considerablemente, en especial en las grandes capitales en donde las exigencias laborales y económicas provocan altos grados de estrés en la población. El estrés está reconocido como un factor detonante de problemas mentales y psicológicos.

En los últimos años, en nuestro país han aumentado las tasas de incidencia de enfermedades como el trastorno bipolar, la depresión, el trastorno de pánico, la neurosis, entre otros.

Una de las enfermedades siquiátricas más predominantes en nuestro país es la **esquizofrenia**, registrándose un total de 150 mil personas. Su origen está *“asociado a un desequilibrio químico, que se produce en el cerebro y obstruye la capacidad de distinguir entre lo real y lo que no lo es, produciendo alucinaciones y delirios que impiden a los pacientes pensar racionalmente, presentan reacciones emocionales anormales, llegando incluso a perder el contacto con la realidad”*.

Por su ocurrencia y su potencial discapacitante, la esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más conocidas. Se dice que es altamente discapacitante y que se desencadena durante los años más productivos de la vida, afectando a las personas durante su adolescencia o adultez temprana, es decir, entre los 15 y 25 años.

Hoy en día se estima que la esquizofrenia se hereda genéticamente, por lo que algunas personas son más propensas a desarrollarla si se ven enfrentadas a situaciones estresantes, consumen drogas o beben alcohol en exceso.

Es importante tener presente que no todas las enfermedades de la salud mental redundan en una discapacidad. En general, muchos de los trastornos mentales o psicológicos - la depresión, los trastornos de angustia y de pánico, las neurosis, entre otros- se mejoran mediante los tratamientos psiquiátricos y farmacológicos.

La discapacidad se produce cuando la persona ***“ve obstaculizada en a lo menos un tercio su capacidad educativa, laboral o de integración social” (Ley 19.284).***

Como país se ha avanzado de manera importante en materia de análisis del tema, considerando la salud mental como una materia relevante para la sociedad. Y una señal clara de ello es la elaboración e implementación de una Política de Salud Mental.

Esta tiene como sustento la declaración de valores considerados fundamentales al intervenir en este ámbito. Destaca como propósito final el desarrollo humano, teniendo como foco a la persona, los grupos y el ambiente. Involucra la participación activa y responsable del paciente y sus familiares.

Asimismo, resalta en la Política un enfoque técnico que reconoce la dimensión biológica, psicológica y social de las personas y apuesta por el tratamiento a través de enfoques comunitarios, privilegiando la atención ambulatoria e integrando acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

La Política señala que ***“la discapacidad aparece cuando las limitaciones impuestas por los deterioros psiquiátricos dan como resultado la disminución de la habilidad para realizar ciertas actividades esperables en situaciones normales”.***

Si bien las enfermedades mentales se encuentran en una curva ascendente, la detección temprana, los procesos de atención médica y rehabilitación junto a los medicamentos de punta hoy existentes han permitido disminuir o evitar las limitaciones que pudieran provocar las enfermedades mentales, bajando por ende las probabilidades de que deriven en discapacidad.

Nueva mirada

En este ámbito de la discapacidad es donde se pueden apreciar cambios más acelerados y evidentes en la concepción de la atención médica y la rehabilitación.

Históricamente, tanto en nuestro país como en el resto del mundo, los “locos” estaban en el “manicomio”. Hasta hace no mucho, una persona con problemas de salud mental de mediana severidad terminaba en el psiquiátrico.

Hoy la mirada es completamente distinta. En primer lugar, hay claridad y conciencia de que los riesgos de adquirir una enfermedad mental están presentes en cualquier grupo social. La vida moderna y acelerada transforma a todos sus ciudadanos en potenciales portadores de un trastorno o enfermedad mental.

Por esta misma razón, a partir de los años noventa la salud mental es un eje relevante de las políticas de salud del país constituyendo un problema de salud pública. De esta manera, se inicia un proceso de cambios en la concepción y estructuras de la atención psiquiátrica, en concordancia con los cambios en el resto del mundo: menos institucionalización y mayor detección y atención temprana.

En este período se inicia la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que genera acciones planificadas hacia la transformación de la atención psiquiátrica, con un nítido énfasis en el desarrollo de Servicios de Psiquiatría y Hospitales Diurnos en los Hospitales Generales en todo el territorio nacional.

De acuerdo a este Plan, es ***“posible mejorar la calidad de vida de las personas que tienen enfermedades mentales, ya que su deterioro no depende sólo de la enfermedad, sino también de las condiciones y comportamiento social de la familia y de la comunidad en que vive”***.

Asimismo, plantea ***“que las acciones para la rehabilitación y reinserción social y laboral forman parte de la atención integral y requieren en forma especial del protagonismo de las familias, los propios pacientes y las organizaciones sociales, con el apoyo técnico y el financiamiento de los programas de salud y de otros servicios sociales”***.

En pocos años se cambió la visión institucionalizadora por la reinserción e integración a la comunidad.

La salud mental es hoy política de Estado con lineamientos y acciones concretos en los ámbitos de la promoción, la prevención, la detección temprana, el acceso y la continuidad del tratamiento y la rehabilitación.



Un tercer componente determinante de los avances en los procesos de dignificación de las personas con discapacidad por causa psiquiátrica es la participación de las familias en su tratamiento y rehabilitación. Antiguamente, los familiares abandonaban a estas personas, siendo una de las razones por las que surgen los hospitales psiquiátricos.

En estos momentos, existen en Chile más de 60 organizaciones compuestas por familiares de personas con discapacidad síquica y hace algunos años se formó una asociación que las agrupa a casi todas, ANAFADIS. (Ver listado de instituciones).

Dificultades y barreras

El estigma que ha afectado a las personas con una discapacidad por causa psiquiátrica es muy difícil de eliminar completamente. A pesar de los nuevos escenarios y políticas, persiste el temor y la desconfianza hacia las personas afectadas por enfermedades mentales, a las que se asocia con el descontrol y la agresividad.

A la fecha son relevantes los avances en la reinserción social y laboral de las personas con enfermedades mentales que permanecían recluidas en los establecimientos psiquiátricos. Mediante un trabajo dedicado y mancomunado entre las organizaciones de familiares, servicios de psiquiatría y hospitales psiquiátricos, se han logrado experiencias muy positivas de vida autónoma e inserción laboral en varias comunas del país.

Para ello, profesionales y familiares han debido desarrollar una intensa labor de sensibilización en la comunidad, a fin de demostrar que una persona portadora de una enfermedad mental se puede rehabilitar y tiene capacidades para desenvolverse como un ciudadano más.

Una dificultad que perdura para estas personas es el gasto económico que significa su tratamiento farmacológico. Los medicamentos son cada vez más eficaces, pero también más costosos. En el programa de salud mental del Ministerio de Salud se apoya a



las personas de menos recursos con la entrega de fármacos, pero de todos modos una de las tareas centrales de las asociaciones de familiares es la obtención de recursos para financiar este aspecto.

El uso de fármacos en sí también puede constituirse en una barrera para la integración familiar y social de estas personas, ya que en su tratamiento pueden haber episodios de baja de ánimo o fuerza física para desenvolverse en sus distintas actividades.

El nuevo modelo de atención psiquiátrica con un enfoque biopsicosocial, preferentemente ambulatorio y comunitario, beneficia también a los nuevos consultantes evitando su estigmatización y el desarraigo de su entorno familiar y social. Pero se requieren aún importantes esfuerzos de los sectores públicos, privados y de la comunidad en general para superar dificultades que impiden la plena integración de estas personas, como sus derechos a un trabajo digno y remunerado, a una vivienda, a constituir una familia, etc.

Mitos y creencias

Los prejuicios existentes en torno a las personas con discapacidad psiquiátrica constituyen uno de los principales obstáculos para su integración social. Por ello, la eliminación de mitos y creencias es fundamental para mejorar sus opciones de normalización e inserción.

Si bien es cierto que la mayoría de las creencias que la sociedad mantiene sobre estas personas proviene de situaciones reales que se daban en los escenarios antiguos de esta discapacidad, también es cierto que gracias a los nuevos paradigmas, parte importante de las características negativas de las personas con discapacidad psíquica se han superado.

Entre estas creencias que hoy se han logrado superar o eliminar, se encuentran:

- ▶ ***Que son incapaces.***
- ▶ ***Que son agresivas.***
- ▶ ***Que son desequilibradas.***
- ▶ ***Que son hiperactivas.***
- ▶ ***Que tienen que estar encerradas.***
- ▶ ***Que están medicadas.***
- ▶ ***Que son pasivas.***
- ▶ ***Que no pueden trabajar.***
- ▶ ***Que su vida emocional y sexual están limitadas.***

Como se ha dicho anteriormente, por medio de las acciones de atención temprana, tratamiento farmacológico de punta, apoyo de los familiares, rehabilitación y reinserción social, las personas con discapacidad psíquica pueden desarrollar una vida normal. Por lo tanto, estas creencias estigmatizadoras no corresponden a la realidad y entorpecen los esfuerzos de integración laboral y social que impulsan los profesionales, familiares y los propios pacientes.

Rehabilitación

El proceso de rehabilitación de las personas con discapacidad síquica ha tenido en el tiempo diversos enfoques. La intervención centrada en la internación y el aislamiento, acompañados de aplicación de tratamientos que inhibían la voluntad y cualquier indicio de conductas que saliesen de control, ha dado paso a una visión que ve al individuo como parte de un todo. Esta mirada considera las causas que generan la discapacidad asociadas al entorno como uno de los componentes. Del mismo modo, compromete en el proceso rehabilitador al entorno social inmediato y al medio social en general.

Este enfoque vuelve a poner en la persona la oportunidad de alcanzar un funcionamiento adecuado e independiente en la comunidad. Para lograr este proceso se requiere trabajar en el mejoramiento de las competencias y habilidades individuales y también en el cambio de actitudes del entorno de manera de crear las condiciones que permitan la participación social y el desarrollo de crecientes niveles de autonomía.

Se parte de la base que cada individuo es único y con características que son necesarias conocer. Este conocimiento profundo de la persona, de su historia, sus capacidades, características orgánicas y también sociales permitirán adecuar el proceso de rehabilitación a los ritmos individuales y de acuerdo a las reales posibilidades de rehabilitación.

El proceso implica el logro de objetivos que faciliten el proceso, entre ellos se pueden destacar:

- ▶ Reducir la sintomatología a través del uso adecuado de fármacos y tratamientos psicológicos.
- ▶ Mejorar las competencias sociales, especialmente a través del desarrollo de capacidades de funcionamiento social, psicológico y ocupacional.
- ▶ Desarrollar estrategias que se dirijan a reducir la discriminación y estigmatización que la comunidad tiene de las personas con discapacidad síquica.
- ▶ Apoyar a las familias que tengan miembros con discapacidad psíquica, junto al

reforzamiento de las redes sociales para que puedan ayudar a satisfacer las necesidades básicas que presentan estos pacientes.

En este marco, han surgido diversas instancias que acogen a las personas con esta discapacidad y se convierten en instrumentos rehabilitadores que abren espacios en el proceso de inserción social. Resaltan entre estas:

- ▶ **Hospitales de Día:** Se trata de lugares en que las personas con discapacidad psiquiátrica son atendidas por equipos especializados, pero en forma ambulatoria. Se realizan programas de rehabilitación y se les proporcionan los medicamentos requeridos.
- ▶ **Hogares Protegidos:** Se refiere a la modalidad de casas donde se reinseran personas que antes estaban internadas. Se desarrolla una estructura de 6 a 8 personas que conforman un núcleo organizado y que les permite desarrollar una vida más normal. Son apoyados por profesionales en este proceso que implica la autonomía.
- ▶ **Clubes de Integración Social:** Instancias de reunión de pacientes, familiares y amigos que les permiten el desarrollo de habilidades sociales.

La rehabilitación psicosocial o cualquier otro enfoque que se desarrolle e implemente carece de posibilidades de éxito si no cuenta con un contexto social que lo respalde. Es por ello que se debe apuntar a sensibilizar a la comunidad a abrir espacios de participación en los distintos niveles: comunitario, recreativo, laboral, etc.

Es necesario entregar información que desmitifique la realidad de este grupo de personas, que presente las potencialidades y capacidades que ellos tienen en lugar de la deficiencia. También se requiere del desarrollo de medidas que apunten a prevenir los factores que inciden en el aumento de discapacidad en esta área.

Con respecto a la discapacidad psíquica, es probable que no resulte evidente al momento de atenderla si se trata de una persona que se encuentra en proceso de rehabilitación y que se mantiene compensada con sus medicamentos.

Algunas características pueden servir de señales para darse cuenta que puede tratarse de una persona con discapacidad psíquica, como por ejemplo que exprese poca tolerancia a la frustración, ansiedad ante situaciones que no puede controlar, sudoración o dificultad para expresarse.

Por lo tanto, considerando las características generales de las personas con discapacidad psíquica, vinculadas en lo sustancial a sus dificultades en las áreas de la comprensión y comunicación, es necesario tener presente las siguientes recomendaciones en el proceso de atención de público:

- ▶ *En primer lugar, sea natural y amable.*
- ▶ *Centre su atención en la persona antes que en su discapacidad, ya que ésta no determina a la persona sino que sólo es una característica más de su identificación.*
- ▶ *Tenga paciencia, puede ser que no pueda expresarse al mismo ritmo que piensa y eso le dificulte el nivel de expresión.*
- ▶ *Si eleva la voz o se altera, usted no haga lo mismo, manténgase sereno y evalúe la situación.*
- ▶ *Sea empático, hágale notar que usted lo entiende y se pone en su lugar.*
- ▶ *Busque soluciones concretas y reales a la situación que le plantea, no dilate la situación.*
- ▶ *Si es acompañado por otra persona, no ignore a la persona con discapacidad psíquica y no hable de su limitación con calificaciones ni juicios, entienda más de lo que cree.*
- ▶ *Si la persona tiene dificultades para comunicarse, tenga paciencia y dele el tiempo que necesita para que no se ponga nerviosa.*



Glosario

En el mundo de la discapacidad psíquica existe una amplia gama de condiciones y enfermedades que es necesario conocer:

Estrés: Las personas pueden experimentar estrés cuando se ven enfrentadas a eventos importantes, los cuales pueden ser peligrosos o muy difíciles de sobrellevar. Entre los síntomas del estrés están la ansiedad y la tensión, la preocupación incontrolable, irritación, distracción y dificultad para aprender nuevas cosas.

Depresión: Se trata de un problema emocional muy grave en el cual el individuo no deja de sentirse triste y vacío, sin ayuda ni esperanza. Usualmente, sufren de ansiedad e irritabilidad, falta de motivación y pérdida de placer en las cosas que antes disfrutaba. También se asocia a problemas con el apetito y el sueño.

Paranoia: En general, esta enfermedad se refiere a altos niveles de sospecha, desconfianza, usualmente vistos en las creencias o desilusiones de que se es víctima del odio, celos, resentimiento de otras personas.

Hipocondría: Es un desorden en el cual la persona canaliza las ansiedades, las preocupaciones y los pensamientos obsesivos para convencerse de que tiene una enfermedad específica. Es decir, las personas hipocondríacas están preocupadas porque padecen de una enfermedad, aunque los resultados médicos indiquen lo contrario. Las relaciones entre estos pacientes y el personal médico pueden en muchos casos ser conflictivas, hasta el punto en que una verdadera enfermedad puede llegar a no ser diagnosticada por aquellas personas que están cansadas de atender enfermos que insisten en una enfermedad que no existe.

Neurosis: Son las afecciones que muestran un mal funcionamiento del sistema nervioso. En las neurosis no hay lesión física ni alteración de la personalidad. Las principales neurosis son la ansiedad, una incontrolable obsesión por evitar situaciones peligrosas. Algunos ejemplos de neurosis son el pánico, la fobia, el desorden compulsivo-obsesivo y el estrés postraumático.

Fuente: **Glosario** www.fonadis.cl; vocabulario www.risolitaria.cl; glosario www.discapnet.es; glosario; revista Aréveté; www.minsal.cl; Plan de Salud Mental y Siquiatría.

IMP

Deficiencias propias del envejecimiento



Definiciones

Situación demográfica

Mente y cuerpo

Prevención y discapacidad

Promoción y autocuidado de la salud

Mitos y creencias

Problemas sicosociales

Participación social

Beneficios gubernamentales

En la etapa de la tercera edad es posible que se presenten varias de las discapacidades abordadas en esta guía, razón por la cual hemos estimado conveniente incorporar un capítulo básico sobre gerontología. Para los funcionarios será de gran utilidad acercarse a este mundo para optimizar la atención al público mayor, especialmente si tienen una o más discapacidades.

Cuando se trabaja con personas mayores es esencial hacer el intento de ponerse en el lugar de una persona mayor, ojalá imaginarse a uno mismo en esta fase de la vida para sensibilizarse y empatizar respecto a esta realidad.

Asimismo, es importante manejar algunas nociones teóricas tales como vejez, envejecimiento y adultos mayores.

En nuestro país, se entiende por vejez la etapa de la vida de los seres humanos que comprende la categoría de edad desde los 60 y más años.

Por envejecimiento se comprende el proceso natural e irreversible de cambios biológicos, psicológicos y sociales que experimenta toda persona desde su vida intrauterina, a lo largo de toda su existencia, para culminar con la muerte.

Entre sus principales características, cabe señalar que se presenta de manera diferente entre un individuo y otro; que les ocurre a todos los seres vivientes; que en las últimas décadas las expectativas de vida son de 70 años y más; que el proceso de envejecimiento es único.

En Chile, a los que viven en la etapa de la vejez se les llama adultos mayores o personas mayores; incluso se habla de tercera edad o cuarta edad. Son diversas las acepciones y aún no existe consenso, lo relevante es que términos como *“abuelitos”, “viejitos”* o *“ancianos”* van quedando rezagados por considerarse poco dignos o peyorativos.

Situación demográfica

Nuestro país atraviesa por una avanzada etapa de transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional, caracterizada por una disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad y un aumento de la esperanza de vida. Estos cambios son causa de los avances de la medicina, las mejoras en el saneamiento básico, la mejor calidad de vida, entre otras.

De acuerdo al Censo del año 2002, en Chile el 11,4% de la población tiene 60 y más años, es decir, 1.717.478 personas se encuentran en esta etapa de la vida. De este total, 959.229 son mujeres y 758.094 son varones, lo que demuestra la feminización de la vejez. Esta feminización, según demógrafos del CELARE, no es natural sino que responde a la desigualdad de oportunidades que han tenido y tienen en la vejez los hombres con respecto a las mujeres.

Es muy importante tomar en cuenta que hoy las esperanzas de vida para una persona de 60 años son de aproximadamente 20 años, siendo mayores las expectativas para las mujeres.

Según proyecciones, para el año 2035, los hombres podrán vivir hasta los 76 años de edad y las mujeres hasta los 83 años. Por lo tanto, es relevante preocuparse a lo largo de la vida de manera que durante esos años se pueda disfrutar de una buena calidad de vida.



Entre las principales consecuencias de este escenario demográfico, se encuentra el cambio de la estructura de la población, el aumento de la oferta y demanda de servicios específicos en el ámbito de la promoción de la salud, la prevención y la salud mental.

Del total de personas mayores, cerca del 57% vive en pareja (con cónyuge o conviviente) y al menos el 43% vive sin pareja, ya sea solo(a) o con otros miembros de sus familias. (Informe Comisión de la Familia, 1990)

Respecto a la educación, un alto número de personas mayores tiene una baja escolaridad y una tasa de analfabetismo que alcanza el 13,4%, siendo mayor en los sectores rurales y en las mujeres. (Censo 2002)

Del total de la población adulta mayor, el 72,9% es pensionada o montepiada del sistema público de pensiones (Instituto de Normalización Previsional, INP) y al menos un 14,5% de los adultos mayores recibe pensión asistencial. Del total de pensionados, el 68,2% pertenece al sistema de salud pública (FONASA) y un número significativo de personas mayores no cuenta con ningún tipo de previsión.

Finalmente, según la encuesta Casen 2003, del total de adultos mayores del país, el 8,1% se encuentra en situación de pobreza no-indigencia y el 1,6% en situación de indigencia.

En cuanto a sus rasgos cualitativos, destacan su vulnerabilidad social, el difícil acceso a los servicios sociales y la falta de oportunidades, lo que hace que sus necesidades como grupo sean mayores a las del resto de la población.

Mente y cuerpo

En esta etapa de la vida se suele experimentar una serie de cambios tanto a nivel psicológico como sociológico, los que han sido materia de análisis e investigaciones.

... El hombre que ha cometido un error y no lo corrige, comete otro mayor. (Confucio)

Según Beatriz Zegers, sicóloga especializada en esta población, son recurrentes los cambios asociados a la pérdida de la autoestima, a la pérdida del significado y sentido de la vida así como a la pérdida de la facilidad de adaptación.

Por otro lado, desde un ámbito sociológico, son importantes, de acuerdo a la socióloga Carmen Barros, la respuesta social al deterioro biológico, la pérdida de la ocupación, que disminuye los ingresos y deteriora la identidad social, así como también las creencias y mitos erróneos acerca de la vejez que la desvalorizan socialmente y, finalmente, la ausencia de un rol social del adulto mayor en la sociedad.

Si bien en Chile la medicina ha contribuido a que hombres y mujeres puedan vivir un mayor número de años, también se experimenta con los años un deterioro progresivo de la salud, aumentando la probabilidad de que se instalen las enfermedades crónicas y degenerativas.

Esta probabilidad, sumada a estilos de vida inadecuados y condiciones socioeconómicas deprivadas, hace que el estado de salud funcional de la persona mayor esté en condiciones de mayor vulnerabilidad.

Una de las primeras manifestaciones de las enfermedades crónicas se produce a través de alteraciones de la funcionalidad (o autonomía), lo que se define como la capacidad para realizar los actos básicos, cotidianos e instrumentales de la vida diaria junto con la capacidad de enfrentar los factores que nos estresan física, biológica y socialmente. La alteración de la funcionalidad es el único signo de alerta por lo cual resulta importante que las personas mayores realicen diagnósticos periódicos de su salud.

Según la OMS, el estado de salud de los/las adultos (as) mayores está dado por la presencia o ausencia de autonomía física, psíquica y social. Según los últimos datos existentes respecto al estado de salud de los chilenos (año 1987, vigentes aún), un 67% de la población mayor es autovalente, el 30% es frágil y un 3,3% es no valente, es decir, dependientes.

Las enfermedades crónicas que afectan mayormente a la población adulta mayor en nuestro país son las enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Entre las primeras, destacan la diabetes y la hipertensión arterial; y entre las segundas, prevalecen la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar, todas las cuales al complicarse generan insospechadas afecciones físicas, sociales, psicológicas y económicas. De todas formas,





todas estas afecciones o sus complicaciones pueden prevenirse si se toman a tiempo las medidas de autocuidado necesarias.

En el ámbito de la salud mental, son cada vez más frecuentes entre los adultos mayores los trastornos del ánimo, la depresión, la demencia senil, el Alzheimer, entre otros. A menudo, estos son problemas ocultos que requieren un diagnóstico clínico especializado.

Otro aspecto que afecta significativamente a las personas mayores es el acceso a los servicios de salud. Si bien en nuestro país existen programas de salud especialmente dirigidos a este grupo etáreo, la pobreza y la escasez de recursos hacen insuficientes estos servicios.

Prevención y discapacidad

En general, la discapacidad en los adultos mayores suele manifestarse en los ámbitos físico y psicológico, en especial a muy avanzada edad. La mayoría de las personas mayores de nuestro país es autovalente, aunque un alto índice se encuentra en estado de fragilidad, es decir que, producto de enfermedades crónicas no tratadas debidamente, llegan a sufrir complicaciones que podrían producir la pérdida de sus capacidades para desarrollar una vida normal. Esto conlleva altos costos médicos y hospitalarios, los que muchas veces no se pueden solventar por personas que viven en situación de pobreza.

En esta etapa de la vida, la detección oportuna de una enfermedad con su adecuado tratamiento podría prevenir la discapacidad. Por ejemplo, un adulto mayor con osteoporosis puede sufrir una fractura haciendo un mínimo esfuerzo. La fractura a la cadera es de muy difícil tratamiento y a la vez de muy alto costo. Generalmente, este tipo de accidente en las personas mayores tiene muy mal pronóstico, por lo que se debe prevenir.

En general, las enfermedades degenerativas como el Alzheimer y la demencia senil requieren de mucha capacidad de adaptación por parte de las familias y la comunidad. Asimismo, se requiere de paciencia y disposición para aprender y desarrollar nuevas habilidades que permitan mantener activa a la persona mayor afectada y en condiciones de vida dignas.

Otra área de atención importante en el plano de la salud y el autocuidado son los trastornos del ánimo que afectan comúnmente a la persona mayor, entre los que se destaca la depresión. Esta enfermedad necesita diagnósticos oportunos y adecuados para realizar un tratamiento efectivo, el que puede ser o no en base a medicamentos.

En general, esta enfermedad está asociada a la falta de contacto social, a la soledad y al aislamiento, como también a sentimientos de inutilidad, a la presencia de enfermedades crónicas o bien por haber perdido a un ser querido recientemente.

Una persona mayor puede estar deprimida cuando no se siente satisfecha con su vida, no se siente feliz la mayor parte del tiempo, no encuentra placer en estar con su familia y amigos, cuando ha descuidado su apariencia y cuidado personal, ha perdido el apetito y ha bajado de peso o se despierta de madrugada y tiene dificultades para concentrarse. Estos indicadores son importantes de detectar a tiempo.

Para prevenir y/o superar la depresión es imprescindible mejorar las oportunidades de interacción social, mantener buenas relaciones con la familia y amistades, participar en organizaciones o realizar algo por los demás, mantener una apariencia personal cuidada y aseada, realizar actividades recreativas agradables, practicar el ejercicio físico y alimentarse adecuadamente.

Si estamos frente a una persona mayor con depresión es necesario demostrarle que es útil, que tiene nuestro afecto y, en lo posible, vincularla a su Consultorio de Salud para que se inscriba y sea atendida.



Promoción y autocuidado de la salud

Es importante que a través de programas o acciones de autocuidado y promoción de la salud se contribuya a mantener y/o mejorar las condiciones de autovalencia con el fin de evitar el desarrollo, la agudización o la aparición de enfermedades crónicas o sus complicaciones, contando en lo posible con apoyo familiar y de las redes sociales más próximas.

Por medio de estas mismas estrategias, se busca incentivar el envejecimiento activo impulsando la participación social, la práctica regular de la actividad física, una buena nutrición, etc.

Una extensa plataforma de estudios confirma que la falta de actividad física está asociada a una mayor incidencia de muchas enfermedades crónicas, tales como insuficiencia coronaria,

hipertensión arterial, algunas formas de cáncer, diabetes, osteoporosis, limitación funcional y el sobrepeso.

Por el contrario, realizar actividad física en forma regular contribuye al bienestar general e incrementa las oportunidades de conservar la capacidad funcional e independencia hasta una edad avanzada.

Reduce también el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, caídas, huesos frágiles, depresión, entre otras.

Las personas inactivas pueden mejorar su salud notablemente al iniciar y mantener una actividad física diaria moderada, como por ejemplo, media hora de caminata a paso rápido. Otro aspecto que se debe tener en cuenta es el mejoramiento de los hábitos alimenticios y la práctica de ejercicios cognitivos como la lectura, la escritura, el tejido, la realización de puzzles, el juego de ajedrez, entre otros.

Mitos y creencias

Muchos de los problemas y obstáculos que enfrentan a diario las personas mayores tienen que ver con nuestras actitudes hacia la “vejez” y los “viejos”. Abundan los mitos y estereotipos, por lo cual el desafío mayor viene a ser nuestra propia predisposición mental. Dichas actitudes negativas reducen el respeto al que tienen derecho las personas mayores.

Como señalara Simón de Beauvoir, *“la vejez no es sólo un hecho biológico sino también cultural”*. En este sentido, es necesario tener en cuenta las ideas imperantes acerca de la vejez como sinónimo de decadencia física y mental, y proyectándose en los viejos una imagen de incapacidad, inutilidad social y rigidez. Estas creencias influyen en la percepción acerca de la vejez por parte de las familias, las comunidades y en la propia autopercepción.

Estos son algunos de los mitos más frecuentes en nuestra sociedad y que predisponen negativamente hacia las personas mayores:

- **Que son incapaces y dependientes**
- **Que no tienen nada que aportar a la sociedad**
- **Que son como niños**
- **Que no pueden aprender nuevos conocimientos o desarrollar destrezas ni necesitan educación o capacitación**
- **Que no pueden tener una vida sexual normal**

Estas ideas preconcebidas influyen en nuestras actitudes hacia los adultos mayores las que, en general y en situaciones extremas, podrían conducir al abuso y negligencia contra estas personas por parte de las familias, cuidadores, sociedad y el Estado.

Problemas psicosociales

En este ámbito se presentan múltiples y variados problemas. Los más significativos son la pobreza, la exclusión social tanto de hombres como mujeres mayores, la aparente ausencia de derechos, la soledad y el abandono, el maltrato, el deterioro de la autoestima personal y las complicaciones en la salud.

Respecto a la pobreza, ésta no se reduce sólo a los bajos niveles de ingresos sino a una sumatoria de carencias de distintos tipos. Entre éstas se encuentran la insuficiente integración social, la autopercepción de nulo o escaso poder, la incapacidad para influir en las decisiones que los afectan y una representación social de la vejez inadecuada a la realidad.

La reciente *“II Cumbre Mundial sobre el envejecimiento”* realizada en Madrid, el año 2002, adoptó como definición de maltrato de las personas de edad como “cualquier acto único o repetido o falta de acción apropiada que ocurra en cualquier relación supuestamente de confianza, que cause daño o angustia una persona de edad”.

Existen factores que hacen del adulto mayor una persona vulnerable frente al maltrato, entre otros:

- **Pérdida del rol social**
- **Baja autoestima**
- **Desconocimiento de sus derechos**
- **Bajo o nulo nivel de escolaridad**
- **Niveles de dependencia, derivada de alguna patología**
- **Bajos niveles de ingreso, lo que les obliga a vivir con otros o depender económicamente de ellos o aportar sus ingresos para que sus familias subsistan**
- **Miedo a la soledad y al aislamiento**

En Chile, el problema es aún invisible, no obstante, dos estudios que han contribuido a su avance indican que es posible distinguir diferentes tipos de maltrato: el maltrato físico, el abuso sexual, el maltrato psicológico o emocional, el abuso patrimonial o económico y la negligencia o abandono. Se presentan en la realidad combinadamente.

Participación social

La participación social está relacionada con la posibilidad que tiene el ciudadano para intervenir, ser tomado en cuenta e integrarse en la vida de su comunidad. Las personas mayores pueden participar en organizaciones comunitarias como clubes, uniones comunales y juntas de vecinos u otras como organizaciones de consumidores, los consejos económico social y comunal.

Asimismo, existen otras formas de participar, como por ejemplo en los centros de padres y apoderados, las cooperativas, las organizaciones no gubernamentales de desarrollo, en los programas para el adulto mayor existentes en las municipalidades, en organizaciones deportivas de jubilados, etc.

Es importante que las personas mayores se agrupen e intenten conformarse como una organización comunitaria obteniendo su personalidad jurídica. Esto les da autonomía y pueden gestionar sus propios recursos económicos para concretar sus iniciativas. De hecho, pueden establecer alianzas o convenios de cooperación formales con diversas entidades, postular a proyectos y ejecutarlos si se los adjudican, además como organización pueden tener patrimonio propio.

Las organizaciones de adultos mayores más comunes son los clubes, que existen para defender los intereses que tengan los adultos mayores dentro de su comunidad, promoviendo acciones y programas en beneficio de sus asociados, y si lo consideran necesario en favor de sus comunidades. A lo menos el 20% de los clubes de una comuna pueden conformar una Unión Comunal a petición de cualquiera de los clubes convocando el alcalde respectivo. La importancia de esta organización reside en la mayor representatividad que tiene ante la autoridad.

Otra alternativa de organización la constituye la ley de protección de los consumidores, que establece que se pueden formar organizaciones de consumidores en la forma de fundaciones o corporaciones. Estas pueden velar por el cumplimiento de las normas de protección a los consumidores, evitando abusos por parte de los proveedores. Los adultos mayores pueden constituir las y así proteger a sus pares y a su comunidad en todas aquellas materias que les afecten, por ejemplo respecto a los medicamentos.

La participación social también contempla la posibilidad de ejercer un control ciudadano, por parte de los/las adultos mayores que participan en las organizaciones comunitarias, respecto de los compromisos de las autoridades que han sido elegidas mediante sufragio.

Cualquier organización puede solicitar, por ejemplo, a un diputado de su distrito que de cuenta del estado de avance de un proyecto de ley que sea de su interés o a un alcalde sobre los proyectos sociales aprobados para su comuna. Estas son algunas de las formas en que los/las

adultos mayores pueden participar en la sociedad posibilitando un aporte concreto a la esta siendo un ejemplo de responsabilidad y solidaridad cívica para las demás personas.

Recreación y cultura

Para las personas mayores los espacios para ocupar su tiempo libre de manera entretenida y creativa son, en general, altamente valorados. Estimulan su potencial físico y mental fortaleciendo su autonomía personal y colectiva cuando se trata de grupos de pares.

En especial, son muy importantes los espacios de encuentro e intercambio entre pares en torno a temas de interés, donde se reúnan periódicamente, donde puedan aprender, reflexionar, redescubrir sus potencialidades así como desarrollar o reactivar sus habilidades. Se trata de disfrutar de la vejez mediante múltiples formas y expresiones, acordes a sus intereses en esta etapa de la vida.

Entre las acciones posibles para ocupar el tiempo libre, se recomiendan aquellas que se orientan a promover:

El **desarrollo cognitivo** como, por ejemplo, la lectura, la creación literaria, los juegos de mesa (memorice, lotería, ajedrez, dominó), las proyecciones de películas, la alfabetización, el rescate de las historias locales, actividades de reactivación de la memoria, entre otras.

El **desarrollo motriz** a través de caminatas, acondicionamiento físico, actividades de relajación, musicoterapia o el desarrollo de la motricidad fina, a través de la pintura, el bordado, la cerámica, reparación de objetos electrodomésticos, etc.

El **desarrollo sicoafectivo**, a través de actividades de apreciación de las bellas artes, las visitas culturales, las acciones de autogestión e integración, los encuentros intergeneracionales, el teatro, la expresión corporal, la poesía, entre otros.

El **desarrollo sociocultural** a través del baile, los encuentros de danza, los festejos, paseos recreativos, fiestas cívicas y religiosas, entre otras.

El **aprendizaje** en ámbitos educativos asociados a la etapa de la vida que les toca enfrentar, formas de prevención de enfermedades físicas y mentales, acerca de sus derechos y deberes como ciudadanos, acerca de su espiritualidad, etc.



Políticas y beneficios sociales

En Chile, desde el año 1996, existe una política nacional para el adulto mayor inspirada en valores tales como la equidad y la solidaridad intergeneracional. Su objetivo general es ***“lograr un cambio cultural de toda la población sobre la valoración y trato hacia los adultos mayores, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento, y alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los adultos mayores”***.

Entre sus objetivos específicos, cabe señalar el fomento de la participación e integración social del adulto mayor; mejorar su potencial de salud; crear acciones y programas de prevención; fortalecer la responsabilidad intergeneracional en la familia y comunidad; fomentar el uso adecuado y creativo del tiempo libre y la recreación.

Los principios de estas políticas, entre otros, son:

- 1** La autovalencia y el envejecimiento activo.
- 2** La prevención con un enfoque prioritario en lo social, lo psicológico, lo económico y en la salud.
- 3** La flexibilidad en el diseño de políticas al considerar la realidad y las diversas situaciones que se presentan en la adultez mayor.
- 4** La descentralización, con énfasis en la acción local.
- 5** La subsidiariedad del Estado y su rol regulador en cuanto al fomento a la producción de bienes y servicios destinados a los adultos mayores.
- 6** El fomento de la responsabilidad familiar, de la comunidad y de los propios adultos mayores para que mantengan un nivel de vida apropiado, evitando la dependencia de las acciones del Estado para satisfacer sus necesidades.

Los beneficios y programas del Estado, dirigidos al adulto mayor, están distribuidos en los siguientes ministerios y servicios:

Instituto de Normalización Previsional, INP

- El pago de las pensiones asistenciales, las pensiones mínimas de vejez, las pensiones de viudez y la asignación por muerte.
- La implementación de una amplia gama de acciones sociales desde la División de Programas y Beneficios Sociales y desde las Direcciones Regionales de todo el país:

- Tarjeta de Identificación del pensionado, mediante la cual se puede acceder a descuentos especiales en una gran variedad de bienes y servicios.
- Casas de Encuentro habilitadas con computadores, bibliotecas, salones de juego, etc., donde además se realizan capacitaciones y actividades.
- Programa de capacitación en internet.
- Programa de autocuidado de la salud.
- Programa de lectoescritura.
- Fomento de la asociatividad.
- Actividades de recreación y cultura.
- Ofertas de turismo.

FONASA

Otorga a sus afiliados la atención en salud sin co pago, en la modalidad institucional, la entrega de órtesis, prótesis, y atención oportuna para cirugías electivas y la bonificación al 100% para atención de salud de alto costo.

En la modalidad de libre elección otorga beneficios especiales, bonificación de lentes ópticos y audífonos, atención integral de enfermería a domicilio y a centros de adultos mayores.

A través del Plan Auge, se ha considerado la atención integral para el alivio del dolor para pacientes terminales con cáncer, atención integral para pacientes con insuficiencia renal crónica y con cardiopatías congénitas.

Ministerio de Salud

Programa de salud del adulto mayor.

Inscripción en los Consultorios.

Atención gratuita para beneficiarios del sistema pública de salud.

Control de salud del adulto mayor.

Programa de alimentación complementaria, PACAM.
Vacunación gratuita contra la influenza.

SERNATUR

Talleres de capacitación turística para el adulto mayor
Vacaciones para la Tercera Edad.

Instituto Nacional del Deporte

Actividades deportivas y recreativas especialmente orientadas a los adultos mayores de 60 y más años que sean autovalentes.

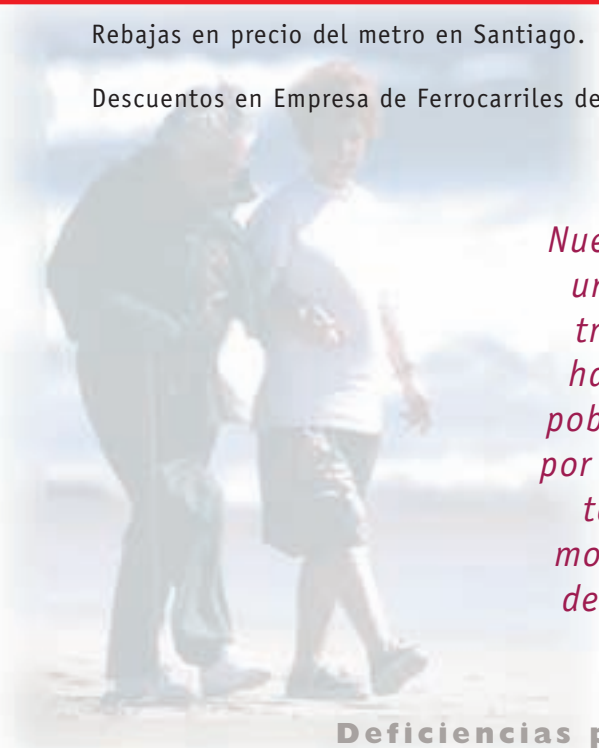
Ministerio de Educación

Nivelación de estudios en Enseñanza Básica y Media con modalidad flexible.

Ministerio de Obras Públicas, Transporte y Telecomunicaciones

Rebajas en precio del metro en Santiago.

Descuentos en Empresa de Ferrocarriles del Estado.



Nuestro país atraviesa por una avanzada etapa de transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional, caracterizada por una disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad y un aumento de la esperanza de vida.

IMP

Recomendaciones generales para la atención de público



Modernización del Estado

Tipos de usuarios y funcionarios

Todo comunica

Normas de educación

Saber escuchar

La atención de público es una de las funciones más complejas y exigentes que enfrentan los funcionarios públicos o privados. Es esencial contar con principios básicos como la responsabilidad, eficiencia, eficacia y la capacidad de coordinación con otros. Si a esta tarea le sumamos la de conocer las particularidades de los usuarios o clientes, los desafíos son aún mayores.

Además de las necesidades especiales que tiene la atención a personas con discapacidad y adultos mayores, consideramos relevante mencionar en esta guía algunos aspectos generales que son transversales a todo tipo de atención.

En esta labor intervienen básicamente tres actores:

- **La institución**, con su misión, lineamientos y normas. Mediante la atención, se transmite su imagen corporativa.
- **El funcionario**, quien tiene tareas concretas y se encuentra enmarcado en algunas variables específicas, por ejemplo: tiempo, metas y espacio físico en el cual se desempeña. Las buenas condiciones laborales y adecuados programas de capacitación le permitirán al funcionario brindar una atención adecuada.
- **Usuario o solicitante**, éste a su vez tiene un objetivo concreto, que es lograr una atención expedita y acertada.

El Comité Interministerial de Modernización de la Gestión Pública elaboró en 1997 el documento **“El compromiso de hacer las cosas bien”**. En él plantea los siguientes principios de atención al usuario:

- **Probidad y Responsabilidad:** Es la actitud correcta que deben conservar los funcionarios públicos, basada en los valores de la honestidad, integridad y lealtad en el desempeño de su función.
- **Igualdad y No Discriminación:** Indica que no deben existir distinciones entre los usuarios en el acceso al servicio público y la calidad de la atención.
- **Transparencia:** Puede entenderse también como una actitud de diálogo, apertura y buena disposición a entregar la información.
- **Accesibilidad y Simplificación:** Significa que se deben buscar los medios para simplificar los trámites, disminuir los tiempos de respuestas, agilizar los procedimientos y ser creativos en la búsqueda de soluciones.

- **Participación en la Gestión:** Se deben generar espacios de participación tanto de los funcionarios públicos como de los usuarios, para mejorar los servicios y desarrollar la capacidad de responder satisfactoriamente.
- **Eficiencia y Eficacia:** Se relaciona con el buen empleo y optimización de los recursos públicos, obteniendo buenos resultados y la satisfacción de los usuarios.

Personalidad y emociones

En toda capacitación para mejorar la atención de público se hace especial énfasis en la dimensión psicológica de sus protagonistas a fin de comprender su comportamiento mediante las orientaciones de personalidad. No se trata de características rígidas de las personas sino que de tendencias que influyen de manera importante en sus relaciones interpersonales y sociales.

Entre las principales orientaciones de personalidad, se pueden destacar las siguientes:

- **Receptiva:** Personas que esperan que las cosas se hagan rápido, sin mayor esfuerzo de su parte.
- **Mercantilista:** Son individuos que basan sus relaciones en el intercambio, entregando sólo en la medida que le den.
- **Acaparadora:** Se trata de personas que quieren toda la atención y trato especial porque sienten que son mejores que el resto.
- **Explotadora:** Estas personas no le dan importancia a los medios utilizados para lograr sus fines, usando incluso mecanismos ilegítimos o inadecuados.
- **Destructiva:** Son individuos conflictivos e irritables, quienes temen que otros les hagan daño por lo cual ellos lo hacen antes.
- **De aislamiento:** Estas personas también temen que les hagan daño, pero en vez de atacar, se aíslan.
- **Interactiva:** Son personas que valoran a los demás y a sí mismas en la justa medida, logrando interacciones adecuadas de colaboración.

En la acción de atender público también interviene otro aspecto importante en esta dimensión psicológica, que es el manejo de los sentimientos, existiendo tres formas básicas:

- **Sentimientos de rebusque:** Se trata de sentimientos que se ocasionan sin causa o estímulo, como por ejemplo un usuario que se enoja sin mediar motivos concretos.
- **Sentimientos prohibidos:** Las personas ocultan sus emociones para que el resto no piense algo negativo, como alguien que no demuestra tristeza para que no crean que es débil.
- **Sentimientos legítimos:** Son los sentimientos que se manifiestan de manera honesta sin transgredir los límites de las relaciones humanas.

Con este marco de referencia respecto a las orientaciones de personalidad y al manejo de sentimientos, es posible detectar una variada gama de tipos de usuarios o clientes: Agresivos, quejosos, dominantes, ofensivos, arrogantes, orgullosos, sabelotodos, criticones, comunicativos en exceso, charlatanes, preguntones, simpáticos, inseguros, miedosos, tímidos, callados.

De la misma manera, es factible caracterizar a los funcionarios: Desinteresados, agresivos, pasivos, distraídos, comunicativos, aburridos, creídos, eficientes y amables.

El propósito de estas definiciones es lograr una complementariedad entre usuarios y funcionarios, que le permita a estos últimos manejar la situación en beneficio de una atención oportuna y eficiente. Ante los distintos tipos de clientes es importante que los funcionarios no retroalimenten la conducta negativa sino que tiendan a neutralizarla y superarla, como en los siguientes ejemplos:

- **Usuario agresivo:** Neutralizar la agresión con una actitud de calma.
- **Usuario Arrogante:** Responder de manera sencilla sin imitar la arrogancia.
- **Usuario Comunicativo:** Focalizar el tema en el motivo central de la atención.
- **Usuario inseguro:** Imprimir confianza y calma en la atención.

Todo es comunicación

Durante la interacción entre funcionarios y usuarios, la comunicación constituye un eje sustancial para que la atención funcione o fracase. En el proceso comunicacional ocurren cinco pasos secuenciales en los que se pueden producir problemas: Lo que se desea comunicar; lo que objetivamente se dice; lo que se escucha; lo que se entiende y lo que se responde.

Los funcionarios como comunicadores deben eliminar al máximo las imperfecciones o "ruidos" que surgen en estos ámbitos, las que en la jerga especializada se denominan "**fenómenos comunicacionales**":

- **Distorsión:** Es el cambio al interior de los mensajes. Las personas modifican el sentido del mensaje, dándole otra interpretación.
- **Omisión:** El mensaje se ve disminuido, ya sea porque el emisor le quita antecedentes al contenido o porque el receptor no posee buena memoria.
- **Generalización:** Se aumenta la dimensión del mensaje, generalizando un tema particular.
- **Rumor:** Este fenómeno incorpora a los tres anteriores. Cuando un mensaje se transmite persona tras persona, cada una distorsiona, omite o generaliza, transformándose en rumor.



Existen algunas técnicas muy sencillas que se recomiendan habitualmente para evitar que se produzcan estos problemas, especialmente en situaciones de atención de público:

- **Identificar:** El funcionario tiene que personalizar su atención a nivel verbal y no verbal, llamando por su nombre al usuario y manteniendo contacto visual.
- **Indagar:** Terminada la identificación, el funcionario debe indagar en la situación del usuario mediante preguntas precisas y básicas que permitan saber cuál es la necesidad de la persona, cuáles son los antecedentes del hecho y cuál es el objetivo de la atención o trámite.
- **Retroalimentar:** Con la información obtenida, el funcionario se comunica con el usuario para que éste entregue mayores antecedentes.
- **Respuesta reflejo:** Esta técnica se usa para que el usuario sepa que el funcionario ha entendido la situación, para que el usuario entregue más información para hacer la atención o bien para que el usuario comprenda los pasos a seguir. En la respuesta reflejo el funcionario hace de espejo, pregunta repitiendo la información entregada por el usuario: “¿Usted quiere decir que lo que necesita es renovar su licencia de conducir?” Esta técnica puede resultar especialmente útil para personas adultas mayores o con discapacidad que presentan problemas de comunicación. Incluso, en estos casos se recomienda complementar la información por escrito.
- **Empatía:** Se refiere a ponerse en el lugar del cliente o usuario, lo que verbalmente se puede especificar con frases como “comprendo su problema” o “no se preocupe, lo entiendo”.
- **Reenmarcar:** El funcionario le da otro punto de vista o alternativa a la consulta para optimizar los resultados o bien corrige algún aspecto de la información que el usuario estaba dando mal.
- **Reconocer:** Es la capacidad del funcionario de ir más allá de la identificación, reconociendo aspectos positivos o negativos de la consulta. Por ejemplo, alabando alguna cualidad del usuario o ayudándole a corregir alguna equivocación del trámite.

Lo cortés no quita lo valiente

Todos en algún momento estamos al otro lado de la ventanilla y hay que reconocer lo gratificante que resulta un trámite o una larga espera para pagar una cuenta cuando nos atienden bien. Si además de eficiencia y agilidad, nos tratan con empatía y simpatía, uno queda realmente contento.

En este sentido, hay ciertas pautas básicas que resultan imprescindibles en una atención:

Mirar a la persona: Implica reconocer que el usuario se encuentra presente en su condición de persona, digno de ser atendido y merecedor de respeto.

Saludar: También ayuda al usuario a sintonizar con una actitud de respeto y colaboración mutuos. Si corresponde, el funcionario puede usar preguntas como: ¿En qué puedo ayudarle? o ¿Qué necesita?, las que permiten que el usuario ordene su requerimiento.

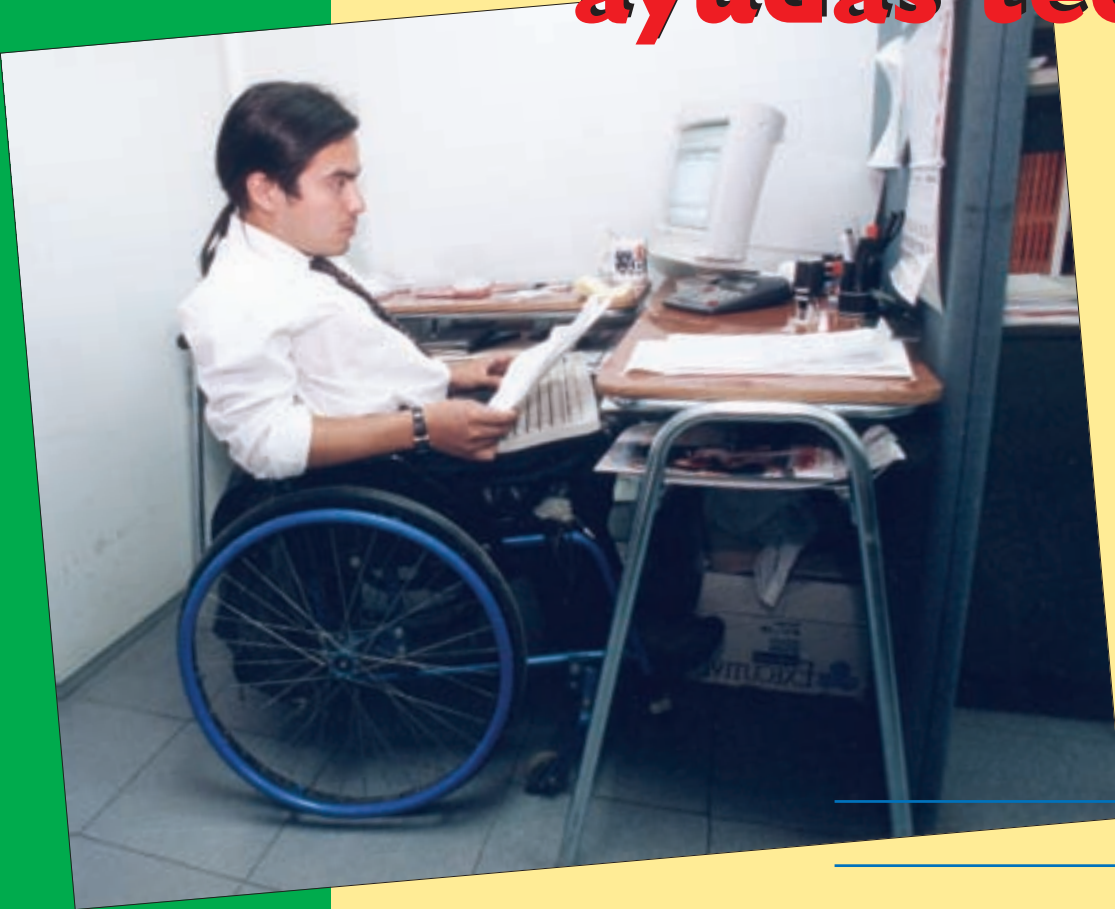
Despedirse: Concluye el contacto de manera grata.

Durante todo el proceso, es importante que la comunicación no verbal sea coherente con la verbal. La atención puede verse igualmente afectada si se mandan mensajes negativos por medio del tono de voz, los gestos, la postura corporal o la expresión facial.

Complementariamente, existen algunas recomendaciones generales que vale la pena contemplar a la hora de atender a un usuario o cliente, en especial si éste presenta necesidades especiales:

- **No generar falsas expectativas. En la atención confluyen peticiones y promesas, por lo que hay que estar conscientes de lo que se le promete al usuario para que se ajuste a la realidad de lo que el funcionario puede hacer.**
- **Aclarar que no hay un vínculo directo o inmediato entre información y obtención del beneficio.**
- **Entregar la información de la manera más precisa posible.**
- **Mantenerse informado de los distintos programas y servicios disponibles asociados a los tipos de atención que se brinda.**
- **Escuchar de manera efectiva, tratando de atender tanto la información concreta como el sentido y realidad que hay detrás de la atención.**
- **Mantener una actitud positiva y optimista frente a las posibilidades de futuro, que permitan facilitar la gestión.**

Acceso al financiamiento de ayudas técnicas



Requisitos

Tipos y funciones

Fuentes de financiamiento

Pensar en la integración social de las personas con discapacidad y su equiparación de oportunidades, pasa por considerar aquellos factores que facilitan este proceso.

El uso adecuado y oportuno de elementos o ayudas técnicas que requieren para mejorar su condición tiene un impacto en su calidad de vida. Por ayuda técnica se entienden todos aquellos elementos que se requieren para el tratamiento de las deficiencias y cuyo objetivo es lograr su recuperación, apoyar la rehabilitación o impedir que se derive en otra discapacidad. Se incluyen también aquellas ayudas que permiten compensar las limitaciones, ya sean estas motoras, sensoriales o cognitivas.

El acceso a las ayudas técnicas resulta complejo especialmente por motivos de costos, es por ello que la Ley N° 19 284 de integración social de las personas con discapacidad lo incorpora y establece mecanismos para que las personas de escasos recursos puedan obtenerlas. Al Fondo Nacional de la Discapacidad, FONADIS se le asigna el rol de financiar su adquisición, para lo cual existe un procedimiento que lo orienta.

Requisitos:

Estar inscrito en el Registro Nacional de la Discapacidad, para lo cual debe ser evaluado por la COMPIN que corresponde. La COMPIN evalúa y certifica el grado de discapacidad. Si el resultado de la evaluación arroja que la persona presenta un tercio de pérdida en las áreas física, mental, síquica o sensorial es considerada beneficiaria de esta Ley y, por ende, puede postular al financiamiento de las ayudas técnicas que requiera y que de acuerdo a lo delimitado por el FONADIS sea pertinente.

Acreditar la situación socioeconómica que lo defina como de escasos recursos, es decir, que por sí mismo no le sea posible adquirir la ayuda técnica. Esta acreditación se basa en la información que arroje el estudio social que se realice al postulante y a su entorno social - familiar.

Indicación médica: Resulta fundamental tener el respaldo médico especializado, que prescribe la ayuda técnica, señala las características y componentes y anticipa los resultados que se esperan al contar con dicho implemento.

Las principales ayudas técnicas que se financian son:

- *Sillas de ruedas de tipo neurológica, estándar y deportiva*
- *Bastones ortopédicos o canadienses*
- *Bastones guías para personas ciegas*
- *Carros andadores o burritos*
- *Ortesis*
- *Prótesis*
- *Endo prótesis*
- *Audifonos*
- *Prótesis oculares*
- *Colchón y cojín antiescaras*

El acceso a estos beneficios se canaliza sólo a través de instituciones públicas o privadas sin fines de lucro que establecen convenio con Fonadis y no directamente con los solicitantes. Las instituciones acogen las solicitudes a través de sus unidades sociales orientando y canalizando la documentación. Posteriormente, esta información es enviada al FONADIS para su evaluación y posterior asignación de recursos.

FONADIS ha desarrollado un proceso mediante el cual, entre otras cosas, ha incorporado la licitación para la adquisición de las ayudas técnicas, lo que en la mayoría de los casos evita la presentación de presupuestos. Se trata de un proceso que va incorporando cambios y asumiendo adecuaciones, por lo cual es recomendable tomar contacto con su Departamento de Ayudas Técnicas para verificar cualquier modificación al proceso.

Otra fuente de financiamiento de ayudas técnicas es el Ministerio de Salud, a través de su Programa Adulto Mayor, el que apunta a mantener la autonomía de los adultos mayores. Corresponde a un conjunto de acciones focalizadas en consultas oftalmológicas y entrega de lentes; atención de otorrino y entrega de audifonos; atención integral odontológica y transferencia gratuita de sillas de ruedas, bastones, andadores, colchón antiescaras y cojín antiescaras.

Este programa está dirigido a personas mayores de 65 años, beneficiarias de FONASA. La entrega de estos beneficios se realiza a través de los Servicios de Salud y sus hospitales.

Existen otras fuentes de financiamiento como algunas fundaciones que juegan un papel relevante en el proceso de mejorar las condiciones y calidad de vida de las personas con discapacidad.

Participación del sector público

Fondo Nacional de la Discapacidad, FONADIS

Creado por la Ley 19.284, es el organismo estatal encargado de promover la integración social de las personas con discapacidad. Financia ayudas técnicas y proyectos por concurso público.

www.fonadis.cl

Ministerio de Planificación y Cooperación, Mideplan

El Fonadis está relacionado al Ejecutivo a través de este Ministerio el que preside su Consejo.

Es el encargado de velar por el cumplimiento de la Política Nacional de la Discapacidad y su Plan de Acción.

Implementa cada dos años la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, CASEN, la que incorpora la medición de la discapacidad.

www.mideplan.cl

Ministerio del Trabajo y Previsión Social

Integra el Consejo del Fonadis.

Ha realizado importantes gestiones tendientes a promover la inserción laboral de las personas con discapacidad.

www.mintrab.cl

Instituto de Normalización Previsional, INP

Atiende a más de 320 mil personas con discapacidad mediante la administración, concesión y pago de pensiones previsionales y asistenciales.

Administra el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

En la División de Programas de Beneficios Sociales hay una unidad que gestiona ayudas técnicas para adultos mayores pensionados.

www.inp.cl

Ministerio de Salud

Integra el Consejo del Fonadis.

Implementa programas y proyectos que favorecen la prevención y rehabilitación.

Cuenta con la Unidad de Salud Mental que promueve la rehabilitación y reinserción social de las personas con discapacidad psiquiátrica.



En las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, COMPIN, se evalúa y certifica las discapacidades.

www.minsal.cl

Ministerio de Educación

Integra el Consejo del Fonadis.

Cuenta con un Departamento de Educación Especial que, entre otras cosas, promueve los procesos de integración educativa de los alumnos con necesidades educativas especiales.

www.mineduc.cl

Ministerio de Obras Públicas, Transportes y Telecomunicaciones

Integra el Consejo del Fonadis.

Encargado del cumplimiento de la normativa establecida en el Decreto 141 que plantea que los servicios de locomoción colectiva deben contar con asientos reservados para las personas con discapacidad.

Supervisa la importación de vehículos especiales.

En el ámbito de las telecomunicaciones desarrolla estudios y acciones tendientes a avanzar en accesos igualitarios de las personas con discapacidad.

www.moptt.cl

Ministerio de Vivienda, Urbanismo y Bienes Nacionales

Integra el Consejo del Fonadis.

Encargado de velar por el cumplimiento del Decreto 40, relativo a la eliminación de las barreras arquitectónicas y urbanas, y el 41, referido a la postulación a los subsidios habitacionales.

www.minvu.cl

Ministerio de Hacienda

Autoriza la importación de vehículos especiales para las personas con discapacidad.

www.hacienda.gov.cl

Registro Civil e Identificación

Mantiene el Registro Nacional de la Discapacidad.

www.srcei.cl

Fundación Integra

Incorpora a niños con discapacidad en su acción integral de educación preescolar y alimentación en todo el país.

www.integra.cl

Junta Nacional de Jardines Infantiles, JUNJI

Integra niños con discapacidad en su red nacional de jardines infantiles.

www.junji.cl

Servicio Nacional de Capacitación y Empleo, SENCE

Cuenta con un programa que promueve la capacitación e inserción laborales de personas con discapacidad.

www.sence.cl

Chiledeportes (ex Digeder)

Posee un programa formal dirigido a las personas con discapacidad para promover el deporte y la recreación, mediante el financiamiento de proyectos y la capacitación a profesores de educación física.

www.chiledeportes.cl

Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, JUNAEB

Cuenta con un programa de Salud Escolar en el que se detectan problemas ortopédicos, visuales y auditivos a los alumnos entre 1° y 8° Básico.

www.junaeb.cl

Servicio Nacional de Menores, SENAME

Entrega apoyo a instituciones que atienden a menores con discapacidad en situación irregular a través del pago de subvenciones.

www.sename.cl

División de Organizaciones Sociales, DOS

Desarrolla acciones de difusión y sensibilización mediante su Programa de Tolerancia y No Discriminación.

www.segegob.cl



Discapacidad Auditiva

Agrupación de Amigos con Problema Auditivos, Aysor

Dirección: Avda. Italia 1182
Teléfono: 2339045 - Fax: 2339045
E mail: sschwerter@gi.cl

Confederación Nacional de Sordos de Chile

Dirección: Conferencia 1018,
Estación Central
Teléfono: 6845302

Corporación EFFETA

Dirección : Soberanía 1108, Independencia
Teléfono: 7323864 - Fax: 7321121
E mail: corpeffeta@hotmail.com

Instituto de la Sordera (Colegio Dr. Jorge Otte)

Dirección: San Ignacio 1468, Santiago
Teléfono: 5511561 - Fax: 5561263
E mail: escotteg@hotmail.com

Club Real de Sordos

Dirección: Av. Carlos Ossandón 11,
La Reina
Teléfono- Fax: 2282054 - 5240151
E mail: cresor_97@yahoo.com

Centro de Lenguaje de Señas CELENSE

Reconocido por el Ministerio de Educación, capacita en lenguaje de señas y ofrece intérpretes.
Dirección: Of. Administ. Moneda 1530,
of.85 Dr. Ferrer 3099, Ñuñoa
Teléfono: 6716839

Discapacidad Mental

Obra Don Orione Pequeño Cottolengo

Hogar para personas con discapacidad mental severa y profunda
Dirección: Av. Don Orione 7306, Cerrillos
Teléfono: 5574783 - Fax: 5575706

Asociación Nacional del Síndrome de Prader Willi

Agrupación de familiares.
Dirección: Vía Regina 6900, La Reina
Teléfono: 3262676
Email: nsalazarh@hotmail.com

Agrupación de Padres de Niños Autistas, PANAUT

Dirección: Central 1724, Independencia
Teléfono: 7371670 - 7321858 - Fax:
7321858
Email: centropanaut@hotmail.com

Fundación José Nun Feder

Capacitación y recreación para jóvenes con discapacidad mental mayores de 18 años.
Dirección: Av. Ricardo Lyon 3054, Ñuñoa
Teléfono: 2252439

Discapacidad Física:

Asociación para Espásticos Chilenos, ASPEC

Taller laboral para jóvenes mayores de 18 años con daño neuromotor severo.
Dirección: La Escuela 1231, Las Condes
Teléfono: 2015424 - Fax: 2205134

Corporación Chilena contra la Esclerosis Múltiple

Dirección: El Tinttoreto 873, Las Condes
Teléfono: 6356108 - Fax : 6356108
Email: emchile@adsl.tie.ccl

Asociación Chilena de Lisiados, ASOCHILI

Dirección: Lira 134, Santiago
Teléfono: 6394344 - Fax: 6394344

Asociación de Espina Bífida

Dirección: Sierra Blanca 7557, Las Condes
Teléfono: 2026551 - Fax: 2026551

Asociación Chilena de Distrofia Muscular, ACHIDIM

Dirección: La Primavera 12606, El Bosque
(Instituto de rehabilitación infantil)
Teléfono: 5619215

Centro de Rehabilitación de Parálisis Cerebral, CERPAC

Dirección: Príncipe de Gales 8731,
La Reina
Teléfono: 2732107

Discapacidad Visual

Unión Nacional de Ciegos de Chile

Dirección: Moneda 973, of. 920, Santiago
Teléfono: 6395644

Biblioteca Central para Ciegos

Dirección: Rafael Cañas 165, Providencia
Teléfono: 2356891 - Fax: 2640501
Email: bccchile@hotmail.com

Corporación de Padres y Amigos del Limitado Visual, Corpaliv

También atiende niños con sordoceguera
Dirección: Lo Encalada 207, Ñuñoa
Teléfono: 2042801 - Fax: 2042801
Email: corpaliv@hotmail.com

Corporación Proayuda al Débil Visual, COPRADEV

Compuesta por personas con Retinosis Pigmentaria
Dirección: Eleodoro Yáñez 809, of. 13, Providencia
Teléfono: 2362378 - Fax: 2362378

Corporación para la Integración del Deficitario Visual, CIDEVI

Dirección: San Francisco 1229, Ñuñoa
Teléfono: 5510885 - Fax: 5510885
Email: ssanchez@vtr.net

Programa Jurídico sobre Discapacidad de la Facultad de Derecho de la Universidad Diego Portales

Promueve los derechos del individuo y del colectivo de personas con discapacidad y otorga asesoría y defensa jurídica en casos



de discriminación por discapacidad.
Av. República 105, Santiago
Teléfono: 6762655
Email: maria.cisternas@udp.cl

Hogar Ciegos Santa Lucía
Dirección: Salesianos 1190, San Miguel
Teléfono: 5211182 - Fax: 5241492
Email: hdclucia@ctcinternet.cl

Sindicato Nacional de Trabajadores Ciegos
Dirección: Nueva de Valdés 1022, Santiago
Teléfono: 6355066

Instituto de Prevención y Rehabilitación de la Ceguera
Dirección: Av. Salvador 943, Providencia
Teléfono: 2239179 - Fax: 2052391

Discapacidad Psíquica

Centro de Rehabilitación Psicosocial San Benito Menni
Dirección: Av. Brasil 567, Santiago
Teléfono: 6982390 - Fax: 6715124
Email: sanbenito@yhooo.cl

Agrupación de Familiares y Amigos de Personas con Discapacidad Psíquica, AFADIS
Dirección: San José 57, Maipú
Teléfono: 3245188

Asociación Nacional de Familiares de Discapacitados Psíquicos, ANAFADIS
Dirección: Huérfanos 2885, Santiago
Teléfono: 6825767

Corporación de Familiares y Amigos de Personas con Esquizofrenia, CORFAPES
Dirección: Lord Cochrane 821, Santiago
Teléfono: 6879972 - Fax: 6879972

Agrupación de Padres de Pacientes Esquizofrénicos, APPE
Dirección: Santa Filomena 185, Recoleta
Teléfono: 7771607

Rehabilitación Arcoiris Ltda.
Dirección: Av. Recoleta N° 2969, Recoleta
Teléfono: 6290686

Otras discapacidades

Agrupación de Padres de Hijos con Enfermedades Metabólicas, COPANEM
Dirección: Maestranza 11455,
Villa Maestranza, Santiago
Teléfono: 3117182

Corporación Nacional de Laringectomizados de Chile, CONALACH
Conformada por ex fumadores que han perdido la voz producto de operaciones a la laringe
Dirección: Santa Teresa 037, La Cisterna
Teléfono: 5273844 5594732

* *Más instituciones de todas las discapacidades en el listado de páginas Web.*



Nacionales:

Organismos Públicos

<http://www.inp.cl>
Instituto de Normalización Previsional.

www.fonadis.cl
Fondo Nacional de la Discapacidad.

<http://www.participemos.cl/tolerancia.html>
División de Organizaciones Sociales, DOS.
Ministerio Secretaría General de Gobierno.
Programa Tolerancia y No Discriminación.

<http://www.senama.cl>
Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Organismos Privados

Discapacidad Física:

<http://www.teleton.cl>
Fundación Teletón

<http://www.inrpac.cl>
Instituto Nacional de Rehabilitación Infantil Pedro Aguirre Cerda (Atención a pacientes de escasos recursos de todo el país).

<http://www.esperanzauestra.cl>
Centro Esperanza Nuestra.

<http://www.ciasfa.cl>
Corporación Mutual de Impedidos en Actos de Servicio de las Fuerzas Armadas, Carabineros y Policía de Investigaciones de Chile, Ciasfa.

<http://www.cerepa.cl>
Centro de Rehabilitación de la Parálisis Cerebral, CEREPa, ubicado en Osorno, X Región de Chile y formado por un grupo de padres, profesionales y técnicos vinculados directamente por niños que presentan parálisis cerebral.

<http://www.artesanosdelavida.cl>
Centro de Neurorehabilitación "Artesanos de la Vida".

<http://www.distonía.20m.com>
Fundación Distonía.

<http://www.alterego.cl>
Fundación Alter Ego (vinculada a Cerpac, sensibiliza y recauda fondos para niños con parálisis cerebral)

Discapacidad Auditiva:

<http://www.asoch.cl>
Asociación Chilena de Sordos. Contiene información de la asociación y de discapacidad auditiva en general.

<http://www.comuniquemonos.cl>
Contiene información del libro de lectura y escritura "Comuniquémonos", dirigido a niños y jóvenes sordos.

<http://www.comunica.cl>
Centro de Audición, Lenguaje y Aprendizaje, COMUNICA.

<http://www.inserta.cl>
Centro de Atención Integral, INSERTA.



Nacionales:

Discapacidad Visual:

<http://www.aloja.cl/escuelasantalucia>

Escuela de Ciegos Santa Lucía.

<http://www.cmdsnunooa.cl>

Colegio Hellen Keller.

<http://www.redvision.cl>

Red Visión, instancia que agrupa a organizaciones relacionadas con el ámbito de la discapacidad visual.

<http://www.ciegos.cl>

Centro de Grabación para Ciegos.

Discapacidad Mental:

<http://www.coanil.cl>

Fundación de Ayuda al Niño Limitado, COANIL.

<http://www.inclusioneducativa.cl>

Red de Integración Educativa, RIE.

<http://www.aspaut.cl>

Asociación Chilena de Padres y Amigos de los Autistas.

<http://www.sanectario.cl>

Fundación San Nectario, que atiende a niños con autismo.

<http://www.andime.cjb.net>

Asociación Nacional del Discapacitado Mental y Colegio Nuevo Mundo.

<http://www.olimpiadasespeciales.cl>

Fundación Olimpiadas Especiales.

<http://www.tad.cl>

Talleres de Adaptación y Desarrollo (T.A.D).

<http://www.unpade.cl>

Unión Nacional de Padres y Amigos de Discapacitados Mentales, UNPADE.

<http://www.fundaciontacal.cl>

Fundación Tacal
(Capacitación e inserción laboral).

<http://www.centroleokanner.cjb.com>

Centro Leo Kanner
(Centro para niños y jóvenes con autismo orientado al arte).

<http://www.hineni.cl>

Fundación Hineni
(Promoción de la integración educativa de los alumnos con necesidades educativas especiales).

<http://www.complementa.cl>

Fundación Complementa
(Promoción de la integración educativa de los alumnos con síndrome de Down).

<http://www.fundaciondonnebaum.cl>

Fundación Leopoldo Donnenbaum
(Capacitación laboral para jóvenes con discapacidad intelectual y síndrome de Down).

Nacionales:

Discapacidad Siquiátrica:

<http://www.reencuentros.cl>

Centro de Rehabilitación Psicosocial "Reencuentros".

<http://www.rostrosnuevos.cl>

Fundación Rodrigo Zaldívar (filial del Hogar de Cristo), donde son atendidas personas con discapacidad psiquiátrica.

Otras discapacidades:

<http://www.epilepsiachile.com>

Liga Chilena contra la Epilepsia.

<http://www.parkinson.cl>

Liga contra el Mal de Parkinson.

<http://www.alzheimer.cl>

Corporación Alzheimer Chile.

<http://www.gantz.cl>

Fundación Dr. Alfredo Gantz Mann (Atiende niños con labio fisurado).

Interés General:

<http://www.mercadis.cl>

Bolsa de trabajo para personas con discapacidad, de la Fundación Telefónica.

<http://www.ciudadaccesible.cl>

Corporación Ciudad Accesible, cuyo objetivo es la eliminación de barreras arquitectónicas.

<http://www.guiadiscapacidad.cl>

Directorio con información de organizaciones públicas y privadas de la Región Metropolitana vinculadas al tema de la discapacidad en Chile.

<http://www.cenadis.cl>

Centro Natural Privado para la Discapacidad.

<http://www.fundaciontacal.cl>

Fundación Tacal.

<http://www.armamater.cl>

Corporación Armamater, organización sin fines de lucro, cuya principal actividad está dirigida a la formación de personas con discapacidad para que puedan desarrollar actividades laborales.

<http://www.integra-t.org/>

Integra-t, organización que trabaja en la integración de las personas con discapacidad a través de la recreación y el esparcimiento.

<http://www.risolidaria.cl>

Red Iberoamericana de Solidaridad en Chile, un portal con información y datos útiles de diversos temas sociales, entre ellos discapacidad.

<http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>

Desde este enlace se obtiene el documento de la Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud (CIF).





Intercionales:

<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissres0.htm>

Esta página contiene el texto de la Normas Uniformes para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad.

<http://www.who.int/en/>

Organización Mundial de la Salud.

<http://www.paho.org>

Organización Panamericana de la Salud.

<http://www.ilo.org/public/spanish/employment/skills/disability/index.htm>

Organización Internacional del Trabajo, OIT. (Este link lo llevará directo a la sección Discapacidad y Trabajo).

<http://www.dpi.org>

Organización Mundial de Personas con Discapacidad.

<http://www.seg-social.es/imserso>

Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO.

<http://umc.once.es>

Unión Mundial de Ciegos.

<http://www.afb.org>

American Foundation for the Blind.

<http://www.campusvirtualsp.org>

Sitio creado por la OPS/OMS en colaboración con instituciones académicas y organismos de desarrollo de Europa y América, la que ofrece una variada propuesta educativa a distancia para profesio-

nales de la salud.

<http://www.rppapm.es>

Real Patronato sobre Discapacidad.

<http://www.psiquiatria.com>

Página con información específica en el tema de la psiquiatría.

<http://paidos.rediris.es/needirectorio>

Necesidades educativas especiales en Internet.

<http://www.worldenable.net>

Sitio que promueve la accesibilidad a Internet para personas con discapacidad.

http://www.imagina.org/enlaces/link_dis.htm

Página con enlaces a temas de discapacidad.

<http://www.itfwheelchairtennis.com>

Página con información de tenis en silla de ruedas de la Federación de Tenis Internacional.

<http://www.ibsa.es>

Federación Internacional para Deportes para Ciegos.

<http://www.lesionmedular.org>

Sitio creado para el conocimiento y la interacción de personas con lesión medular, para sus acompañantes, médicos, terapeutas y en general todas las personas interesadas en el tema.

Internacionales:

<http://www.ceapat.org>

Centro estatal de autonomía personal y ayudas técnicas, CEAPAT, España.

<http://www3.usal.es/inico>

Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Universidad de Salamanca.

<http://discapacidad.presidencia.gob.mx/index.html>

Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para las Personas con Discapacidad de México.

<http://www.nicolas.brb.es>

Página basada en serie de dibujos animados en la que el protagonista es un niño con discapacidad visual.

<http://www.spanish.hear-it.org>

Temas vinculados a la discapacidad auditiva.

<http://www.famma.org>

Federación de Asociaciones de Minusválidos Físicos de la Comunidad de Madrid.

<http://www.autismoespana.com>

Confederación de Autismo de España.

<http://www.sindromedown.net>

Federación Española de Instituciones para el síndrome de Down.

<http://www.elcisne.org>

Periódico electrónico de la discapacidad.

<http://www.pasoapaso.com.ve>

Fundación Paso a Paso, dedicada a mejorar la calidad de vida del niño con necesidades especiales y su núcleo familiar.

<http://www.artistas.org.ar>

Página argentina con información de artistas con discapacidad.

<http://www.asocide.org>

Asociación de Sordociegos de España.

http://www.szb.ch/f_home_set.htm

Unión Central Suiza de invidentes y ciegos.

<http://www.vdmfk.com>

Asociación de Artistas Pintores con la Boca y el Pie.

<http://www.once.es>

Organización Nacional de Ciegos Españoles.



Queremos agradecer la disposición, compromiso y dedicación de quienes desde su ámbito de competencia participaron revisando, aportando y alentándonos en este desafío emprendido para contribuir a mejorar la calidad de atención a las personas con discapacidad.

Asimismo, queremos agradecer al Fondo Nacional de la Discapacidad por facilitarnos su archivo fotográfico y el tiempo de algunos de sus profesionales.

Las personas que colaboraron en este proceso lo hicieron desde dos áreas: profesionales expertos en las diversas materias y personas con discapacidad, familiares o representantes de ellas.

A las siguientes personas van nuestros sinceros agradecimientos:

Claudia Delucchi B.

Audio Protesista y Educadora Diferencial
con mención en Audición y Lenguaje

Cynthia Duk H.

Educadora Diferencial
Directora Ejecutiva Fundación Hineni

Soledad Fernández M.

Terapeuta Ocupacional y Jefa de la
Sección Terapia Ocupacional, Hospital del
Trabajador Santiago

Víctor Flores D.

Abogado, Área Jurídica Fonadis

Angélica Daskalakis R.

Jefa Unidad de Salud Mental, Servicio de
Salud Metropolitano Norte

Militza González N.

Oftalmóloga y Jefa del Departamento de
Oftalmología del Hospital Luis Calvo
Mackenna

Mabel Valenzuela B.

Asistente Social de la División de
Programas y Beneficios Sociales del INP

Elsa Acuña P.

Presidenta ANAFADIS

Patricio Cancino C.

Encargado Oficina de la Discapacidad I.
Municipalidad de Lo Espejo
Presidente Movimiento Esperanza Nuestra

Fernando Fuenzalida V.

Presidente Centro de Grabación para
Ciegos

Pamela Molina T.

Presidenta Club Real de Sordos

Enrique Norambuena A.

Presidente Nacional de UNPADE

1. Isabel Frutos y Pilar Rodríguez Aparicio, Fundación Abulence para el Empleo, de España: "Guía para un uso no discriminatorio del lenguaje", 2002.
2. Instituto de Normalización Previsional: Material de Apoyo de Programa de Capacitación de Funcionarios sobre atención de público adulto mayor y personas con discapacidad, 2001-2002.
3. Fondo Nacional de la Discapacidad: "Sector Público: Su aporte a la Discapacidad", folleto, 1999.
4. Fondo Nacional de la Discapacidad: Revistas *Atrévete* N° 4, 6, 9, 14, 18, 28, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 44, 45, 46, 56. Años 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2003.
5. División de Organizaciones Sociales, DOS, Ministerio Secretaría General de Gobierno: "Comunicación de Programas Sociales y Atención de Usuarios", Manual de Capacitación, 1998.
6. Ministerio de Salud: "Política Nacional de Salud Mental" y "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría",
7. Demetrio Casado, Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía: "Discapacidad y Medios de Información", 1989.
8. Demetrio Casado, Colección Política, Servicios y Trabajo Social: "Ante la discapacidad, Glosas Iberoamericanas", Editorial Lumen, 1997.
9. Naciones Unidas: Normas Uniformes, sobre la Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad, 1993.
10. Lilian Pantoja: "La Discapacidad como Problema Social. Un enfoque sociológico: Reflexiones y Propuestas". 2da. Edición Buenos Aires: Eudeba, 1993.
11. Len Barton: "Discapacidad y Sociedad", Ediciones Morata, 1998.
12. Miguel A. Verdugo Alonso: "Personas con Discapacidad, Perspectivas Psicopedagógicas y Rehabilitadoras", Editorial Siglo XXI, 1998.
13. Enrique Norambuena: "La Discapacidad un asunto de Derechos Humanos", Material de Apoyo de Programa de Capacitación de Funcionarios sobre atención de público adulto mayor y personas con discapacidad del INP, 2002.
14. Naciones Unidas: Manual de Estilo de la Confederación Española de Federaciones y Asociaciones Pro-Personas Deficientes Mentales, 1993.
15. Comité Nacional para el Adulto Mayor "Política Nacional para el adulto mayor", 1996.
16. Gobierno de Chile, Comité Nacional para el adulto mayor. "Chile necesita a sus adultos mayores: Participación Social", folleto.
17. Ilija Batljan y Tomás Engler Marco conceptual y estratégico Integral Multisectorial del Envejecimiento Exitoso. BID, 2002
18. Ruipérez Cantera, I y Llorente Domingo, P. "Los malos tratos", cap. 22 en guía para auxiliares y cuidadores el anciano. Fundamento y procedimiento. Ed. Mac Grawhill, España, 1996. En paper preparado por Solange Ruz, psicóloga del INP, año 2002.
19. Jiménez R. S. y Román G. Norbel. "Los problemas del abuso que presentan las personas mayores de 60 años, atendidas en los servicios de valoración y consulta externa del hospital nacional de Geriatria

- y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes” Costa Rica, 1996. En papel elaborado por Solange Ruz, sicóloga del INP, año 2002.
20. Valenzuela, Mabel. Ante proyecto de Tesis “El maltrato en la vejez: algunas percepciones, significados y estrategias de superación desde la perspectiva de adultos mayores.”, Chile, 2002
 21. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2001.
 22. Organización Nacional de Ciegos de España (ONCE): Curso Básico de Autoaprendizaje sobre relación y comunicación con personas con ceguera y deficiencia visual.
 23. Integración Normalizada en la Formación para el Trabajo: Un proceso de inclusión social “Construcción de una pedagogía para la integración”.
 24. Diego González Castañón: Retraso Mental, Guía Básica para Comenzar un Siglo.
 25. Texto: Programa Nacional de Atención con Calidad para personas con Discapacidad.
 26. Militza González: Claridad sobre la ceguera, Conociendo la realidad, 1997.
 27. Grupo de Trabajo Interministerial, Tema: Discapacidad, Segundo Informe de Avance, 24 de Agosto de 1999.
 28. Robert L. Schalock: Hacia una nueva concepción de la Discapacidad, Universidad de Salamanca, Marzo 1999.
 29. James R. Cook: Servicio Público para Servir al Público.
 30. Constitución Política de la Republica de Chile, Artículo único, N° 1, de la Ley de Reforma Constitucional N° 19.611, de 16 de junio de 1999.
 31. Iniciativa global para la eliminación de la ceguera evitable:
www.alconlabs.com/ar/aj/new/2001/PAA0027.jhtml
 32. Sociedad Chilena de oftalmología: Educación y Prevención:
www.sochiof.cl/sitionew/evp_patologias.htm
 33. Deficiencias Visuales:
www.c5.cl/tyd/tipos_sensorial_visual_def.htm
 34. ¿Qué es la discapacidad intelectual?
www.coanil.cl/guia_discapacidad_y_familia.htm
 35. Deficiencias Intelectuales:
www.c5.cl/tyd/tipos_mental.htm
 36. Carlos Egea García y Jorge Lun Maldonado: El nuevo paradigma del retraso mental: Afinidades y diferencias con visiones anteriores.
<http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/paradigm.htm>
 37. Gloria Lucia S.: La discapacidad, una imagen del paradigma
<http://antares.udea.edu.co/affectio/affectio6/discapacidad.html>
 38. Teoría Comunicación Humana: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_terap_famil_3.htm
 39. Servicio de Información sobre Discapacidad
<http://sid.usal.es/aepd2003.asp>
 40. Servicios Públicos y Rol Social del Estado
http://enlaces.ucv.cl/educacioncivica/contenup/up3_organiza/4_servpupriud3-4.htm
 41. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Año 2001.
www.minsal.cl
 42. FONADIS - INE. Primer Estudio Nacional de la Discapacidad. Endisc. Chile 2004
www.fonadis.cl



www.inp.cl