



PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA LAS FAMILIAS Y/O CUIDADORES



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



Proyecto 00092776: “El modelo integral de cuidado y atención inclusivo para niños y niñas con discapacidad menor y moderada en el marco del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras”

Derechos Reservados 2016

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) México

Montes Urales No. 440

Piso 2 • Col. Lomas de Chapultepec

Del. Miguel Hidalgo • C.P. 11000

Ciudad de México, México.

Gerry Eijkemans

Representante de la OPS/OMS México

Elaboración y revisión técnica

Enrique Gil Bellorin

Asesor en Enfermedades Crónicas y Salud Mental

Juan Manuel Guzmán

Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación

Andrea Figueroa Grajeda

Consultor Nacional OPS/OMS

Contrapartes Nacionales

Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)

Unidad de Atención a Población Vulnerable

Dirección General adjunta de Estancias Infantiles

Unidad de Asistencia e Integración Social

Dirección General de Rehabilitación

Subdirección de Unidades Operativas en los Estados

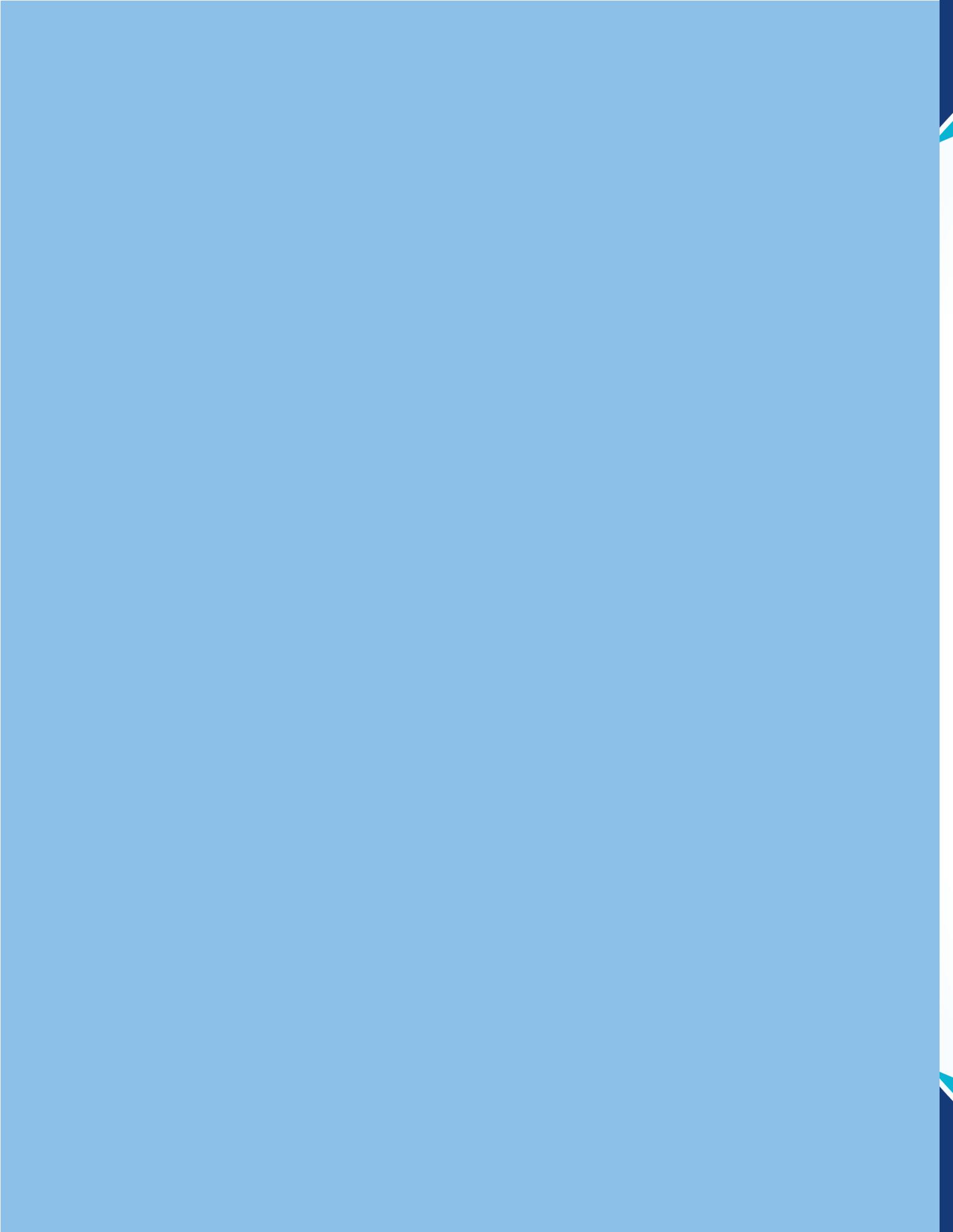
Agradecimientos

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) México en el contexto del proyecto financiado con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para Promover los Derechos de las Personas con Discapacidad (UNPRPD), titulado, “ El modelo integral de cuidado y atención inclusivo para niños y niñas con discapacidad menor y moderada en el marco del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras”.



UN Partnership on the Rights of Persons with Disabilities

ILO | OHCHR | UNDESA | UNDP | UNESCO | UNFPA | UNICEF | UN WOMEN | WHO





Índice

Prólogo	5
Introducción	7
Contenidos Generales	9
Estrategias para manejo y mejora de la comunicación familiar	11
El A, B, C, D, Del Autocuidado	17
Acrónimos	19

Discapacidad Motriz	23
Discapacidad Visual	33
Discapacidad Auditiva	43
Discapacidad Intelectual	55
Discapacidad Psicosocial	65
Glosario	81
Bibliografías	91



Prólogo

El bienestar físico y mental de los niños con algún tipo de discapacidad, es la garantía de una vida digna en convivencia en la comunidad y es resultado de intervenciones tempranas que reflejan la colaboración entre las familias y la comunidad encaminadas al desarrollo de las habilidades y destrezas, como una plataforma social, que fortalece el manejo integral e incluye el apoyo a su familia y cuidadores, con lo que se reduce el estigma que comúnmente se encuentra asociado a la discapacidad.

El Programa de capacitación para las familias y/o los cuidadores de niños con algún tipo de discapacidad, tiene como objetivo la psicoeducación de la red primaria de los niños con algún tipo de discapacidad para incrementar el conocimiento de las familias, construir vínculos y formar una red de apoyo para manejar, enfrentar y superar los retos familiares; permite que la familia y/o los cuidadores continúen con sus actividades, dediquen tiempo para sí mismo, compartan la carga de trabajo acerca de las necesidades físicas y emocionales y participen en armonía en la comunidad.

El contenido del **Programa** brinda estrategias sencillas, claras y de aplicación en el hogar con materiales locales, para la mejora del autocuidado, siendo que las responsabilidades al igual que el proceso de adaptación familiar a los retos que pueden generarse con relación a las necesidades de niños con algún tipo de discapacidad, puede significar un estado de ansiedad, desconocimiento y miedo dentro en cada uno de los integrantes de la familia, contribuyendo al bienestar de los niños, sus familias y cuidadores y evitando el aumento del costo emocional, económico y el desgaste de la familia y del cuidador primario.

La sinergia entre las autoridades nacionales de salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se encuentra reflejada en la Estrategia de Cooperación de la OPS/OMS con México 2015-2018 (ECP). En la prioridad 3. Contribuir técnicamente al desarrollo de programas y acciones para la promoción de la salud y la prevención y el control de las enfermedades, contribuye a la generación de estrategias de comunicación educativa con participación social y comunitaria en salud.

El Plan Estratégico de la OPS (2014-2019) en asociación con los ejes transversales de la EPC, sostiene la importancia del abordaje de los determinantes sociales de la salud y el desarrollo de una buena salud en las etapas claves de la vida, tomando en cuenta las condiciones sociales, la participación y el empoderamiento de la comunidad.

Las estrategias señaladas en el **Programa**, fortalecen las competencias de promoción de entornos saludables en la familia en conjunto con la consolidación de intervenciones exitosas con los niños que tienen algún tipo de discapacidad y que reciben atención y cuidado en las Estancias Infantiles.



Dra Gerry Eijkemans
Representante de OPS/OMS en México



Introducción

El Programa de Estancias Infantiles para el apoyo a madres trabajadoras es un programa del gobierno de México, a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), que inició sus operaciones a nivel nacional en 2006 y ha sido operado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF). Son servicios de guardería que apoyan mediante subsidios a: 1) madres trabajadoras, que buscan empleo y/o estudian, así como a padres solos sin acceso a los servicios de cuidado de niños de las instituciones de seguridad social u otros medios, además 2) favorece la creación de los servicios de cuidado y atención infantil. Los niños que asisten son de entre 1 y 3 años 11 meses, y en el caso de los niños con discapacidad en entre 1 y 5 años 11 meses.

Las Estancias Infantiles actualmente sólo son capaces de recibir a los niños con discapacidades menores, ya que el servicio es prestado por una persona de la comunidad y que a menudo se lleva a cabo en su propia casa, donde no siempre se cumplen las condiciones de accesibilidad ni con personal capacitado para asistir a los diferentes grados y tipos de discapacidad; no poseen información sobre las normas internacionales, ni los medios para cumplir con ellos. Además, las Estancias Infantiles no poseen ninguna información con respecto a cuales instituciones pueden asistir a los casos en que el grado y tipo de discapacidad puedan requerir una atención más especializada, o para orientar a las familias con niños con discapacidades que no pueden ser atendidos en las Estancias Infantiles.

La falta de información y el desconocimiento, así como el estigma asociado a la discapacidad, son algunos de los obstáculos sociales y actitudinales que entorpecen la detección temprana, la atención y el tratamiento integral de los niños con algún tipo de discapacidad.

En México, el proyecto Modelo Integral de Atención y Cuidado para niños con Discapacidad Menor y Moderada en las Estancias Infantiles de SEDESOL se ha planteado con el objetivo de implementar, lo establecido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, en México. Este proyecto se implementa con la participación simultánea y coordinada de la OPS/OMS, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y financiado por el Fondo de las Naciones Unidas para Promover los Derechos de las Personas con Discapacidad (UNPRPD).

La oficina en México de OPS/OMS ha contribuido elaborando el Programa de capacitación para familias y/o cuidadores de niños o niñas con discapacidad, que orienta a las familias en el manejo adecuado de los niños con algún tipo de discapacidad para que facilite la integración activa y funcional de estos niños dentro del ámbito familiar, comunitario y educativo favoreciendo la interacción social en la comunidad.

El **Programa**, permite mediante la capacitación, que los padres de familia al igual que la comunidad implementen acciones para lograr una mejor interacción y un manejo integral de las necesidades de los niños y las familias con base a las limitaciones que se generan con el surgimiento de una discapacidad.



Contenidos Generales

La familia es el mejor lugar para que sus integrantes desarrollen habilidades, aprendan valores y generen vínculos.

A lo largo del presente, programa se proponen estrategias puntuales para:

- El manejo y mejora de la convivencia familiar
- La Estimulación inicial
- La Estimulación preescolar
- Realizar ajustes y apoyos por tipo de discapacidad

A través de esas estrategias los padres, las familias y/o los cuidadores lograrán incrementar sus habilidades para el cuidado y la atención de las necesidades particulares de los niños(as).

Las experiencias que se viven en la familia, determinan en cada integrante su nivel de autonomía e independencia, así como la manera en que siendo adultos, resolverán problemas, enfrentarán conflictos o establecerán relaciones con otras personas.

Su principal función es proveer de recursos, cuidado y protección física, afectividad, amor, cariño, educación, oportunidades de aprendizaje y orientar.

Las madres, los padres, las familias y los cuidadores de los niños (as) con algún tipo de discapacidad ocupan un papel fundamental en la intervención temprana, el desarrollo de habilidades y de destrezas.

Contar con mayor información acerca de la discapacidad infantil fomenta un menor estigma en la familia y la sociedad, es por esto, que es necesario fomentar la inclusión de los niños(as) que tienen algún tipo de discapacidad en la comunidad.

En este sentido, resulta importante que la Estancia reconozca que una de las mayores preocupaciones de madres y padres de niños(as) con discapacidad es asegurar el futuro de sus hijas e hijos. Las Responsables y Asistentes se tienen que visualizar como un medio que permitirá a las familias establecer las primeras redes de apoyo con la comunidad para favorecer la inclusión de su hija o hijo en la sociedad, siendo además la estancia infantil el primer escalón para la construcción de un proyecto de vida.



Se proponen las siguientes estrategias para lograr una mejora en el manejo de la discapacidad y una mejora en la convivencia familiar:

Estrategia 1

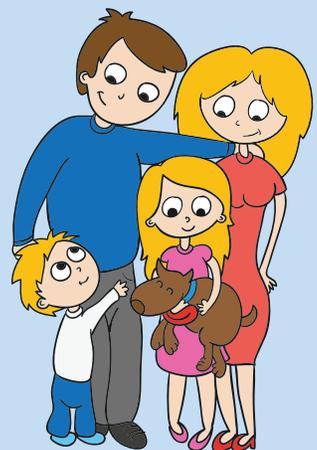
Afrontar una discapacidad

Claves para afrontar la discapacidad, es importante:

- ▶ Reconocer nuestros límites como familiares y/o cuidadores nos permite pedir ayuda y no aislarnos de nuestras redes de apoyo.
- ▶ Sentir todas nuestras emociones (enojo, frustración, vergüenza) nos ayudara a superar un posible sentimiento de culpa y hacer uso de nuestros recursos.

La presencia de una hija o hijo con discapacidad puede generar confusión y miedo en la familia y puede repercutir de diversas maneras en la dinámica y los vínculos de sus integrantes.

En el proceso de aceptación de la discapacidad, las madres y padres pueden vivir un duelo que incluye mecanismos de defensa como la negación de la condición, que pueden conllevar a sentimientos de depresión, frustración, tristeza o enojo; una pregunta frecuente es “¿Por qué a mí?”. Puede ser un momento doloroso en la familia y también generar sentimientos de vergüenza o culpa.



Acciones a tomar por el familiar y/o cuidadores frente la aparición de una discapacidad

- ▶ Informarse acerca de la atención y cuidados específicos que se requerirán.
- ▶ Establecer con el médico y/o el especialista una comunicación cercana, es decir, conocer las indicaciones, el tratamiento y la evolución, y a su vez, resolver las dudas que existan y formar una alianza.
- ▶ Ningún miembro de la familia debe sentirse culpable por la presencia de una discapacidad en la niña o niño.
- ▶ Establecer alianzas con organizaciones y expertos para, a través de talleres, tratar temas como: mitos y realidades sobre la discapacidad, proyecto de vida, planeando el futuro, cambios en la familia, definición de nuevos roles, comunicación, responsabilidades, entre otros.

La aceptación no significa resignarse sino comprender que la discapacidad es una condición de vida y que, con cada etapa de desarrollo de su hija o hijo, se deberán enfrentar nuevos desafíos, por lo que se debe estar abierto a buscar información, capacitación y servicios.

Si bien en algunos casos existe la negación o incluso el abandono de la niña o niños con discapacidad, en otros aparece la sobreprotección, la cual limita el crecimiento y maduración debido a que se infantiliza y demerita sus posibilidades de desarrollo.



Estrategia 2



Adaptarse rápidamente frente a los problemas

La confirmación de un diagnóstico de discapacidad -o retraso en el desarrollo- y el impacto de la noticia en la familia requiere de un acompañamiento en la cual se brinde información, orientación y alternativas de atención para esas niñas o niños.

Acciones a tomar por el familiar y/o cuidadores frente la aparición de una discapacidad

- ▶ Garantizar que cualquier integrante de la familia conozca y mantenga los cuidados pertinentes y adecuados.
- ▶ Establecer una comunicación cercana entre los integrantes de la familia para garantizar la estabilidad emocional del resto de la familia.

Cada persona necesita tiempo para aceptar una situación difícil; sin embargo, se debe evitar que las emociones negativas se conviertan en las protagonistas de nuestra vida y nos controlen. El sentido de autoeficacia nos permite: “hacer uso de nuestros recursos, para percibir otras posibilidades de acción/reacción y afrontar de manera adecuada los problemas”.



Estrategia 3



La comunicación garantiza la mutua calidad de vida en la familia

Buscar ayudas emocionales como grupos de apoyo y grupos de familiares, permite:

- ▶ Comunicar aquellas situaciones que nos aquejan.
- ▶ Ser realistas para no distorsionar los hechos y aumentar la perspectiva que tenemos de los problemas.
- ▶ Promover el establecimiento de vínculos emocionales positivos entre los integrantes de la familia.
- ▶ Detectar recursos disponibles en la comunidad, como psicólogos, terapeutas familiares u organizaciones de la sociedad civil.
- ▶ Promover el establecimiento de redes de apoyo con otras familias que cuentan con algún miembro con discapacidad o que viven la condición.
- ▶ Esta acción, junto con la sensibilidad, promoverá el establecimiento de un vínculo familiar positivo entre las familias y sus hijas e hijos con discapacidad y esto indudablemente potenciará mejores logros para todas y todos.
- ▶ Las familias deberán ser las primeras promotoras y facilitadoras de un sistema de apoyos para el óptimo desarrollo de niñas y niños con discapacidad, que le permitan acceder en igualdad de condiciones a los ambientes, recursos y situaciones propias de su familia, comunidad y sociedad.



Estrategia 4



Construir un plan de acción familiar para enfrentar los cambios

- ▶ Fortalecer la comunicación de la familia, generando espacios para la expresión de problemas, reconocimiento de fortalezas y alternativas ante los problemas.
- ▶ Frecuentar a los amigos y familiares externos, no abandonar las actividades rutinarias que la familia realiza.
- ▶ Realizar un ahorro familiar destinado para los desajustes que pueden ocasionarse debido a los cambios y las alteraciones.



Estrategia 5



Favorecer el autocuidado del familiar y/o cuidador

Retos del familiar y/o cuidador:

- Si se es un familiar y/o cuidador de una persona con discapacidad, puede ser muy difícil encontrar tiempo para sí mismo, e incluso continuar con sus actividades, es importante dedicar tiempo para sí mismo.
- Tomar un receso a la mitad de un día lleno de obligaciones, manifiesta el cuidado que nos tenemos a nosotros mismos, es una señal de autocuidado.

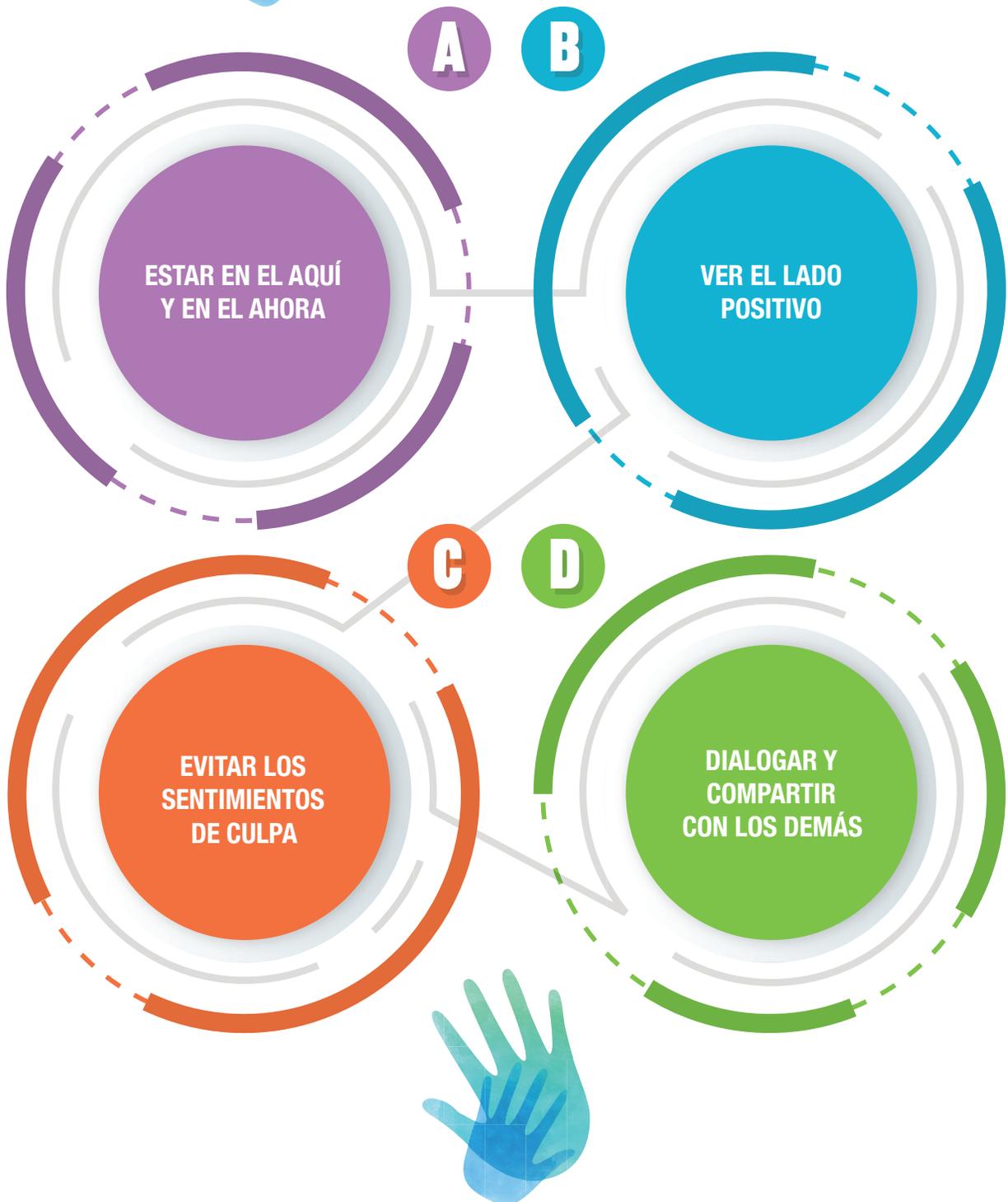
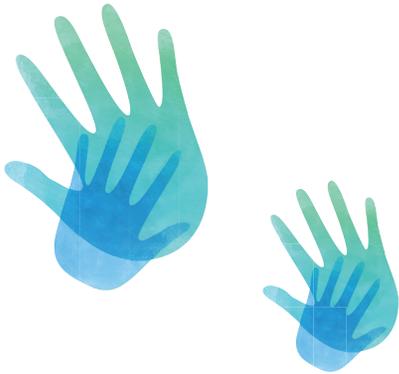
- ▶ Destinar un tiempo para sí mismo, evita: sensaciones de cansancio y malestar por la rutina; del mismo modo, previene las sensaciones de sobrecarga y estrés por las responsabilidades y las obligaciones.
- ▶ El autocuidado favorece y estimula periodos más largos de una atención prolongada, así como una sensación de tranquilidad, confianza y seguridad.
- ▶ Cuidar de nosotros mismos es importante para ser capaz de apoyar y cuidar a aquellos que amamos.
- ▶ Adaptarnos a los cambios puede tener un gran impacto en nosotros; es importante construir vínculos fuertes para relacionarnos con mayor confianza con los demás y recuperarnos ante los momentos difíciles y disfrutar de los buenos.

Señales de sobrecarga y cansancio del familiar y/o cuidador

- ▶ Aumento de irritabilidad.
- ▶ Pérdida de energía, fatiga.
- ▶ Asilamiento.
- ▶ Ansiedad.
- ▶ Cambios de humor.
- ▶ Dificultad para superar sentimientos de tristeza, nerviosismo.
- ▶ Tratar a otras personas de forma desconsiderada (faltas de respeto y/o desinterés por los demás).
- ▶ Sentimientos de culpa recurrentes.

Señales de sobrecarga y cansancio del familiar y/o cuidador

- ▶ Dedicar tiempo de calidad y no de cantidad, durante la atención, interacción y convivencia.
- ▶ Compartir la carga de trabajo de las necesidades físicas y emocionales; promover un acompañamiento mutuo.
- ▶ Formar una red de apoyo para manejar, enfrentar y superar los retos familiares que se presentan.
- ▶ Compartir habilidades y destrezas de cada uno de los integrantes de la familia, para lograr una mejora en la atención y el manejo



A) Estar en el aquí y en el ahora

“Disfrutar los momentos de felicidad y actuar en momentos difíciles y/o de sobrecarga, ayuda a evitar pensamientos y situaciones falsas que produce anticipaciones negativas y fatalistas de la vida”.

B) Ver el lado positivo

“Apreciar lo bueno de cada día, favorece el disfrute en plenitud, produce mayor receptividad (mayor sensibilidad) y brinda fortaleza para cambiar las experiencias de la vida”.

C) Evitar los sentimientos de culpa

“Cuando las emociones negativas toman el control de nuestra mente, produce decepción e irritabilidad, un estado de shock, además afecta la auto percepción, el desempeño y la productividad, por lo que es necesario ser proactivos acerca del futuro y elegir tomar el control de las emociones”.

D) Dialogar y compartir con los demás

“Comunicarse y compartir con otras personas que se han enfrentado retos y preocupaciones similares, nos ayuda reconocer nuestro estado emocional, ubicar experiencias y estrategias que son útiles para mantener el contacto con los demás, entender mutuamente y manejar los momentos difíciles”.





Acrónimos



Principios Generales (PG): Incluye una definición por tipo de discapacidad, así como algunas recomendaciones acerca del: alcance que tiene la familia, otros tipos de discapacidad que pueden llegar a asociarse con cada uno de los tipos de discapacidad, lo que se conoce como “discapacidad múltiple”, lo que puede llegar a hacer (**HACE**) y finalmente lo que no puede llegar a hacer (**NO HACE**) el niño con este tipo de discapacidad, en relación a las habilidades y capacidades que puede o no llegar a desarrollar. Se pretende que estas familias de bajo nivel socioeconómico se remitan a estos y los utilicen para tener una mejor interacción con sus hijos.

Criterios para el Manejo y la Recuperación (CMR): Engloba Estrategias para la Estimulación Inicial (**EI**) y Estrategias para la Educación Preescolar (**EPE**), las cuáles son actividades e indicaciones por etapa del desarrollo de acuerdo al tipo de discapacidad, para que las familias de bajo nivel socioeconómico ubiquen algunas intervenciones prácticas para lograr una mayor confianza en el manejo de sus hijos.

Educación acerca de Sistemas de Apoyos (ESA): Abarca información acerca de los tipos de apoyo específico por tipo de discapacidad, así como recomendaciones generales para su utilización.

Discapacidad Motriz (DM): Se encuentra relacionada con las funciones cerebrales, así como con la comunicación entre el sistema nervioso y el cuerpo acerca de la adecuada interpretación de las sensaciones que llegan a él y la correcta realización de movimientos gruesos (movimientos generales de todo el cuerpo) y finos (movimientos que requieren más detalle y cuidado).

Discapacidad Visual (DV): Afecta directamente la percepción y la interpretación (es decir, el significado que se le asigna) de imágenes, esto puede ser de forma total o parcial. Por ende se ve afectado el reconocimiento e identificación de objetos ya conocidos o aquellos que se nos presentan por primera vez.

Discapacidad Auditiva (DA): Implica una dificultad entender, explicar y adquirir el lenguaje. El lenguaje es una forma de conceptualizar el medio, obtener conocimientos e información acerca de nuestras experiencias y comprender los eventos que nos rodean.

Discapacidad Intelectual (DI): Es una condición de vida que se caracteriza por limitaciones en el funcionamiento intelectual, sensorial y motriz que afectan el desarrollo: psicomotor, cognoscitivo y socio afectivo, por ejemplo: la adquisición de la lectura y la escritura, la noción de los números, los conceptos de espacio y tiempo, el juicio, etc.

Discapacidad Psicosocial debido a una enfermedad o trastorno mental (DPSC): se ven alteradas ciertas funciones y habilidades que puede llegar a tener un niño debido a los síntomas de alguna enfermedad o trastorno mental. Se manifiesta desde temprana edad, en áreas como las funciones cognoscitivas (como el pensamiento, el juicio, etc.) y las funciones psicológicas (relacionadas al estado de ánimo, las habilidades de interacción individual, social y comunitaria, la comunicación, la formación de vínculos afectivos, etc.). Con mayor frecuencia en las Estancias Infantiles se pueden llegar a atender, los siguientes: epilepsia/crisis epilépticas, debido a una enfermedad o trastorno mental, tal como: Epilepsia/crisis epilépticas, Trastornos de la conducta (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Autismo). Puede ser detectado tanto en el hogar, con el desempeño escolar, así como en la interacción en la comunidad.





Discapacidad Motriz (DM)

La discapacidad motriz se encuentra relacionada con una alteración en las funciones cerebrales, así como con el intercambio de comunicación entre el sistema nervioso y el cuerpo, para lograr una adecuada interpretación de las sensaciones y la correcta realización de movimientos gruesos (movimientos generales de todo el cuerpo) y finos (movimientos que requieren más detalle y cuidado).



Definición

Trastornos neuromotores que pueden ocurrir por una lesión o una anomalía en el desarrollo del cerebro. En algunos casos ocasionan una inmadurez en el cerebro, lo que no permite o dificulta el envío de mensajes del cerebro hacia los músculos, dificultando el movimiento y la esfera sensorial, perceptiva y psicológica (evitando percibir de forma adecuada los mensajes).

No son progresivos, lo que significa que no se agravan a lo largo del tiempo, sin embargo requieren de apoyos y ajustes.



Alcance de la familia

El involucramiento de la familia en la planificación, la toma de decisiones y la aplicación de algún tratamiento y/o rehabilitación es fundamental.

Diversos estudios han demostrado que el apoyo familiar y la determinación personal son dos de los factores más importantes para alcanzar las metas propuestas a largo plazo.

El dominar habilidades específicas, como caminar correctamente, es un enfoque importante del tratamiento diario, pero la meta final debe ser ayudarlos a que logren su autonomía y autosuficiencia.





Discapacidad Múltiple

Las contracturas musculares ocasionan que sea difícil la movilidad de las articulaciones, pero también puede ocurrir una falta de equilibrio que altera las funciones auditivas y visuales.

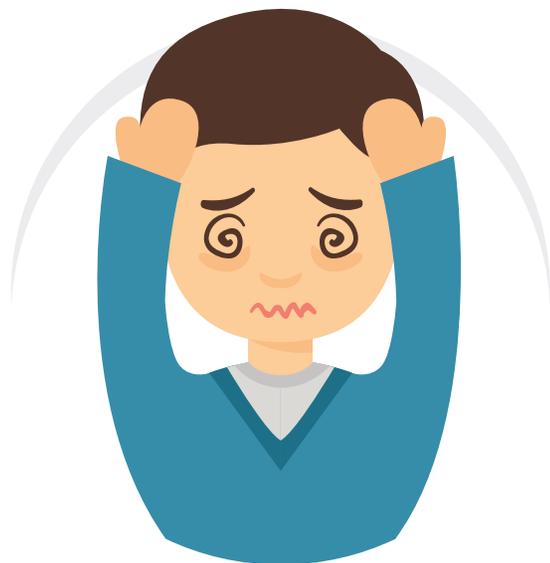
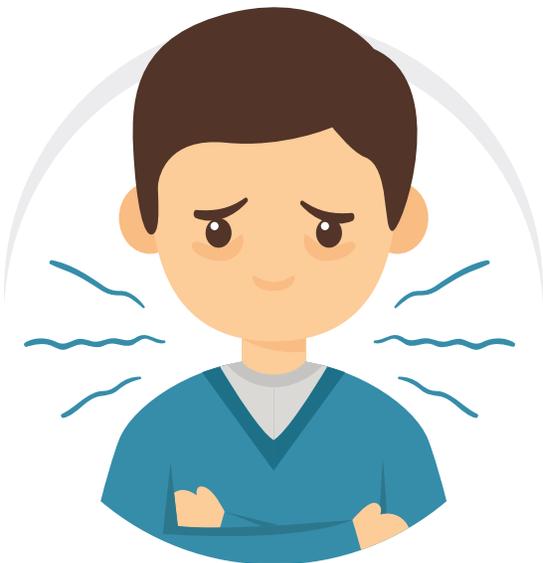
Pueden asociarse con otras manifestaciones:

- ▶ Problemas visuales y auditivos.
- ▶ Dificultades en el habla y el lenguaje.
- ▶ Discinesia: Dificultad en los movimientos voluntarios.
- ▶ Alteraciones perceptivas:

Agnosias: Alteración del reconocimiento de los estímulos sensoriales.

Apraxias: Pérdida de la facultad de realizar movimientos coordinados para un fin determinado o pérdida de la comprensión del uso de los objetos ordinarios, lo que da lugar a comportamientos absurdos. Incapacidad para realizar movimientos de manera autónoma.

Distractibilidad: Falta de atención.



Lo que puede llegar a hacer (HACE)

- Generalmente son trastornos que duraran toda la vida, por lo que requieren de cuidados a largo plazo, pero no afectan la expectativa de vida, es decir, pueden llegar a realizar por su propia cuenta, diversas actividades.
- El niño (a) puede mejorar sus movimientos, alcanzar un desarrollo intelectual y mejorar en el nivel de comunicación.
- Puede tener relaciones sociales y una vida plena satisfactoria.
- Puede asistir a la escuela, en la medida que mejore su capacidad de sentarse y moverse.
- Puede ser capaz de realizar tareas específicas como puede ser escribir. Lo antes mencionado depende de la severidad de las alteraciones o trastornos en la motricidad, así como de la constancia/colaboración de la familia en los programas específicos de rehabilitación.



Lo que no puede llegar a hacer (NO HACE)

- En ocasiones sus músculos, al estar contracturados no le permitirán alcanzar un tono muscular (parecerá “con poca fuerza o débil del cuerpo”), por lo que tendrá una debilidad permanente en el cuerpo.
- Se encontrara limitado el movimiento de sus articulaciones y puede causar la pérdida de las habilidades motoras adquiridas previamente.



Criterios para el Manejo y la Recuperación (CMR)

Estrategias para la Estimulación Inicial (EEI)

Los padres deben de estar entrenados en cómo realizar los ejercicios y además deben de:

- ▶ Conocer el desarrollo psicomotor normal del niño (a).
- ▶ Aprender a observar las conductas del niño(a).
- ▶ Conocer las técnicas de higiene y alimentación.
- ▶ Conocer programas de tratamiento y rehabilitación para emplearlos en el domiciliario.
- ▶ Buscar apoyos de: terapia física, terapia ocupacional, psicología y maestros de educación especial.

Programa de Rehabilitación

Un adecuado plan de rehabilitación debe incluir un programa de estimulación temprana integral, desde el nacimiento hasta los dos años de edad y debe proporcionar al niño (a) la experiencia necesaria para desarrollar al máximo su potencial psicomotor. Se debe elaborar un programa adecuado a sus necesidades.

Si un niño (a) no recibe los estímulos requeridos, sufrirá graves retrasos en su desarrollo psicomotor, no debe consistir en un entrenamiento para realizar funciones específicas, sino una interrelación con todas las áreas donde se va a desenvolver el niño (a) y mejorar sus habilidades motoras. A su vez, estimular la conducta adecuada a su edad, propiciando la interacción personal y social. Los objetivos del tratamiento deben ir encaminados a:

- **Normalizar el tono muscular**, por lo que se deben realizar movimientos terapéuticos específicos y no sólo ejercicios, para poder lograr el control de puntos clave, como: cabeza, cuello, tronco y pies para consolidar actividades como el gateo y caminar, etc.
- **Inhibir los patrones anormales de postura refleja**, es decir, facilitar las reacciones de enderezamiento y equilibrio, así como el uso de férulas y aditamentos inhibitorios.
- **Facilitar las posturas adecuadas** y los movimientos normales.

Áreas a estimular

Cada área se debe estimular de manera adecuada y en constante en una sesión de rehabilitación, es muy importante contar con la ayuda de los padres para poder continuar el tratamiento en su casa y/o comunidad. Estas áreas son:

- ▶ **Socialización, aprendizaje socio-cultural de los diferentes papeles, hábitos y comportamientos necesarios para hacer frente a las responsabilidades cotidianas de la vida (comportamiento y actitudes).**
- ▶ **Lenguaje y psicomotricidad, habilidades psicomotoras que le permitan un desarrollo integral. Se consideran las siguientes áreas:**
 - ▶ **Motora gruesa:** favorece el desarrollo motor y el equilibrio, fortaleciendo los músculos del cuello, espalda y miembros superiores. Se debe conseguir que sujete bien la cabeza, que camine solo, que suba y baje las escaleras, que logre saltar y agacharse, etc.
 - ▶ **Motora fina:** favorecer la coordinación viso-motora, cada movimiento de las manos se tiene que transformar en punto de atención, para lograr dimensionar y mover un objeto (mirarlo, intentar cogerlo y posteriormente manipularlo). El niño (a) debe ir adquiriendo habilidades según su etapa de desarrollo.
 - ▶ **Esquema corporal:** el niño (a) debe conocer su propio cuerpo (partes y funciones).

Los padres y/o la familia constituyen el pilar fundamental para la integración del niño(a) y su independencia.

Los padres deben estar muy cercanos a sus hijos en particular durante los primeros tres años de vida, ya que en esta etapa, el niño construye su conocimiento del mundo. Deben permitir la integración plena de su hijo en las actividades del hogar, pues las actitudes de sobreprotección suelen limitar el funcionamiento en el ambiente familiar y comunitario. Los maestros, deben involucrar en la inclusión educativa a los padres, por ejemplo, planeando y realizando el material didáctico que éste va a necesitar.

Es importante que busquen apoyo psicológico terapéutico, para que sepan comprender y guiar a sus hijos, porque desconocen qué puede hacer y cómo pueden ayudarlos. Conviene reunirse frecuentemente con ellos, para ayudarles a descubrir las capacidades de los niños(as).



Aspectos relacionados con el espacio físico

- ▶ Preparar los espacios físicos del aula, de manera que se eliminen las barreras arquitectónicas, construyendo rampas o emparejando terrenos irregulares, ensanchando puertas, adaptando baños, poniendo barandales en las escaleras, gomas antideslizantes para facilitar la movilidad y el desplazamiento de los niños (as) que utilizan silla de ruedas, bastones, muletas u otros elementos de ayuda para el gateo y la marcha.
- ▶ Preferir por salas, cuartos y aulas en el primer piso, donde permanezca el niño (a), en el caso de que no se cuente con rampa o ascensor.
- ▶ Modificar la altura de tableros, espejos, percheros, para que puedan estar al alcance y ser utilizados por todos.
- ▶ Adecuar puertas y mobiliario escolar para que pueda trabajar junto con sus compañeros de grupo.
- ▶ En el caso de niños(as) con dificultad en la funcionalidad de las extremidades superiores (brazos y manos), se sugiere fijar el material a la mesa de trabajo, agrandar el formato de las actividades gráficas (dibujos), simplificar y crear material de apoyo, para facilitar la manipulación y la prensión de algunos instrumentos pedagógicos (lápices, pinceles, tijeras, plumones, etc.).
- ▶ Para el uso del baño es necesario hacer algunas adaptaciones que brinden independencia al niño (a), como: poner barandas laterales en la taza de baño, en dónde se pueda afirmar, especialmente en las transferencias de la silla de ruedas a la taza del baño. De no contar con un buen tono muscular, se deberá auxiliar al niño para que este pueda ir al baño.
- ▶ Probar con diferentes adaptaciones en las prendas de vestir: reemplazar cierres, botones por velcro, utilizar botones grandes, usar ropa con elástico en vez de cierre.
- ▶ Ubicar un espejo inclinado para que el niño (a) en silla de ruedas o con una altura menor a la de sus compañeros pueda integrar una imagen de si mismo y así integrar su autoconcepto.
- ▶ Contar con una llave adecuada en el lavamanos para ser manipulada con facilidad por niños (as) que usen ayudas funcionales o que tengan disminuida la fuerza muscular.



Tipos de Apoyo

Es muy importante conocer el medio ambiente en que viven los niños con discapacidad motora, para conocer sus necesidades y ver que recursos debemos adecuar, de acuerdo a su edad y su capacidad funcional, si se cumplen estos requisitos serán de gran ayuda en su programa de rehabilitación y favorecerán la integración en la comunidad.

Estos apoyos deben ser prescritos por el experto, en este caso, el especialista en Medicina Física y Rehabilitación, su utilización debe ser supervisada por los integrantes del equipo que diseño, aplica (familia y cuidadores) y vigila el programa.

Algunos apoyos que requieren estos niños, pueden ser:

- ▶ **Ortésis:** son férulas para mantener alineadas las articulaciones de las manos y los pies, evitar dolor y deformidades, además de ayudar a la función de las extremidades superiores e inferiores.
- ▶ **Uso de plantillas y adecuaciones a los zapatos.**
- ▶ **Muletas, andaderas.**
- ▶ **Sillas de ruedas manuales o eléctricas, triciclo.**
- ▶ **Cubiertos y utensilios de cocina adaptados.**
- ▶ **Aditivos para vestirse (velcro en vez de botones o cierres).**
- ▶ **Asiento para sanitario, barandales, ayudas para alimentación.**
- ▶ **Adaptaciones al mobiliario, las cuales debe hacerse según las características y necesidades individuales, por ejemplo mesas con reborde, mesas de plano inclinado, soportes colocados encima de la mesa para ayudar a controlar la postura, sillas con reposacabezas, reposabrazos y reposapiés.**
- ▶ **Pañales absorbentes que permitan que los niños tengan mayor independencia y evitan contratiempos al querer ir al baño.**
- ▶ **Juguetes y juegos didácticos, se pueden adaptar mediante la utilización de material imantado.**
- ▶ **Material de papel y cartón que se puede plastificar para mantenerlo en buen estado.**



Recomendaciones para su utilización

La estructura de las sillas de ruedas es bastante pesada, a medida que los niños (as) crecen requieren menos apoyo con su utilización. Las andaderas son actualmente plegables por lo que resultan accesibles. Estas opciones, son relativamente caras, las primeras varían entre 1000–2000 pesos mexicanos, las segundas varían entre 500 y 800 pesos mexicanos.

En este sentido siempre existe la posibilidad de contactar con los especialistas y los hospitales donde dan tratamiento al niño (a) para preguntar acerca de la renta y/o compra de estos apoyos que previamente han sido usados.

Las ayudas para el baño, consisten en baños portables o adecuaciones que se colocan sobre la taza del baño, gracias a estas resulta accesible apoyar al niño (a). Del mismo modo, alternativas como hacer uso de los pañales absorbentes permite que los niños (as) no tengan accidentes al querer ir al baño.

Se deben eliminar las barreras físicas o arquitectónicas, por ejemplo: rampas con inclinación no mayor de 6 grados con barandales, ampliar los accesos y garantizar las puertas con una apertura de 100 cm, facilita la movilidad.

Los niños con discapacidad motora, presentan características particulares que inciden en su proceso de aprendizaje por lo que el proceso educativo, debe proveer los apoyos necesarios con los materiales didácticos/educativos.





Discapacidad Visual (DV)

La discapacidad visual se refiere a las alteraciones que ocurren entre la percepción y la interpretación de imágenes visuales, es decir, el significado total o parcial que se le asigna a las formas, figuras y objetos que son detectados. Por ende se ve afectado el reconocimiento e identificación de objetos ya conocidos o aquellos que se presentan por primera vez.



Definición

Dificultad relacionada con una disminución o pérdida de las funciones visuales.

Puede originarse por un inadecuado desarrollo de los órganos visuales o por padecimientos o accidentes que afecten los ojos o en su defecto las vías visuales en el cerebro. Ocurre en diferentes edades y muestran una evolución distinta, de acuerdo con la edad de aparición.

Un bebé que nace con un cambio, alteración o limitación visual debe construir su mundo por medio de imágenes fragmentadas (si tiene una visión disminuida), por lo que comúnmente integra su mundo con base a la información que recibe del resto de los sentidos.

En cambio, un adulto que pierde la vista debe reconstruir con recuerdos su mundo.

Se puede clasificar en: profunda (discapacidad para realizar tareas visuales gruesas e imposibilidad para realizar tareas de visión a detalle), severa (realiza tareas visuales con inexactitud. Requiere tiempo para ejecutar una tarea, y otras ayudas) y moderada (efectúa tareas con el apoyo de lentes e iluminación similares a personas con visión normal).



Alcance de la familia

Los niños (as) con discapacidad visual (sin otra discapacidad, limitación o alteración agregada) logran integrarse y realizar la mayoría de las actividades junto con el resto de sus compañeros, siempre y cuando se les ofrezcan apoyos específicos.



Las familias que tienen algún niño con discapacidad visual, pueden acudir a talleres acerca de algunos aspectos como “la prevención de las dificultades visuales”, “las estrategias que apoyan y posibilitan el desarrollo, los tipos de requerimientos que requiere asociados a sus capacidad y/o grado de severidad”, “nociones básicas del Braille” o bien, acerca de los diversos elementos, que existen actualmente en el mercado, para el acceso a la información y su comunicación.



Discapacidad Múltiple

Muchas veces la discapacidad visual no se presenta sola. Algunos niños también presentan otros problemas, por ejemplo: auditivos, intelectuales o motrices. Las que más frecuentemente están asociadas son la discapacidad auditiva e intelectual.

El aprendizaje de niños (as) con discapacidad múltiple es más lento, realizan movimientos torpes, falta de coordinación, prestan poca o nula atención cuando se les habla. Se muestran distraídos.

En el caso de niños (as) con discapacidades más severas, conviene realizar lo siguiente:

- Establecer una forma de comunicación, por ejemplo: con sonidos y luces, con el objetivo de diseñar actividades que promuevan su autonomía y su integración social.

Los niños (as) sordo-ciegos sólo pueden usar el tacto y el olfato, comunicarse con ellos no es difícil, pero es necesario tener el conocimiento requerido, en la mayoría de los casos se recurre a un sistema de comunicación manual, se trata de que se expresen con las manos sus ideas, pensamientos e intereses, hacer uso de sus manos sobre las manos de otra persona, para captar el mensaje que se transmite. Las manos son su principal instrumento de comunicación.

Sus causas más frecuentes son enfermedades infecciosas como: rubéola, meningitis, retinitis pigmentaria (deficiencia visual).

Al igual que ocurre con los deficientes visuales, el colectivo de sordo-ciegos es muy amplio y heterogéneo, el problema afecta de distinta manera a cada niño (a), según la edad de aparición, aunque básicamente podemos distinguir cuatro grupos principales:

1. Los sordos ciegos congénitos y todos aquellos que quedan sordociegos antes de la adquisición del lenguaje.
2. Los sordos congénitos cuya ceguera aparece algunos años más tarde, como sucede con el síndrome de Usher (enfermedad hereditaria que consiste en la combinación de la retinitis pigmentaria y la sordera).
3. Los ciegos congénitos cuyos problemas de audición se manifiestan con posterioridad.
4. Los sordos ciegos tardíos, en quienes se presentan las dificultades en la vista y el oído después de adquirir el lenguaje.

Lo que puede llegar a hacer (HACE)

El proceso de desarrollo de la percepción visual en el caso de niños con cambios, alteraciones o limitaciones visuales y con visión residual limitada (baja visión), se realiza de forma distinta. Su percepción visual se detiene a no ser que se reciba algún apoyo o estimulación visual para “aprender a ver”.

Los niños (a) con discapacidad visual deben adentrarse a descubrir y construir el mundo por medio de otras sensaciones mucho más parciales, como olores, sabores, sonidos, tacto y quizá imágenes segmentadas de los objetos. El apoyo que reciban en las estancias y desde casa influirá de forma importante en esta construcción, pues en la medida que descubran sus posibilidades y sus habilidades podrán elaborar una autoimagen positiva indispensable para su integración escolar y social. Por lo tanto:

- Tenemos que orientar la relación positiva y natural de todos los miembros, dar a conocer los requerimientos especiales asociada a discapacidad visual, evitando hacia ellos la sobreprotección o el rechazo. Fomentar en los niños (as) la autonomía e independencia, brindando el apoyo estrictamente necesario para su desenvolvimiento.
- Destacar en la comunidad educativa, las fortalezas y posibilidades de desarrollo de los niños (as) con discapacidad visual, evitando centrarse en su déficit o en los problemas que presenta.
- Realizar trabajo colaborativo con el equipo de padres y docentes de las unidades educativas. También se puede solicitar este apoyo desde otra institución o centro que pueda prestar esta ayuda.
- Compartir información actualizada de los avances, logros, necesidades y desarrollo de los niños (as) con discapacidad visual, para integrarlos.
- Incorporar la participación de los niños (as) con discapacidad visual en las distintas actividades programadas dentro y fuera de la escuela y la casa como paseos recreativos, salidas pedagógicas, excursiones, reuniones familiares, etc.



Lo que no puede llegar a hacer (NO HACE)

Algunos niños (as) con discapacidad visual dependiendo de la severidad de su padecimiento, no van a recuperar la visión en su totalidad. Por lo que se debe informar a la familia y a todos los miembros del programa acerca de la importancia de su integración en la vida diaria, así como la relevancia de esto para su autonomía, autoestima y confianza básica.

Una vez que se detecten sus posibilidades y sus habilidades podrán promover y fortalecer una autoimagen positiva indispensable para su integración escolar, familiar y social.

Pueden lograr mediante el uso de los recursos tecnológicos el manejo del texto con un diseño amplificado o contraste de colores para personas con debilidad visual o problemas de visualización del color. O bien, aquellos que proporcionan información en Braille, lectores de texto y elementos sonoros para personas con ceguera.





Estrategias para la Estimulación Inicial (EEI)

Los niños (as) con discapacidad visual logran integrarse y realizar la mayoría de las actividades junto con el resto de otros niños (as) de su edad siempre y cuando se le ofrezcan apoyos específicos, por ejemplo:

- Hablarle y colocar su cara cerca de la cara de la madre, haciendo contacto.
- En la medida de lo posible acercarle juguetes u objetos que tengan alguna textura y olor diferentes, y si es posible sonido.
- Colocar sus manos en la boca de la madre para que sienta la vibración.
- Si comienza a decir palabras que no se refieren a lo que en realidad quiere la madre, se le repetirá la palabra correcta.
- Imitar los sonidos que hace y hacer contacto físico con él.
- Anticipar lo que va a suceder, por ejemplo: si se le va a dar de comer, ponerle siempre un babero para que no se manche, asegurándonos que haga contacto con él, y si se va a bañar, dejarlo que toque la toalla.
- Hacerle cosquillas para estimular la risa.
- Organizar una rutina de actividades fijas para horas de comida, baño, siesta y sueño. Esto es muy importante para que el niño (a) pueda darse cuenta del tiempo.
- Poner al bebé en alguna posición que le permita tener las manos libres para explorar
- En la medida de lo posible acercarle juguetes u objetos que tengan alguna textura y olor diferentes, y si es posible sonido.
- Si comienza a decir palabras que no se refieren a lo que en realidad quiere la madre, se le repetirá la palabra correcta.
- Imitar los sonidos que hace.



Estrategias para la Educación Preescolar (EEP)

Con la finalidad de que ajuste las actividades a la capacidad del niño (a) y conforme a sus necesidades y su grado de discapacidad visual:

Una vez que se detecten sus posibilidades y sus habilidades podrán promover y fortalecer una autoimagen positiva indispensable para su integración escolar, familiar y social.

- **La forma en que ve mejor.** Verificar distancia, iluminación y tamaño y color de objetos o imágenes.
- **El apoyo que requiere para desplazarse.** Considerar si sólo necesita indicaciones verbales, si conoce el camino y se desplaza sin dificultad, si hay que señalarle un objeto o lugar que le sirva de referencia (por ejemplo, el árbol afuera del salón o la ventana del aula) o bien si requiere de un compañero que lo guíe.
- **La forma en que recibe la instrucción.** Tomar en cuenta si comprende bien la instrucción de la actividad y si tiene conocimientos previos de los objetos o acciones que se van a utilizar o efectuar.
- **El acceso a los materiales por medio del tacto.** Si es posible, animarlo a que toque el material que se le presente.
- **Las adecuaciones a los materiales.** Revisar si los materiales favorecen que el niño (a) desarrolle la actividad (por ejemplo, los dibujos realizados con silicón o la tabla de dibujos con malla de alambre).

A continuación se describen actividades planeadas para que el niño (a) interprete y utilice de mejor forma los estímulos con los que cuenta.

- **Preséntale los objetos a la altura de los ojos y de frente** o bien hacia donde se sabe que mira los objetos; este aspecto se detecta con base en la evaluación funcional visual.
- **Busca las mejores condiciones de iluminación.** Si requiere mucha luz, enciende la luz o ubica un lugar cerca de la ventana; si requiere poca iluminación, disminúyala por medio de lentes oscuros, gorras o papeles pegados en las ventanas.
- **Si únicamente cuenta con baja visión, ofrecerle objetos que contrasten**, es decir, de color muy diferente al fondo, por ejemplo: negro y blanco, azul y amarillo. Por tanto, tener a la mano papeles de diferentes colores para colocar sobre la mesa en caso de necesitarse un cambio de fondo, por ejemplo: si se ponen semillas de frijol negras en una mesa café, no habrá tanto contraste, así que se recomienda colocar papel blanco en el escritorio para crear el contraste.
- **Reforzar todas sus respuestas y prestar atención a las respuestas del niño (a) con discapacidad visual**, durante las actividades de grupo.
- **Registrar las respuestas del niño (a) en un cuaderno especialmente dedicado al seguimiento de sus avances.**

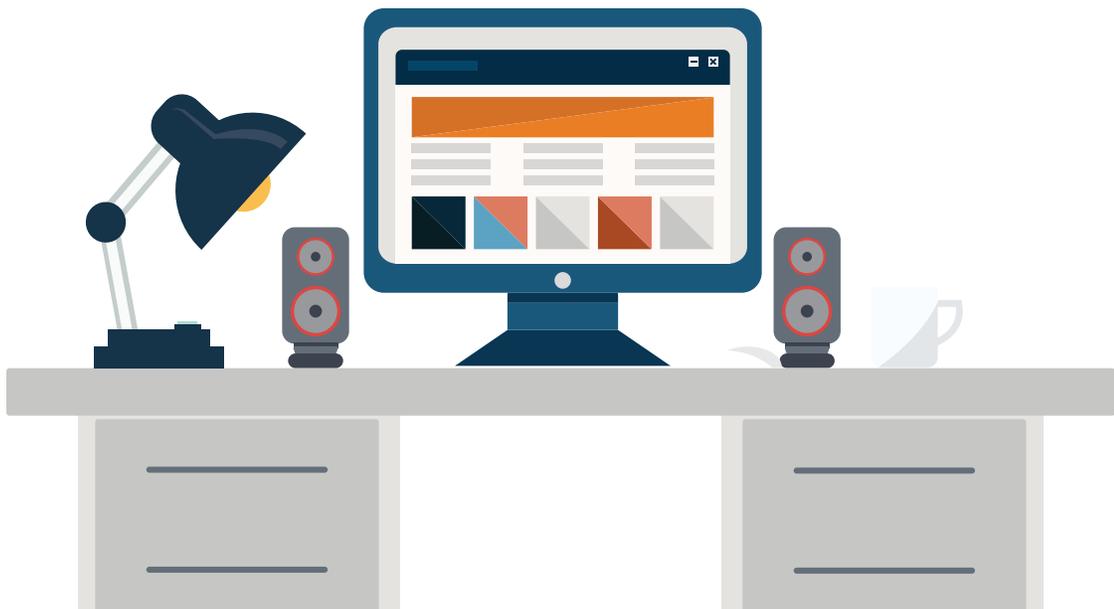


Tipos de Apoyo

El Sistema Braille es el que se utiliza para poder escribir y leer textos, libros y documentos. *El libro hablado, son libros grabados y que los niños con discapacidad visual pueden escuchar.*

Gracias a los avances tecnológicos, los niños con discapacidad visual, cuentan con la posibilidad de manejar en forma autónoma una computadora personal. A lo largo de estos años los dispositivos y software han ido evolucionando y en la actualidad permiten que un niño con discapacidad visual opere una computadora, teléfono o algunos juguetes de la misma manera que una persona con vista. Es variado el espectro de posibilidades existentes tanto en lo que se refiere a programas como a dispositivos que permiten adaptar la computadora para ser utilizada por una persona ciega o con baja visión.

Actualmente hay aproximadamente 10 programas específicos para niños con discapacidad visual entre los que podemos mencionar: JAWS Windows, NonVisual Desktop Access, Lector de pantalla Orca, Lector de pantalla Supernova, Sistema de Acceso To Go, Sistema de acceso independiente, Trueno, Window-Eyes, Braille Note, Window, Blazie, todos ellos basados en sistemas de lectura de pantalla y conectados a una bocina, para que puedan escuchar los textos.



Recomendaciones para su utilización

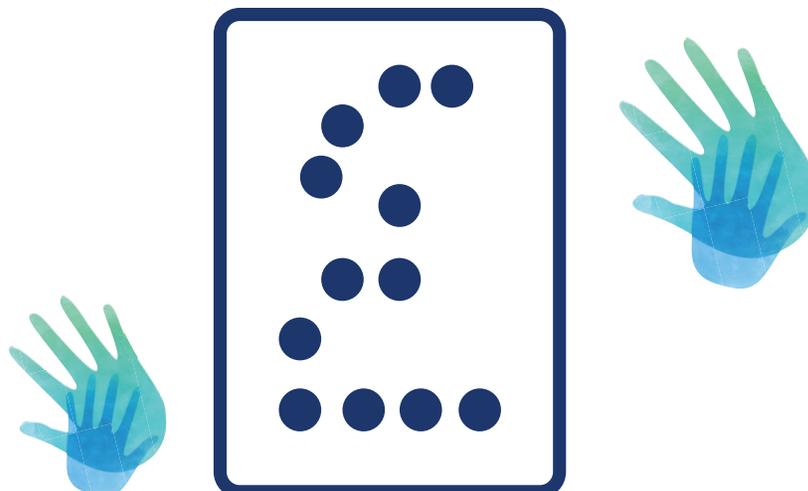
El sistema Braille utiliza una serie de puntos en relieve que se interpretan como letras del alfabeto y es utilizado para aprender a leer y escribir.

Existe una gran variedad de programas que se instalan en la computadora y permite que las personas ciegas puedan ubicarse entre el teclado y la pantalla de tal forma que son capaces de trabajar con otros programas en su computadora. Estos programas son parlantes y le indican a la persona ciega todos aquellos elementos que nosotros vemos. Por ejemplo, la computadora “dice” archivo, documento nuevo, abrir, cerrar, guardar, etc. y es capaz de leer archivos de texto ya sea por letra, palabra, renglón o párrafo.

En la actualidad existe gran diversidad de actividades que pueden desempeñar los niños (as) ciegos o de baja visión, de tal manera que con atención temprana, entrenamiento en habilidades sociales, de movilidad y ayudas adecuadas, la mayoría de los niños (as) con discapacidad visual pueden desplazarse y llevar a cabo las actividades cotidianas sin dificultad y de forma autónoma.

Otras generalidades relacionados con el ambiente físico

- ▶ Asegurarse que todos los espacios se encuentren bien iluminados y señalizados, a fin de favorecer la percepción visual de todos los niños(as).
- ▶ Preocuparse siempre de mantener a la vista como en el diario mural del centro educativo el alfabeto en Braille y láminas que cuenten con color y relieve. Se sugiere que este alfabeto incluya también su correspondiente equivalencia en tinta.





Discapacidad Auditiva (DA)

La discapacidad auditiva implica una alteración en el sistema auditivo que afecta la forma de entender, explicar y adquirir el lenguaje. Por lo tanto, una alteración en la audición puede llegar a afectar el proceso para adquirir el lenguaje y la forma en la que se conceptualiza el medio, se obtienen los conocimientos y la información acerca de las experiencias y los eventos que nos rodean.



Definición

Dificultad para percibir los sonidos, conlleva limitaciones para adquirir conocimientos e información acerca de nuestras experiencias y de los demás. Conforme a la duración, las pérdidas auditivas son:

- ▶ **Temporales.** Disminución de la audición de forma espontánea y durante un tiempo definido. Pueden ser causadas por un tapón de cerumen en el canal auditivo, ausencia o malformación de la aurícula y del conducto auditivo externo o infecciones en el oído.
- ▶ **Permanentes.** Pérdida irreversible que permanecerá durante toda la vida.

“Algunos tipos son: sordo, con dificultad para adquirir el lenguaje, con dificultad para producir correctamente los sonidos del habla y los niños (as) que emiten sonidos guturales no entendibles”.



Alcance de la familia

La familia juega un papel decisivo ya que ayuda a verificar o descartar posibles factores que puedan ser causa de pérdida auditiva, cuentan además con la información necesaria acerca de los cambios y avances logrados mediante un cuaderno (bitácora de síntomas y signos). Estos integran a los niños (as) con discapacidad auditiva en el hogar y/o la comunidad.



La familia requiere psicoeducación acerca de las implicaciones de la discapacidad auditiva, así como los apoyos que pueden desempeñar, tal como: ayudar en la comunicación con terceros con el personal de los servicios de salud, el manejo del lenguaje de señas en el ambiente familiar, el desarrollo del apego y del vínculo con la madre o el cuidador, el entrenamiento en habilidades sociales (con énfasis en la comunicación verbal y no verbal y la percepción y procesamiento sensorial).



Hay que recordar que el sistema familiar tiene:

- Fortalezas (la capacidad de trabajo, la lealtad y compromiso de ayudarse, el respeto).
- Debilidades (dificultades en las relaciones).
- Estructura, organización y funcionamiento específico que se encuentra marcado por la historia, la cultura de origen, los mitos, etc.

Todos los componentes del sistema familiar configuran el entorno de influencia del niño (a) y a su vez motiva la intervención temprana, pueden ofrecer recursos importantes para el cambio, manejo y recuperación de algunas de las habilidades y capacidades. Del mismo modo pueden bloquear el proceso de intervención impidiendo el cambio y desarrollo del niño (a), así como de la familia.



Discapacidad Múltiple

La discapacidad auditiva se va a acompañar de alteraciones del lenguaje y del aprendizaje.

- ▶ **Las alteraciones o trastornos del lenguaje**, incluyen problemas para entender lo que otros dicen (lenguaje receptivo) o dificultad para compartir ideas (lenguaje expresivo).
- ▶ **Las alteraciones para escuchar**, son una limitación que demora el dominio de las habilidades del lenguaje, pensamiento y habla; también pueden existir alteraciones en la conducta, el desarrollo social y emocional, en el hogar y la comunidad.

Cuando no tienen otras deficiencias asociadas, estos niños tienen una capacidad intelectual similar a la que poseen los oyentes, aunque su desarrollo cognitivo puede verse limitado, en algunos casos, por sus dificultades lingüísticas, la regulación del comportamiento, los sentimientos de inseguridad y las dificultades en sus relaciones sociales, ocasionadas por el desconocimiento de las normas sociales, que son también una consecuencia de las limitaciones en la audición.

Lo que puede llegar a hacer (HACE)

Si el niño (a) con discapacidad auditiva es detectado, recibe tratamiento y rehabilitación de manera oportuna, puede tener un desarrollo funcional. Algunas de estas habilidades y capacidades son:

- ▶ **Lectura labial**, es una técnica aplicada principalmente por sordos, en la cual sonidos y palabras emitidas por el interlocutor son captadas por la lectura (interpretación) de los movimientos de sus labios. Se basa en entender la palabra interpretando los movimientos de los labios (visemas) y el resto de los gestos, con los que el interlocutor acompaña a la emisión de la palabra (gestos de la cara, ojos, cuello e incluso el cuerpo). Contribuye a que se perciba el lenguaje oral.
- ▶ Si utiliza auxiliares auditivos (recomendados para niños (as) que tienen pérdida moderada y hasta severa). Se incrementara la intensidad de los sonidos.
- ▶ Con el uso de implantes cocleares (indicados en los casos de pérdida auditiva de severa a profunda en ambos oídos), los niños (a) con desarrollo previo del habla y del lenguaje obtienen generalmente mejores resultados; sin embargo, un periodo prolongado de pérdida auditiva profunda puede limitar los beneficios del implante.

Lo que no puede llegar a hacer (NO HACE)

Los niños (a) con discapacidad auditiva severa difícilmente pueden alcanzar el lenguaje y lectura oral en su totalidad. *Sin embargo, la inclusión plena del niño (a) tanto en la escuela como en las actividades del hogar, se puede lograr con un programa adecuado de rehabilitación. Para el logro de lo anterior, es importante evitar las actitudes de sobreprotección las cuales pueden limitar el funcionamiento del niño (a) con discapacidad dentro de su ambiente familiar, escolar y comunitario.*

- Es necesario comprometer a los padres en la inclusión educativa de su hijo(a), de tal manera que los padres puedan participar en la estimulación auditiva, el uso de auxiliares auditivos, hablarle con frases completas y cortas, utilizar los objetos y dibujos para que el niño (a) haga la relación entre palabra y objeto.
- Esto se favorecerá realizando material didáctico que su hijo (a) va a necesitar en su entrenamiento.





Estrategias para la Estimulación Inicial (EEI)

Se incluyen en el programa de rehabilitación, aspectos generales de la rehabilitación motriz, debido a que favorecerá a la rehabilitación integral de los niños (as) con discapacidad auditiva. *Del mismo modo, se menciona lo relacionado al desarrollo afectivo. Algunas de las acciones que se pueden realizar son:*

- Colocarlo frente a objetos de colores primarios (rojo, verde y azul) llamativos; mover los objetos lentamente en sentido horizontal para que los siga con la mirada. Expresarle el nombre de los objetos.
- Mientras lacta hay que hablar, cantar y abrazar con cariño al niño (a). Escuchar voces y sonidos familiares favorecerá el desarrollo de la memoria, a través de la vibración.
- Si emite algún sonido, repítelo; si se ríe, repetirlo y hacerlo también. Cuando se le hable, hacerlo suavemente pero cerca del oído del niño (a) o de su cara para que también sienta las vibraciones de la voz.
- Comunicarle todo lo que está pasando, si es manipulado (por ejemplo: si es levantado por un adulto, abrazos, etc.).
- Proporcionarle una sonaja con luces sobre la cuna (20 cm), para que pueda tocarla con sus manos cuando esté acostado. Estimularlo con luces y colores para que descubra el mundo.
- En posición semisentado (con apoyo) darle objetos en sus manos y expresarle su nombre para que el niño (a) haga la relación entre palabra y significado.
- Motivarlo a que haga sonidos. El niño (a) debe intentar seguir algunas acciones sonoras.
- Indicarle el nombre de las cosas y su función. Darle objetos para que los golpee y los deje caer.
- Contarle historias, conversar y repetirle sílabas para que las pronuncie; él tratará de expresar sus ideas.
- Cuando se le señale un objeto, exprese su nombre.
- Puede iniciar dándole algunas señas de uso común, como “dame” (expresarlo con las manos), “no” (indicarlo con las manos, dedos y cara) entre otras.
- Animarlo a que salude con la manita y se despida de la misma forma.

- Ofrecerle objetos para que explore de qué están hechos o qué contienen en su interior; esto estimulará su espíritu investigativo.
- Darle botes o bolsas con fichas o monedas en su interior que hagan ruido y otros vacíos para que perciba la diferencia entre lo que se oye fuerte y lo que se oye poco.
- Realizarle preguntas sencillas relacionadas con lo que hace, con lo que hay a su alrededor o con lo que come. Compartir tiempo con él.
- Motivarlo para que intente copiar la acción.
- Utilizar señas para expresar “grande” y “chiquito”, y gestos para expresar cuando “sí se oye” y cuando “no se oye”. Si se observa que el niño (a) imita algunas señas, continuar usándolas cuando se refiera a determinados objetos o acciones por ejemplo: llevarse la mano a la boca indicando que van a comer.
- Hacer que el niño (a) lleve el ritmo de una música, golpeando las manos o un tambor (acercarlo para que sienta la vibración).

Desarrollo afectivo: Acariciarlo, darle masajes, cantarle y alimentarlo con cariño. Fomentar su alegría, risas y conversaciones con él. Hacer paseos al aire libre. Es muy importante reforzar el vínculo entre madre e hijo y priorizar las caricias, abrazos, arrullos, habla dulce y realizar suaves masajes al bebé. Elogiar las cosas que hace, mediante la sonrisa; esto lo animará a confiar en sí mismo. Integrarlo al entorno familiar. Estimularlo con distintas texturas.



A partir de los nueve meses o, en ocasiones, al año de edad, los niños(as) ya pueden comenzar a expresar sus primeras palabras, por lo que la estimulación debe continuar. Durante los primeros doce meses la estimulación del lenguaje está centrada en la comprensión, es decir, en ir ayudando al niño (a) a que comprenda que los objetos tienen nombre y que cada palabra tiene un referente en un objeto, por lo que es muy importante buscar diferentes colores y luces a través de juguetes con los que el niño (a) se relacione.

Después de los primeros cuatro años de vida se sigue dando el desarrollo neurológico, pero de una forma más compleja y basado principalmente en el lenguaje que ya ha adquirido; por eso es muy importante brindar una estimulación durante estos primeros años y motivarlo para que produzca sonidos.



Estrategias para la Educación Preescolar (EEP)

- ▶ Se debe informar sobre el grado de discapacidad auditiva, para evitar el desconocimiento, realizar juicios y acciones que podrían afectar el desarrollo y progreso.
- ▶ Se trata de adaptar materiales y actividades para el manejo y fomentar su desarrollo, siendo que cualquier ajuste puede potenciar sus habilidades.

Algunas de las estrategias que podría ser implementadas en el hogar y/o la comunidad son:

- ▶ Orientar la relación positiva entre los niños (as) con discapacidad auditiva, las madres, los padres y los cuidadores que los rodean, evitando hacia ellos la sobreprotección o el rechazo.
- ▶ Destacar las fortalezas y posibilidades de desarrollo, evitando centrarse en su déficit o en los problemas que presenta.
- ▶ Procurar que las madres, los padres, los cuidadores y la familia aprendan el lenguaje de señas, esto garantizara su inclusión en la comunidad.
- ▶ Integrar a la familia con el personal, equipo docente o especialistas, para formar una red de apoyos disponible.
- ▶ Reconocer los logros y avances del niño.
- ▶ Incorporarlos a otras actividades programadas

Aspectos relacionados al ambiente físico:

- ▶ Instalar material visual en paredes, especialmente de aquellos que guían los horarios y actividades de trabajo favorece la orientación y comprensión temporal (esto complementa las señales sonoras que generalmente son utilizados).
- ▶ Señalar con representaciones gráficas y en lengua de señas las partes de la casa, aulas y/o la comunidad, sobre todo las zonas de emergencia como son: la cocina, el baño, la azotea, las escaleras, etc.

- Procurar no rebasar los niveles máximos de sonidos (medidos en decibeles).
- Colocarse de manera cercana o frente a los niños (as) con discapacidad auditiva, en un lugar donde además tenga información visual de lo que ocurre en el ambiente.

Todos los niños (as) necesitan potenciar sus capacidades e integrarse en el ámbito social. Los niños (as) con discapacidad auditiva también tienen la necesidad de jugar; pero tienen poca iniciativa, por lo que imitan el juego de otro niño(a).

La participación intensiva de los padres en intervenciones o programas de educación, deben incluir lingüísticamente a los miembros de la familia. La coordinación en la familia, demuestra altos niveles en la mejora en el aprendizaje entre padres e hijos (as), así como actividades de aprendizaje. Por ejemplo, la familia, debe reconocer lo siguiente:

- Las competencias en la escuela, el ámbito socioemocional, el lenguaje, la alfabetización, la aritmética y las habilidades que tiene el niño.
- Observar de manera activa las prácticas eficaces para apoyar a su hijo.
- Fomentar un aprendizaje, comunicación e interacciones cálidas y crianza.
- Suministrar apoyo conjunto para la interacción en el hogar.

Al hablarle se debe dirigir de la misma manera:

- Frases que sean expresivas y repetitivas (adaptadas al ritmo y preferencias del niño).
- Favorecer la alternancia de turnos.
- Hablándole sobre cualquier situación o platica sobre cosas que le gustan.
- Pronunciando con claridad y normalidad. No acelerar ni disminuir la velocidad de la charla, respeta el ritmo normal de lenguaje.
- Colocarse a nivel del niño para que pueda ver los movimientos de los labios y la expresión de tu rostro. Asegurarse de que mira a la persona que le habla y sabe de qué se le habla. No puede mirar a la vez una imagen y seguir la lectura labial.
- No taparse la boca al hablar ni usar bigote grande.
- Llamar su atención antes de hablar, asegura su atención visual.
- Dirigirse a él en un lugar con buena iluminación y a corta distancia.
- Situarlo en las primeras filas.

- ▶ Repetirle lo que no haya entendido siempre que se lo pida o parezca confundido. Ser paciente. Asegurarse de que lo entiende.
- ▶ Sintetizar los puntos importantes que se han dado en la clase o en la explicación.
- ▶ Reforzar las preguntas o comentarios importantes que se hagan en el aula.
- ▶ Reforzar la palabra con la expresión corporal y la del rostro. Ayudarle a entender.

Es importante recordar que la información visual se debe apoyar con indicaciones, gestos y dibujos. *Por lo que hablar con normalidad, se debe no exagerar los movimientos de los labios ni gritar, ya que se deforma la posición y no entenderá.*



Tipos de Apoyo

Los estímulos como las imágenes, luces y colores (apoyos naturales) y los auxiliares auditivos, implantes, la lectura de labios, o el lenguajes de señas Braille y los grupos de apoyo (apoyos de servicio)

- ▶ Otras tecnologías, buscan hacer accesible toda la información a través de estímulos visuales o en su defecto la estimulación vibro táctil.

Recomendaciones para su utilización

Auxiliares auditivos

- ▶ Son aparatos de tecnología reciente para contar con un correcto funcionamiento y prolongar su tiempo de vida, requieren buen mantenimiento.
- ▶ La limpieza del auxiliar, ya sea externo o interno, debe hacerse a diario, para eliminar la acumulación de cerumen (cera). Se recomienda hacerlo con un paño seco o un cepillo, no deben emplearse líquidos en la higiene de este aparato. Una vez que el molde se separa del auxiliar, puede ser lavado con una solución jabonosa, periódicamente, recordar que únicamente el molde se lava.
- ▶ Las baterías y accesorios: Cuando el auxiliar no está siendo empleado, se recomienda extraer la batería para ayudar a extender su vida, así como para circular el aire en el auxiliar.
- ▶ Cada 6 meses el audiólogo tratante debe revisar los auxiliares en citas rutinarias de mantenimiento.
- ▶ En el caso de los auxiliares auditivos externos, los tubos que se colocan deben ser sustituidos 2 veces al año, ya que empiezan a perder la flexibilidad. Asimismo, el médico revisará el rendimiento del auxiliar y hará ajustes de ser necesario.
- ▶ Precauciones ante: calor, cera, caídas/golpes, humedad, productos para el cabello/ productos de maquillaje, productos químicos y mascotas.

Lenguaje de señas

► Para un niño (a) pequeño es fácil aprender completamente el lenguaje de señas. Al principio, el niño (a) empezará a entender las señas que usan los demás, sobre todo aquellas que refieren a las personas y las cosas que él ve todos los días. Después de que empiece a usar las señas que son importantes para él, aprenderá y usará muchas otras.

► Cada seña le ayudará a ir desarrollando su habilidad para comunicarse. Después de algún tiempo, podrá comunicarse con frases completas. Eso también le ayudará a su mente a desarrollarse. Si el niño en compañía de su familiar y cuidador aprenden juntos el lenguaje de señas, obtendrán mejores resultados.

Servicios de clínicas de salud, hospitales, escuelas y centros deportivos

► Es necesario establecer vínculos con organizaciones gubernamentales, que favorezcan la comunicación e inclusión de los niños que tienen esta discapacidad, resulta mejor si estos servicios cuentan con algún interprete/traductor y/o alguna persona que conozca el lenguaje o medios para comunicarse.





Discapacidad Intelectual (DI)

La discapacidad intelectual es una condición de vida que se caracteriza por limitaciones en el funcionamiento intelectual, sensorial y motriz que afectan el desarrollo: psicomotor, cognoscitivo y socio afectivo, por ejemplo: la adquisición de la lectura y la escritura, la noción de los números, los conceptos de espacio y tiempo, el juicio, etc.



Definición

Es una afección que incluye un funcionamiento intelectual general por debajo del promedio y una carencia de las destrezas necesarias para la vida diaria. Existen muchas causas que la ocasionan.

Los factores de riesgo que están relacionados, pueden abarcar:

- ▶ Infecciones (presentes al nacer o que ocurren después del nacimiento)
- ▶ Anomalías cromosómicas (como el síndrome de Down)
- ▶ Ambientales
- ▶ Metabólicas (niveles muy altos de bilirrubina en los bebés)
- ▶ Nutricionales (desnutrición)
- ▶ Tóxicas (exposición intrauterina al alcohol, la cocaína, las anfetaminas y otras drogas)
- ▶ Traumatismos (antes y después del nacimiento)



Los familiares son los primeros en sospechar la discapacidad intelectual, sobre todo ante las siguientes señales o signos:



- ▶ Falta de o retraso en el desarrollo de habilidades motoras, destrezas en el lenguaje y habilidades de autoayuda, especialmente cuando se compara con otros niños (sus pares).
- ▶ Insuficiencia para lograr una madurez intelectual, hay presencia de un comportamiento infantil continuado.
- ▶ Falta de curiosidad o exploración acerca de los estímulos del mundo.
- ▶ Problemas para mantenerse atento en la escuela o en alguna actividad que requiera concentración.
- ▶ Incapacidad para adaptarse (ajustarse a nuevas situaciones).
- ▶ Dificultad para entender y acatar reglas sociales



Los signos de discapacidad intelectual pueden variar de leves a graves.



Discapacidad Múltiple

Algunos niños (as) con discapacidad intelectual también presentan otros problemas, por ejemplo alteraciones auditivas, de lenguaje y de la motricidad. El aprendizaje de niños (as) con discapacidad múltiple es más lento.

Podemos decir que los niños con discapacidad múltiple, afectadas en dos o más áreas, por ejemplo los niños con discapacidad intelectual y física requerirán de un manejo integral en todas las áreas que se encuentran afectadas. La discapacidad múltiple grave en la población en general es menor, ya que generalmente el área que se encuentra alterada se encuentra bien identificada, el número se reduce significativamente si las alteraciones, cambios o limitación son detectadas a tiempo.

Hay diversas causas y se clasifican de acuerdo a la etapa en que ha ocurrido la alteración en el sistema nervioso. *Se clasificarán como causas prenatales, perinatales o postnatales. Existen diferentes grupos y tipos de discapacidades entre las principales podemos mencionar las siguientes:*

- Grupo 1 Discapacidades sensoriales y de la comunicación
- Grupo 2 Discapacidades motrices
- Grupo 3 Discapacidades mentales
- Grupo 4 Discapacidades múltiples y otra



Lo que puede llegar a hacer (HACE)

Debido a que el 85% de los niños(as) con discapacidad intelectual se encuentran ubicados en el grupo leve, si se hace detección oportuna y referencia adecuada hay buenas expectativas para su rehabilitación. Un niño(a) con discapacidad intelectual leve, va a adquirir lentamente el lenguaje, la mayoría va a lograr independencia completa para el cuidado de su persona, realizar funciones como comer, asearse, controlar esfínteres y vestirse.

Algunas de las capacidades y funciones que puede llegar a alcanzar un niño con discapacidad intelectual leve, con apoyo familiar y/o comunitario, son:

- ▶ Percibir estimulación sensorial: visual, auditiva, olfativa, gustativa, táctil, cenestésica.
- ▶ Responder a “señales” emitidas por sí mismo, es decir, ser consciente de que él les atribuye intencionalidad comunicativa.
- ▶ Continuar y adquirir actividades habituales (alimentación, aseo, vestido, estimulación sensorial, fisioterapia, etc).
- ▶ Establecer rutinas, técnicas y estrategias de enseñanza específicas (modeladas por un adulto o algún niño de su misma edad).
- ▶ Percibir sensaciones corporales relacionadas con el aseo y la higiene personal.
- ▶ Desarrollar habilidades básicas de percepción, atención y memoria.
- ▶ Establecer relaciones causa-efecto entre sus acciones y las consecuencias que se producen.
- ▶ Desarrollar capacidades de anticipación y predicción de sucesos habituales y rutinarios.
- ▶ Percibirse a sí mismo como persona diferenciada del otro.
- ▶ Desarrollar un sentimiento de autoeficacia, confianza en sí mismo y mejora de su autoestima.
- ▶ Desarrollar habilidades comunicativas alternativas a conductas disruptivas.
- ▶ Desarrollar la capacidad de elección (ubicando sus intereses y preferencias).
- ▶ Participar e interactuar con el medio social.
- ▶ Desarrollar progresivamente de habilidades de independencia.
- ▶ Controlar y adaptarse a las condiciones ambientales.
- ▶ Aprender de los usos sociales propios de los entornos en los que se desenvuelven.
- ▶ Interés por actividades y entornos en los que puedan interactuar socialmente.

Lo que no puede llegar a hacer (NO HACE)

Los niños (as) con discapacidad intelectual no van a conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta. Se debe atender con apoyos familiares y/o comunitarios la adquisición de la capacidad de cuidado personal y las funciones motrices, las cuales están retrasadas, algunos niños son capaces de aprender lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo.

El 0.5% de los niños (as) con discapacidad intelectual se encuentran ubicados en el grupo de discapacidad severa y el profundo, a pesar de que van a presentar grandes limitaciones, se debe comunicar a la familia y con los integrantes de la familia, las ventajas de la integración en la comunidad, sobretodo para el desarrollo de la sociabilidad.



Criterios para el Manejo y la Recuperación (CMR)

Estrategias para la Estimulación Inicial (EEI)

Se tiene que tomar en cuenta que no se trata de casos clínicos, sino de niños (as) que pertenecen a una familia. Trabajar simultáneamente entre la familia, los compañeros, los maestros permite atender sus necesidades.

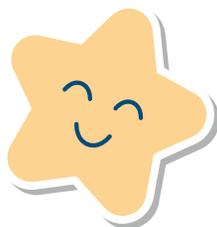
Los padres deben superar los prejuicios e ideas que paralizan y frenan el crecimiento individual, es decir, deben tocar, abrazar, aceptar, interactuar y jugar con sus hijos.

Como cualquier otro niño(a), poseen necesidades e intereses, es por eso que se utiliza material didáctico para favorecer el desarrollo integral del niño (a) y estimular las diversas áreas de desarrollo, como la coordinación motriz grueso y fino, el lenguaje, la socialización, la función cognoscitiva y la independencia personal. Se deben adecuar a las necesidades e intereses del desarrollo de cada niño (a).

Cualquier objeto puede ser un recurso si cubre el objetivo que se persigue; sobre todo si son cosas que se encuentran en casa. Incluso, un mismo juguete sirve para cubrir diferentes objetivos si se adapta y maneja correctamente.

Algunas intervenciones tempranas para favorecer el desarrollo integral del niño(a) y estimular las diversas áreas de desarrollo, como la coordinación motriz gruesa y fina, el lenguaje, la socialización, la función cognoscitiva y la independencia personal, pueden ser elaboradas con un poco de imaginación y creatividad:

- ▶ **Rodillo.** Utilizarlo a través del cuerpo, favorece la estimulación y el control de la cabeza. Puede servir como punto de apoyo del antebrazo y en ocasiones favorece la rotación sentarse, gatear y pararse. Los diferentes colores y texturas con que se les forre estimulan la sensopercepción visual y táctil, el rodillo con cascabeles también estimula la audición.
- ▶ **Cuña (colocarla como sostén en las partes del cuerpo, donde se requiera).** Favorece el contacto visual con otras personas, el control de la cabeza boca abajo y boca arriba, el apoyo en antebrazos boca abajo, una posición cómoda acostado de lado, una buena postura sentado, el rodar, el arrastre, el gateo y la progresiva marcha. El tamaño depende del uso que se le vaya a dar. El forrarla con diferentes colores y texturas favorece la sensopercepción visual y táctil.
- ▶ **Sonaja.** Estimula la atención y el seguimiento visual, la localización de la fuente sonora y el seguimiento auditivo, el olfato y el gusto. Permite la prensión de objetos con la palma de la mano y la coordinación ojo-mano.
- ▶ **Cascabeles con resorte.** Favorecen el descubrimiento de las manos y los pies, ya que verse los pies exige un mayor esfuerzo abdominal y una gran movilidad corporal; la localización del sonido también estimula el seguimiento auditivo, la atención y seguimiento visual.
- ▶ **Texturas hechas en casa.** Materiales elaborados con frijoles o masa ayudan a la percepción global del cuerpo del niño(a).
- ▶ **Pelotas.** Favorece el rodar, el arrastre y el gateo, entregársela en la mano facilita la coordinación ojo-mano. El tamaño varía de acuerdo con el uso que se requiera; los papás pueden elaborarla con material reciclado o papel periódico, telas y trapos envueltos.
- ▶ **Hamaca y rebozo.** Favorecen una postura alineada y adecuada de todo el cuerpo, estimulan el equilibrio corporal y ayudan a la relajación. El rebozo puede utilizarse para cargar al niño (a) y así propiciar el contacto corporal con la madre, que le transmite su propio ritmo al caminar.



Estrategias para la Educación Preescolar (EEP)

Realizar actividades que incrementen la atención, la memoria, el control conductual y el procesamiento de la información, en todas sus fases (entrada, proceso y salida de la información del mensaje que se transmite).

Se debe informar al resto de la familia acerca de la estimulación de las siguientes funciones en casa:

- ▶ Actividades para la comunicación que incluyan la capacidad de comprender y transmitir información a través de comportamientos simbólicos (dibujar los objetos de los que se habla, así como los significados que tiene) o comportamientos no simbólicos (movimiento corporal, expresión facial, tocar, gestos para explicar una acción concreta).
- ▶ Actividades para autocuidado como el aseo, alimentación, vestido, higiene y apariencia física (realizar juegos acerca de esto, mirar películas, modelar la actividad –esto quiere decir, ponerle el ejemplo).
- ▶ Juegos que expresen, actividades de la vida en el hogar, aquellas que implican actividades rutinarias que describan el funcionamiento dentro del hogar (cuidado de ropa, cuidado del hogar, preparación de comidas) o el comportamiento en el hogar, en la comunidad (establecer una conversación, comunicación de preferencias, interacción social).
- ▶ Actividades sociales, como intercambios sociales con otras personas, incluyendo el iniciar, mantener interacción, reconocer sentimientos, regular el comportamiento de uno mismo.
- ▶ Practicar con los niños, las conductas correctas, como las normas. Se recomiendan actividades para jugar socialmente: respetar el turno, ampliar la duración de la participación y aumentar el repertorio de intereses y habilidades.
- ▶ Actividades para la formación de la autodeterminación como aprender a seguir un horario, buscar ayuda en casos necesarios, resolver problemas en distintas situaciones y habilidades de autodefensa, salvaguardarse o protegerse ante una situación de peligro.
- ▶ Practicar actividades relacionadas con aprendizajes escolares, mantener contacto con las educadoras y las maestras para conocer sus recomendaciones en las técnicas que se deben practicar para escribir, leer, conceptos básicos matemáticos, etc.
- ▶ Realizar actividades, que le permitan conocer sus preferencias y elecciones personales.



Tipos de Apoyo

- ▶ Mantener listas de tareas, agendas, calendarios e instrucciones basados en imágenes.
- ▶ Contar con un cronómetro, despertador manual o automático, teléfono inteligente con adaptación de listas de tareas, actividades, citas y grabadora de audio.
- ▶ Diseñar un tablero y/o tarjeta de comunicación con textos e imágenes, símbolos o dibujos, esto permite la incorporación del lenguaje.

Recomendaciones para su utilización

Estos apoyos realmente requieren de un trabajo extra por parte de los padres y el personal de las escuelas, guarderías y/o estancias, ya que se basan en instrumentos personalizados de acuerdo a las capacidades y habilidades de los niños (as) al igual que los intereses, gustos y preferencias de acuerdo a su carácter y personalidad.

Como hemos mencionado tanto los padres, cuidadores y los maestros fungen un papel fundamental en su diseño y utilización, *ya que ellos logran conocer y detectar las particulares de los niños (as) para lograr implementar tareas de estimulación para el desarrollo cognitivo del niño (a) y de forma paralela realizar intervenciones entorno al desarrollo de la comunicación.*







Discapacidad Psicosocial

**Debido a una enfermedad o trastorno mental.
Epilepsia/crisis epilépticas, Trastornos de la conducta
(Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y
Autismo) (DPSC)**

La discapacidad psicosocial debido a una enfermedad o trastorno mental frecuentemente se presenta debido al desconocimiento y la falta de información acerca del diagnóstico de una enfermedad o trastorno mental, otras deficiencias intelectuales, y otras enfermedades como la Epilepsia/crisis epilépticas, Trastornos del desarrollo, Trastornos de la conducta y Autismo. En esta, los miembros de la sociedad y/o la comunidad llevan a cabo barreras sociales, actitudes o conductas discriminatorias como el prejuicio.



Definición

Consiste en todas las restricciones en la participación causadas por el entorno social y centrada en las deficiencias temporales o permanentes que se generan debido al diagnóstico de una enfermedad o trastorno mental, así como otras deficiencias intelectuales, algunas de las más frecuentes son: Epilepsia/crisis epilépticas y Trastornos de la conducta (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Autismo).

Estas deficiencias alteran ciertas funciones y habilidades debido a la sintomatología psiquiátrica ocasionada por las enfermedades o trastornos y se manifiestan en áreas como las funciones cognitivas (pensamiento, juicio, etc.), afectivas o emocionales (estado de ánimo y humor) y las funciones psicológicas y sociales (habilidades de interacción individual, social y comunitaria, así como la formación de vínculos).



Alcance de la Familia

En el caso de la Epilepsia/ crisis epilépticas, los Trastornos del desarrollo, los Trastornos de la conducta y el Autismo, la familia requiere de psicoeducación acerca del manejo específico de cada una de estas.



La información y educación tanto de las manifestaciones de estas enfermedades es un elemento indispensable para el tratamiento. **Del mismo modo, facilita:**

- ▶ La búsqueda de mejores tratamientos, garantizando que sean integrados en la familia, la sociedad y/o la comunidad.
- ▶ El formación de una red de apoyo frente al cuidado, atención y tratamiento de estos niños, evita el desgaste físico y emocional del cuidador.
- ▶ Un mejor manejo en aquellos momentos de crisis de la enfermedad.

La comprensión de la esfera biopsicosocial de estas enfermedades, **permite que la familia logre:**

- 1 ▶ Desculpabilizarse (“no vivir con culpa”) acerca de las causas por las que aparece la enfermedad, es decir, se logran entender las causas multifactoriales de la enfermedad.
- 2 ▶ Aceptar progresivamente la enfermedad.
- 3 ▶ Dar un tratamiento integral tanto, médico como psicológico y social.

Es importante mencionar que la discapacidad psicosocial debido a estas enfermedades o trastornos es mantenida por el desconocimiento, **la falta de información, el estigma, la discriminación y la exclusión** asociado a estas, por lo que el conocimiento y la comprensión de las enfermedades promueven la desinformación al respecto e integración de estos niños.



Discapacidad Múltiple

Algunos niños (as) con discapacidad intelectual también presentan algunas de estas enfermedades (Epilepsia/crisis epilépticas, Trastornos de la conducta como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Autismo), por lo que resulta fundamental un tratamiento integral que dé cobertura a todas y que evite dar únicamente atención y tratamiento farmacológico, es relevante el apoyo psicológico y terapéutico tanto para el niño como para el resto de la familia.

Es importante considerar que muchos de estos niños llegan a vivir acoso escolar o descuido por parte de los padres y maestros, ya que resultan niños con enfermedades poco conocidas en cuanto a su manejo, pero no en cuanto a su presencia, ya que cada vez resultan más frecuentes.

La poca sensibilización de estas enfermedades, muchas veces es la causa de la falta de atención y detección oportuna.



Lo que puede llegar a hacer (HACE)

Epilepsia/crisis epilépticas

- **No tiene ninguna limitación** en sus actividades diarias.
- **Los niños que tienen epilepsia pueden llevar una vida normal.** Pueden casarse, pueden involucrarse en actividades normales de la vida diaria. Del mismo modo pueden tener hijos en un futuro. Puede asistir a la escuela de forma normal, jugar y socializar con niños de su edad.

Trastornos de la conducta

1) Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

- **El niño cambiara conductas** si se enfoca en la modificación de las mismas y se cuenta con la confianza para apoyarlo, acerca de la capacidad que tiene para hacerlas.
- **Mejorará su comportamiento**, si recibe instrucciones claras, sencillas y cortas que pongan énfasis en lo que el niño debe hacer en lugar de lo que no debe hacer.
- **Si el niño recibe castigos rígidos y autoritarios**, los problemas en la atención y actividad excesiva continuaran presentes y no lograrán disminuir.
- **Se debe dar un castigo con moderación y con poca frecuencia** en comparación con el elogio. Por ejemplo, no darle premios (regalos o actividades divertidas) si continúa realizando el mismo comportamiento erróneo. Se debe ser consistente.

2) Autismo:

- **El niño logra interactuar y socializar** si al inicio se diseña un plan personalizado, diferenciación adecuaciones en los distintos tipos de actividades.
- **Se debe considerar diferentes materiales** y recursos en función de la edad y sexo.

Lo que no puede llegar a hacer (NO HACE)

Epilepsia/crisis epilépticas

Los niños con epilepsia no pueden:

- Estar involucrados en actividades con equipo pesado o cerca de ellos.
- Deben evitar estar en contacto con fogatas y/o nadar solos.
- Deben dormir mucho menos que lo usual o ir a lugares donde hay luces muy brillantes.

Trastornos de la conducta

1) Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Si además del trastorno, el niño vive algún tipo de abuso físico o emocionalmente, las características principales del trastorno se pueden incrementar:

- **Problemas de atención** (se manifiestan como una tendencia a suspender las tareas antes de terminarlas y una dificultad para concluir las).
- **Actividad excesiva** (implica inquietud exagerada, especialmente en situaciones que requieren relativa tranquilidad. Puede incluir conductas tales como correr y saltar de un lado a otro, levantarse de la silla en situaciones en que se espera que permanezca sentado, hablar excesivamente y hacer demasiado ruido, o inquietud e intranquilidad excesiva).

El niño continuara con los problemas en la atención y actividad excesiva y podría desarrollar otras problemáticas como conductas desafiantes (en donde no miden el peligro, no hacen conscientes las reglas) o conductas de riesgo (consumo de alcohol y drogas, conductas de promiscuidad, robos, etc.) si se en la escuela o en la casa lo estigmatizan o segregan por ende no lograra acceder a un atención oportuna especializada.

Muchos casos mejoran si se reemplaza el castigo, utilizando la técnica del “tiempo fuera de reforzamiento” o “TIMEOUT” (tiempo fuera) por periodos cortos y definidos después de que el niño muestra una conducta inadecuada. La técnica “tiempo fuera de reforzamiento” o “TIMEOUT” (tiempo fuera) consiste en separar temporalmente al niño de un ambiente gratificante, como parte de un programa planeado y registrado para modificar la conducta. Informe a los padres sobre cómo aplicar esta técnica cuando se requiera.

2) Autismo:

El niño no disminuirá las alteraciones en la socialización, la comunicación social y los patrones de comportamiento, intereses y actividades (es decir, que evita actividades o que repite y las conductas estereotipadas), si la familia le propone un esquema rígido en sus actividades diarias, por ejemplo: que los niños no tengan el permiso de jugar indistintamente cualquier juego, mirar cualquier programa o caricatura en la televisión o de llevar a cabo cualquier actividad como juego reposado, saltar a la cuerda, jugar con pelotas.

Se debe promover y fomentar que los niños y niñas en la vida diaria (en casa o con los maestros) que comprendan y visualicen la posibilidad de poder jugar cualquier juego, de llevar a cabo diferentes actividades con el objetivo de que no consideren espacios restringidos y que vayan incorporando diversos tipos de juegos (juegos estructurados como: aquellos en donde existan personajes establecidos, juegos con reglas, juegos con turnos, etc.).

Esto se verá reforzados con las intervenciones dirigidas a niños de manera terapéutica y permanente (en estas se trabajan objetivos específicos semanales), lo que incrementara su autonomía.



ESTRATEGIAS PARA LA ESTIMULACIÓN INICIAL (EEI)

Epilepsia/crisis epilépticas

Existe una crisis epiléptica cuando:

- Pérdida o alteración de la conciencia.
- Rigidez que se prolonga más de 1–2 minutos.
- Movimientos convulsivos que se prolongan más de 1 – 2 minutos.
- Mordedura de lengua o lesiones autoinfligidas.
- Incontinencia urinaria y / o intestinal.
- Después del movimiento anormal: fatiga, adormecimiento, somnolencia, confusión, conducta anormal, dolor de cabeza o dolores musculares.

Posibles causas de las crisis:

- Fiebre, dolor de cabeza, signos de irritación meníngea, por ejemplo, cuello rígido.
- Si empezaron inmediatamente después de una lesión de la cabeza.
- Anormalidad metabólica (hipoglicemia, hiponatremia).
- Uso o abstinencia de sustancia.

La gravedad puede detectarse si se pregunta:

- ¿Con cuánta frecuencia ocurren?
- ¿Cuántas tuvo en el último año?
- ¿Cuándo fue el último episodio?

Posibles causas anteriores (historia de asfixia o trauma al nacer, lesión de la cabeza, infección del cerebro, historia familiar de crisis convulsivas)



Qué se debe hacer durante la crisis:

- **Acueste al niño sobre su costado (de lado), con su cabeza girada hacia el costado (el lado donde se encuentra inclinada) con el objetivo de ayudarla con la respiración y evitar que aspire secreciones y vomite.**
- **Asegúrese que el niño está respirando adecuadamente.**
- **No trate de restringir a la persona ni de colocarle nada en la boca.**
- **Permanezca con el niño hasta que la convulsión termine y se despierte.**
- **Algunas veces los niños (sobre todo los adolescentes) con epilepsia saben o sienten que les viene la crisis. En ese caso, deben acostarse en algún lugar seguro para protegerse contra las caídas.**

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Los padres únicamente deben elogiar o premiar al niño después de observar que ha mostrado buena conducta y reaccione solamente a las conductas inadecuadas más importantes; busque las maneras de evitar confrontaciones graves o situaciones difíciles predecibles.

Tenga paciencia y dedíquele más tiempo al niño en caso de que esté realice un berrinche (y que progresivamente vaya en aumento hasta llegar al llanto incontrolado), en este sentido aplase las discusiones con el niño hasta que usted esté calmado.

Autismo

• **Intervenciones dirigidas.** Por ejemplo: dividir los días de la semana por cada una de las áreas que se pretende trabajar socialización (con énfasis en las habilidades que fomenten la autonomía), las alteraciones en el lenguaje y la comunicación social y los patrones de comportamiento, intereses y actividades (particularmente aquellas que el niño evita realizar, aquellas que repite y aquellas otras que se encuentran estereotipadas (estas se manifiestan en los juegos libres, donde el niño manifiesta modelos aprendidos de conductas como podrían ser los modelos de género). De forma asociada se incluye también lo relacionado a las alteraciones del juego simbólico e imaginativo.

Es importante resaltar que muchas de estas actividades que se evitan, se repiten o resultan estereotipadas son producto de aquello que ha sido interiorizando a través de una interacción con el entorno.

- Se recomienda que las actividades terapéuticas no superen las 8 horas diarias, y que promuevan la participación en el entorno, que no solo se brinden en ambientes especiales (consultorio). Realizar intervención a través de un tratamiento conductual, el cual se debe comunicar al grupo familiar, con el compromiso de participación activa y permanente por parte del mismo. Los objetivos son: mejorar el funcionamiento del individuo, promover la autonomía y mejorar la calidad de vida.

ESTRATEGIAS PARA LA EDUCACIÓN PREESCOLAR (EEP)

Epilepsia/crisis epilépticas

Existe una crisis epiléptica cuando:

- Pérdida o alteración de la conciencia.
- Rigidez que se prolonga más de 1 – 2 minutos.
- Movimientos convulsivos que se prolongan más de 1 – 2 minutos.
- Mordedura de lengua o lesiones autoinfligidas.
- Incontinencia urinaria y / o intestinal.
- Después del movimiento anormal: fatiga, adormecimiento, somnolencia, confusión, conducta anormal, dolor de cabeza o dolores musculares.

Posibles causas de las crisis:

- Fiebre, dolor de cabeza, signos de irritación meníngea, por ejemplo, cuello rígido.
- Si empezaron inmediatamente después de una lesión de la cabeza.
- Anormalidad metabólica (hipoglicemia, hiponatremia).
- Uso o abstinencia de sustancia.

La gravedad puede detectarse si se pregunta:

- ¿Con cuánta frecuencia ocurren?
- ¿Cuántas tuvo en el último año?
- ¿Cuándo fue el último episodio?

Posibles causas anteriores (historia de asfixia o trauma al nacer, lesión de la cabeza, infección del cerebro, historia familiar de crisis convulsivas).



Qué se debe hacer durante la crisis:

- **Acueste al niño sobre su costado (de lado), con su cabeza girada hacia el costado (el lado donde se encuentra inclinada) con el objetivo de ayudarla con la respiración y evitar que aspire secreciones y vomite.**
- **Asegúrese que el niño está respirando adecuadamente.**
- **No trate de restringir a la persona ni de colocarle nada en la boca.**
- **Permanezca con el niño hasta que la convulsión termine y se despierte.**
- **Algunas veces los niños (sobre todo los adolescentes) con epilepsia saben o sienten que les viene la crisis. En ese caso, deben acostarse en algún lugar seguro para protegerse contra las caídas.**

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Los maestros deben realizar un plan sobre cómo abordar las necesidades educativas en cada uno de los casos. Algunas sugerencias:

- Pida al niño que se siente en la primera fila del aula.
- Dedíquele una atención focalizada, por ejemplo: asegurándose que el niño observa sus acciones o el momento cuando realiza alguna instrucción.
- Permita tiempo adicional para que el niño entienda las tareas.
- Repita las acciones que observa que el niño realiza con dificultad o que no logra comprender en forma correcta. Si es necesario realícelo con él.
- Divida las tareas largas en tramos más pequeños. (Imponga pequeñas metas)

Es importante que se encuentre atento a explorar si hay acoso escolar y tome las acciones necesarias para detenerlo.

Autismo

Manejo del niño por parte de un grupo interdisciplinario que desarrolle un perfil de las fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades del niño, enmarcados en:

1. Su diagnóstico.
2. El nivel y tipo de comunicación con el que cuente.
3. La interacción social.
4. La flexibilidad (en el pensamiento, con el objetivo de disminuir progresivamente las actividades que evita, que repite o que resultan estereotipadas). Promoviendo siempre la imaginación.

Este plan debe basarse en la creación del plan de gestión basado en las necesidades, teniendo en cuenta el contexto familiar y educativo (individualización de la condición).

El tratamiento interdisciplinario, requiere de colaboración y vinculación de los profesionales que realicen la atención como: pediatra, neuropediatra, psiquiatra infantil, psicólogo clínico, profesional con formación en análisis del comportamiento, terapeuta de lenguaje, terapeuta ocupacional y trabajo social. *Deben estar en comunicación con la familia y los maestros.*



Educación acerca de Sistemas de Apoyo (ESA)

TIPOS DE APOYO

Epilepsia/crisis epilépticas

- Los maestros y padres deben encontrarse informados acerca de la forma en la que deben reaccionar ante la presencia de alguna crisis epiléptica, así como las indicaciones médicas y el plan de tratamiento farmacológico.
- El niño requiere de valoración y tratamiento farmacológico, esto únicamente debe estar indicado en los casos donde se haya realizado una previa consulta médica en donde se expongan todas los antecedentes heredofamiliares, físicos y sociales del niño.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

- Los padres deben aceptar y atender al niño que presenta un trastorno de conducta. Esto se facilita con el apoyo psicológico individual, de pareja, familiar, grupal, relacionados a diversos temas. Así pues los padres resultan un pilar de la atención, cuidado y tratamiento por lo que deben mantenerse atento e informados del niño, sus diagnóstico y la evolución del mismo.

Un aspecto de esto, es que la información y la creación de redes de apoyo permiten que los padres elaboren el duelo por las expectativas anteriores que se tenían depositadas en el niño. *El tratamiento farmacológico debe ser indicado únicamente por un especialista en paidopsiquiatra o neurólogo pediatra.*

Autismo

- Tratamiento farmacológico indicado únicamente por un especialista en paidopsiquiatra o neurólogo pediatra.
- Intervenciones individualizadas, dirigidas al grupo familiar.

RECOMENDACIONES PARA SU UTILIZACIÓN

Epilepsia/crisis epilépticas

Las personas que rodean al niño deben asistir a pláticas informativas, de información científica y educación que expliquen qué es una convulsión / epilepsia, por ejemplo:

- a. Una crisis o ataque convulsivo es un problema relacionado con el cerebro. La epilepsia es una enfermedad que involucra crisis recurrentes. La epilepsia no es una enfermedad contagiosa y no es causada por brujería ni por espíritus.
- b. La naturaleza de la convulsión de la persona y su posible causa.
- c. Que la epilepsia es una condición crónica, pero que las crisis se pueden controlar completamente en el 75 % de las personas, después de lo cual pueden vivir sin medicación por el resto de sus vidas.
- d. Diferentes opciones de tratamiento.
- e. Razones para ser referidos (cuando aplica).

Con ayuda de esto la red de apoyo, la familia y las personas cercanas a estos niños evitaran las conductas de estigmatización, el rechazo o el miedo.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Los padres deben asistir a pláticas informativas y otros cursos (como taller de padres, manejo de emociones o estrategias de comunicación) para que logren reconocer y transmitirle al niño lo que debe o no debe hacer (esto se conoce como límites del patrón de conducta). ***Se debe de promover un estilo o patrón de crianza que sea firme, claro (sin dobles mensajes) y amoroso (que resalte la disciplina como una enseñanza más de los padres y no como un castigo).***

- La evaluación de las necesidades fármaco-terapéuticas, de ayudas diagnósticas y procedimientos complementarios se deberán realizar por el equipo interdisciplinario especializado.

Autismo

- La evaluación de las necesidades fármaco-terapéuticas, de ayudas diagnósticas y procedimientos complementarios se deberán realizar por el equipo interdisciplinario especializado.
- El apoyo psicológico a la madre, el padre, la familia o el cuidador puede realizarse de forma individual, familiar o grupal (como taller de padres o pláticas informativas) debe tener como objetivo:

A) Por un lado fungir como una red de apoyo para familiares que reconozcan otras familias con esta problemática en común, información específica acerca del manejo específico del diagnóstico del niño, con el objetivo de disminuir la ansiedad en el manejo y comprender las acciones particulares que resultan benéficas en cada uno de los casos.

B) Por otro la de facilitar la permanencia del niño en sus ambientes familiar y escolar, por ejemplo mediante el empoderamiento de las familias y cuidadores para que puedan realizar un acompañamiento adecuado del niño con tiempos de intervención definidos y evaluaciones periódicas para determinar la evolución y el alcance de metas.

• Se sugiere a los padres que colaboren con los niños por igual en actividades domésticas, tales como: vestirse y desvestirse, ayudar en la cocina, poner la mesa, realizar pequeños encargos, etc.

• Invitar a los padres a que vengán y participen en la dinámica de clase: ayudándonos a preparar una receta de cocina, enseñándonos a lo que se dedican (oficios).







Glosario y Bibliografías





Accesibilidad. Combinación de elementos constructivos y operativos que permiten a cualquier persona con discapacidad entrar, desplazarse, salir, orientarse y comunicarse con un uso seguro, autónomo y cómodo en los espacios construidos, en mobiliario y equipo.

Actividad. Es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo.

Adiestramiento. Acción destinada a desarrollar y perfeccionar las habilidades y destrezas del trabajador, con el propósito de incrementar la eficiencia en su puesto de trabajo; contempla aspectos de actividades y coordinaciones psicomotrices.

Agudeza visual. Capacidad de percibir la figura y forma de los objetos.

Ajustes Razonables. Modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no imponen una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso en particular, para garantizar a las personas con discapacidad el disfrute o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

Amplificar. Ampliar o aumentar la intensidad de una magnitud física, especialmente el sonido, mediante procedimientos técnicos: el repetidor amplifica las señales electromagnéticas.

Asfixia. Falta total de oxígeno.

Asistencia Social. Conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de las personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva. **AUTISMO.** Trastorno generalizado del desarrollo que se refleja en las relaciones sociales (alteración en las manifestaciones no verbales: expresión facial, mirada, incapacidad para desarrollar relaciones con iguales, ausencia de conductas espontáneas: señalar, mostrar interés en algo, etcétera), en la comunicación (retraso o ausencia del desarrollo del lenguaje oral, alumnos con un lenguaje adecuado tienen problemas para iniciar o mantener una conversación, empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje), y en patrones de conducta inadecuados (preocupación excesiva por un foco de interés, adhesión inflexible a rutinas específicas no funcionales, estereotipias motoras repetitivas: sacudidas de manos, retorcer los dedos, etcétera).

Autosuficiencia. Capacidad que adquieren las personas para, por sí mismas, satisfacer sus necesidades básicas.

Ayudas ópticas. Lentes, lupas, prismas y telescopios.

Ayudas Técnicas. Dispositivos tecnológicos y materiales que permiten habilitar, rehabilitar o compensar una o más limitaciones funcionales, motrices, sensoriales o intelectuales de las personas con discapacidad.

Baja Visión. Se asocia a un nivel visual que aún con corrección común (lentes o anteojos) impide a la persona la planificación o ejecución visual de una tarea, pero permite mejorar el funcionamiento mediante el uso de ayudas ópticas y no ópticas o adaptaciones del medio ambiente o técnicas. Las ayudas pueden ser por ejemplo: lupas, contrastes de color, binoculares, pantallas amplificadoras y libros en macrotipos. La baja visión puede ser progresiva hasta convertirse en ceguera. Esta condición no afecta el rendimiento intelectual de la persona. De acuerdo con esta definición, los alumnos que usan lentes o anteojos comunes no necesariamente entran en esta condición.

Calidad de vida. El principio está relacionado con las óptimas condiciones de vida como resultado de la satisfacción de las necesidades de las personas.

Campo visual. Porción del espacio que un individuo puede ver sin mover la cabeza y los ojos.

Capacidades Básicas. Conjunto de acciones que permiten a las personas, familias y comunidades tener una plataforma base, tanto en términos de habilidades y capacidades como de patrimonio, especialmente en alimentación, educación, salud, vivienda, entorno y otros aspectos que mejoren su bienestar, eleven su productividad y les permitan comenzar a acumular activos y alcanzar una participación social plena y libre.

Capacitación. 1. Proceso de acciones planeadas para identificar, asegurar y desarrollar los conocimientos, habilidades y actitudes que los trabajadores requieren para desempeñar las funciones de su trabajo actual, así como futuras responsabilidades. **2.** Comportamientos para realizar una función productiva, que combinada con la experiencia, se aplican al desempeño de una actividad laboral.

Ceguera. Falta o pérdida del sentido de la vista. La ceguera, por lo general es una condición permanente. No afecta el rendimiento intelectual de la persona.

Centros De Rehabilitación. Establecimientos de asistencia social facultados para operar en beneficio de las personas con discapacidad llevando a cabo acciones de rehabilitación y prevención en materia de discapacidad: los cuales operan en dos modalidades: Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) y Centros de Rehabilitación Integral (CRI).

Comunicación efectiva. Forma de comunicación que a través de buenas destrezas logra el propósito de lo que se quiere transmitir o recibir. Dentro de la comunicación efectiva, el transmisor y el receptor comprenden de manera exitosa el mensaje que se intercambia, es decir, ambos entienden el mensaje transmitido.

Congénita. Cualquier rasgo presente desde el nacimiento, es decir, adquirido durante el embarazo (vida intrauterina), ya sea resultado de un factor genético (característica heredada de los padres), físico (radiación), químico (fármacos, tóxicos) o infeccioso (rubéola congénita entre otras).

Decibeles. Medida subjetiva de la intensidad con la que un sonido es percibido por el oído humano. Es decir, la sonoridad es el atributo que nos permite ordenar sonidos en una escala del más fuerte al más débil. La unidad que mide la sonoridad es el decibelio.

Decúbito prono. Posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por: posición corporal acostado boca abajo; cuello en posición neutra; miembros superiores extendidos pegados al tronco y con las palmas de las manos hacia abajo; y extremidades inferiores también extendidas con pies en flexión neutra y punta de los dedos pulgares hacia abajo.

Decúbito supino. Posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por: posición corporal acostado boca arriba; cuello en posición neutra, con mirada dirigida al cénit; miembros superiores extendidos pegados al tronco y con las palmas de las manos hacia arriba; y extremidades inferiores también extendidas con pies en flexión neutra y punta de los dedos gordos hacia arriba.

Deficiencias. Son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.

Deformaciones de la aurícula. Malformación de la oreja, cuando ésta crece más de lo que debería o, por lo contrario, no se desarrolla al tamaño que debería. Es un problema que se presenta durante el embarazo. Puede estar acompañado de otras malformaciones de la cara; en ocasiones también se encuentran defectos en el conducto auditivo externo.

Discapacidad. Concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Discapacidad Auditiva. Es la restricción en la función de percepción de los sonidos externos, alteración de los mecanismos de transmisión, transducción, conducción e integración del estímulo sonoro, que a su vez pueden limitar la capacidad de comunicación. La deficiencia abarca al oído pero también a las estructuras y funciones asociadas a él.

Discapacidad Intelectual. Cuando la función intelectual se encuentra significativamente por debajo del promedio y coexiste con limitaciones de las áreas de habilidades adaptativas: comunicación, autocuidado, habilidades sociales, participación familiar y comunitaria, autonomía, salud y seguridad, funcionalidad académica, de ocio y trabajo. Se manifiesta antes de los dieciocho años de edad. Estas limitaciones se manifiestan en dificultades para aprender, adquirir conocimientos y lograr su dominio y representación; por ejemplo: la adquisición de la lectura y la escritura, la noción de número, los conceptos de espacio y tiempo, las operaciones de sumar, restar, multiplicar y dividir.

Discapacidad Mental. Es el deterioro de la funcionalidad y el comportamiento de una persona que es portadora de un trastorno mental y que es directamente proporcional a la severidad y cronicidad de dicho trastorno.

Discapacidad Motriz. Es una alteración de la capacidad del movimiento que afecta, las funciones de desplazamiento, manipulación y que limita al niño en su desarrollo personal y social. Ocurre cuando hay alteración en músculos, huesos o articulaciones, o bien, cuando hay daño en el cerebro que afecta el área motriz y que le impide al niño moverse de forma adecuada o realizar movimientos finos con precisión. Tiene repercusiones en las áreas sensorial, perceptiva y psicológica. No es progresiva, lo que significa que no se agravan a lo largo del tiempo.

Discapacidad Múltiple. Presencia de dos o más discapacidades física, sensorial e intelectual (por ejemplo: alumnos sordo-ciegos, alumnos que presentan a la vez discapacidad intelectual y discapacidad motriz, o bien, con hipoacusia y discapacidad motriz, etcétera). La persona requiere, por tanto, apoyos en diferentes áreas de las habilidades adaptativas y en la mayoría de las áreas del desarrollo.

Discapacidad Sensorial. Incluye la discapacidad visual, la discapacidad auditiva y otros tipos de discapacidad relacionados con la disminución de la función de otros sentidos (olfato, gusto y tacto).

Discapacidad Visual. Es la deficiencia del órgano de la visión, las estructuras y funciones asociadas con él. Es una alteración de la agudeza visual, campo visual, motilidad ocular, visión de los colores o profundidad, que determinan una deficiencia de la agudeza visual y que una vez corregida en el mejor de los ojos es igual o menor de 20/200 o cuyo campo visual es menor de 20 grados. La discapacidad visual, afecta directamente la percepción de imágenes en forma total o parcial. La vista es un sentido global que nos permite identificar a distancia y a un mismo tiempo objetos ya conocidos o que se nos presentan por primera vez.

Discriminación. Es toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas.

Discriminación por Motivos de Discapacidad. Es cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas la denegación de ajustes razonables.

Diseño Universal. Diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado, no excluye las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten.

Educación Especial. Conjunto de servicios, programas, orientación y recursos educativos especializados, puestos a disposición de las personas que padecen algún tipo de discapacidad, que favorezcan su desarrollo integral, y faciliten la adquisición de habilidades y destrezas que les capaciten para lograr los fines de la educación.

Equilibrio. Capacidad de orientar correctamente el cuerpo en el espacio; se consigue a través de una ordenada relación entre el esquema corporal y el mundo exterior. El equilibrio permite mantener una actividad o un gesto, quedarse inmóvil o lanzar su cuerpo en el espacio.

Ergonomía. Actividad de carácter multidisciplinario que se encarga del estudio de la conducta y las actividades de las personas, con la finalidad de adecuar los productos, sistemas, puestos de trabajo y entornos a las características, limitaciones y necesidades de sus usuarios, buscando optimizar su eficacia, seguridad y confort.

Estrategia. Conjunto de actividades que se planean para alcanzar una meta o un objetivo.

Estructuras Corporales. Son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

Factores Ambientales. Constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

Fijación. Capacidad de dirigir o enfocar el ojo hacia un objeto.

Formación. Conjunto de acciones y prácticas ordenadas a través de las cuales se adquieren y desarrollan una serie de capacidades (conocimientos, habilidades, valores, etc.) y competencias para la participación activa de una persona en la sociedad.

Formatos Alternativos. Consiste en presentar la información en diferentes medios, adicionales al escrito, para que pueda ser entendida por personas con cualquier tipo de discapacidad. Los formatos alternativos utilizables por personas con discapacidad pueden incluir, braille, macrotipos, grabaciones de audio, interpretación en lengua de señas y formatos electrónicos, entre otros, que cumplan con estándares internacionales de accesibilidad.

Frecuencia. Número de oscilaciones que una onda efectúa en un determinado intervalo. El número de ciclos por segundo se llama Hertz (Hz), la unidad con la cual se mide la frecuencia. Desde el punto de vista musical, la frecuencia se relaciona con la altura o tono de la nota musical a que corresponde. Cuanto más grande es la frecuencia, más alto es el tono de una nota musical. El sonido es más agudo. Los humanos somos sensibles a las vibraciones con frecuencia comprendida entre 16 Hz y 20.000 Hz. Por debajo de 16 Hz se llaman infrasonidos y por encima, ultrasonidos. El margen auditivo de las personas varía según la edad y otros factores.

Funciones Corporales. Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).

Hipoacusia. Es la disminución de la percepción auditiva, en uno o ambos oídos.

Hipoxia Neonatal. Término que se utiliza cuando al bebé recién nacido le falta oxígeno o no ha respirado correctamente; por un parto prolongado que ocasiona sufrimiento fetal o bien por fallas en el funcionamiento de los pulmones del bebé al momento de su nacimiento.

Ictericia. Coloración amarillenta de la piel y mucosas debida a un aumento de la bilirrubina que se acumula en los tejidos. La bilirrubina es un pigmento biliar de color amarillo anaranjado que resulta de la degradación de la hemoglobina, componente de la sangre.

Inclusión educativa. Proceso que inicia en la familia y en la institución, con el propósito de hacer valer el derecho a la educación de los niños con discapacidad, y en el que participa el profesor de educación inicial, preescolar y escolar, profesores de apoyo del programa para la integración educativa y directivos.

Integración. Proceso que unifica las oportunidades que tienen las personas para pertenecer a un grupo: familia, escuela, comunidad, etc.

Integración educativa. Proceso que implica la eliminación de las barreras para el aprendizaje y la participación, permitiendo que los niños y jóvenes con alguna discapacidad, con aptitudes sobresalientes o con otras características, participen en todas las actividades, aprendan de acuerdo con su propio ritmo, estilo e intereses y desarrollen habilidades y competencias que los dejen resolver problemas en su vida cotidiana.

Integración sensorial. Organización de las sensaciones para producir conductas adaptativas y aprendizajes. Permite el adecuado funcionamiento del cerebro y del cuerpo.

Intervención (Estimulación) Temprana. Atención brindada a niños y niñas de entre 0 y 6 años para potenciar y desarrollar al máximo sus posibilidades físicas, intelectuales, sensoriales y afectivas, mediante programas sistemáticos y secuenciados que abarquen todas las áreas del desarrollo humano, sin forzar el curso natural de su maduración.

Lectura labio-facial. Técnica que permite la adquisición del conocimiento mediante la vista. Esto implica el entrenamiento a la persona para que intente “leer” o discriminar e interpretar los movimientos de labios y otros órganos articuladores cuando el interlocutor pronuncia palabras aisladas u oraciones.

Lenguaje. Se entiende tanto el lenguaje oral como la lengua de señas y otras formas de comunicación no verbal.

Lengua de Señas. Lengua de una comunidad de sordos, que consiste en un a serie de signos gestuales articulados con las manos y acompañados de expresiones faciales, mirada intencional y movimiento corporal, dotados de función lingüística. Forma parte del patrimonio lingüístico de dicha comunidad y es tan rica y compleja en gramática y vocabulario como cualquier lengua oral.

Limitaciones en la Actividad. Son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/ realización de actividades.

Localidades Marginadas. Es un fenómeno estructural de rezago de un territorio determinado que, de manera general, refleja la falta de acceso de la población a bienes y servicios básicos. El Consejo Nacional de Población establece una medida -resumen de marginación denominada Índice de marginación, con base en nueve variables de rezago y con la cual se clasifican a las entidades federativas, municipios, localidades, áreas geo estadísticas básicas, de acuerdo a su grado de marginación: muy alto, alto, medio, bajo y muy bajo.

Malformaciones congénitas. Defectos congénitos que afectan la formación del embrión o feto. Los morfológicos afectan la forma física del bebé; los funcionales inciden en el funcionamiento de distintos órganos del cuerpo, y los estructurales se deben a alteraciones de los genes o de las células.

Martillo, yunque y estribo. Cadena de huesecillos situada en la cavidad timpánica del oído medio y movida por ligamentos y músculos especiales. Estos huesecillos participan en el proceso de audición humana y su principal función es transmitir el movimiento del tímpano al oído interno. El tímpano protege estos pequeños huesos. Por ejemplo, sin la membrana timpánica no sería posible sumergirse en el agua, pues la presión de ésta rompería dicha cadena e impediría la escucha (provocaría sordera).

Meningitis. Enfermedad caracterizada por inflamación de las delgadas membranas que rodean el cerebro y la médula espinal: las meninges. La causa más frecuente de este tipo de inflamación son los virus, es decir, cuando a las meninges y al líquido cefalorraquídeo llegan estos microorganismos por medio de la nariz o la boca. Las meningitis causadas por bacterias, hongos, medicamentos y otras enfermedades son poco frecuentes, pero potencialmente letales. La meningitis progresa con rapidez, por lo que el diagnóstico y tratamiento precoz es importante para prevenir secuelas severas y la muerte.

Necesidades educativas especiales. Las que presentan los alumnos con discapacidad intelectual para aprender en la escuela, adquirir hábitos y desarrollar destrezas; por lo que se requiere adecuaciones en el currículo escolar, los materiales, libros, contenidos, objetivos, evaluación, actividades y metodología, y así dar respuesta a lo que cada alumno requiere para aprender.

Percepción visual. Capacidad de reconocer y discriminar objetos, personas y estímulos del ambiente y de interpretar lo que son por medio de la vista.

Pérdida auditiva. Incapacidad para recibir adecuadamente los estímulos auditivos del medio ambiente. Desde el punto de vista médico-fisiológico, la pérdida auditiva consiste en la disminución de la capacidad de oír; la persona no sólo escucha menos, sino que percibe el sonido de forma irregular y distorsionada, lo que limita sus posibilidades para procesar debidamente la información auditiva dependiendo del tipo y grado de pérdida auditiva. La pérdida de audición puede variar desde una leve, pero importante disminución de la sensibilidad auditiva, hasta una pérdida total.

Personas con Discapacidad. Son las personas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Población Económicamente Activa (PEA). Se refiere a la población integrada por personas de 12 años y más de edad que están vinculadas a algún tipo de actividad económica, o bien buscando trabajo.

Postura. Relación de las posiciones de todas las articulaciones en el cuerpo y las extremidades (brazos y piernas) con respecto al tronco y viceversa. Posición del cuerpo en relación con el espacio que le rodea, influenciada por factores culturales, hereditarios, profesionales, conductuales, psicológicos, etcétera.

Prevención. La prevención designa al conjunto de actos y medidas que se ponen en marcha para reducir la aparición de los riesgos ligados a enfermedades o a ciertos comportamientos nocivos para la salud. Acciones orientadas a la erradicación, eliminación, o minimización del impacto de la enfermedad y de los padecimientos potencialmente discapacitantes.

Problemas de Comunicación. Condición que afecta el intercambio de información e ideas, que puede comprometer la codificación, transmisión y decodificación de los mensajes. Se puede manifestar en la dificultad para mantener una conversación, la dificultad en la expresión y comprensión de mensajes verbales, así como en la expresión de ideas simples con una estructura repetitiva, correcta y clara, y un vocabulario muy limitado.

Problemas de Conducta. Se presenta un problema de conducta cuando el alumno actúa de manera marcadamente diferente a lo esperado. El origen de dicha conducta puede deberse a causas internas del niño (factores psicológicos, emocionales o de estructura y funcionamiento de su organismo, etcétera), a causas externas (encontrarse inmerso en un ambiente que le exige demasiado, que no comprende, y que le dificulta expresar sus sentimientos, etcétera), o a la interacción de ambos. Para que se identifique plenamente como un problema, se requiere que la manifestación de la conducta sea frecuente, persistente e intensa. Puede expresarse de diferentes maneras: como una necesidad de llamar la atención a través de una fuerte inquietud e impaciencia, como una necesidad de ser el mejor o peor en algo, a través de la agresión, ausentismo, depresión, etcétera.

Programas Sociales. Conjunto de programas responsabilidad de las Secretarías de: Desarrollo Social; Educación Pública; Salud; Trabajo y Previsión Social; Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; IMSS, DIF-Nacional, y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, entre otros.

Rehabilitación. Proceso de duración limitada y con un objetivo definido, de orden médico, social y educativo entre otros, encaminado a facilitar que una persona con discapacidad alcance un nivel físico, mental, sensorial óptimo, que permita compensar la pérdida de una función, así como proporcionarle una mejor integración social.

Redes Sociales De Protección. Conjunto de herramientas y programas que le permiten a la población enfrentar las contingencias y los riesgos que surgen a lo largo de la vida y ante cambios drásticos en su entorno. Asimismo, se incluyen las acciones para atender a grupos de población que enfrentan condiciones específicas de vulnerabilidad que dificultan su pleno desarrollo.

Referencias táctiles. Objetos fijos que al tocarlos sirven a una persona con discapacidad visual para ubicarse.

Respuesta adaptativa. Respuesta hacia una experiencia sensorial, dirigida a cumplir un objetivo. La formación de una respuesta adaptativa ayuda al cerebro a desarrollarse y organizarse y por consiguiente genera aprendizaje. La respuesta del niño se juzga eficiente, creativa y satisfactoria cuando la capacidad para asimilar y comprender los estímulos le permite resolver las demandas del ambiente.

Restricciones en la Participación. Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Signo generador. Signo formado por seis puntos que generan todas las letras y signos del Sistema Braille.

Sinergia. Es la integración de dos o más elementos que da como resultado algo que aprovecha y maximiza las cualidades de cada uno de los elementos.

Sistema de Escritura Braille. Sistema para la comunicación representado mediante signos en relieve, leídos en forma táctil, por los ciegos.

Sociedad Civil. Conjunto de las organizaciones e instituciones cívicas voluntarias y sociales que forman la base de una sociedad activa, que actúa en paralelo a las estructuras del Estado y de las empresas. Esta definición incluye una diversidad de espacios, actores, y formas institucionales, las cuales varían según sus propios niveles de formalidad, autonomía y poder.

Sordera. Es la dificultad o la imposibilidad de usar el sentido del oído debido a una pérdida de la capacidad auditiva parcial (hipoacusia) o total (anacusia), ya sea unilateral o bilateral. Las personas sordas utilizan preferentemente el canal visual para comunicarse, y es necesario enseñarles un sistema de comunicación efectivo (Lengua de Señas Mexicana, lenguaje oral u otro). Esta condición no afecta el rendimiento intelectual de la persona.

Tecnologías de apoyo. Son recursos para superar las barreras de acceso a las tecnologías digitales que producen un impacto positivo en la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Vulnerabilidad Social. Se entiende como la condición de riesgo que padece un individuo, una familia o una comunidad, resultado de la acumulación de desventajas sociales e individuales, de tal manera que esta situación no puede ser superada en forma autónoma y queden limitados para incorporarse a las oportunidades de desarrollo.



- ▶ Buchanan, Allen E., Brock, Dan. W. Decidir por otros. Ética de la toma de decisiones subrogada. México, Fondo de Cultura Económica y Universidad Nacional Autónoma. 2009.
- ▶ Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: versión para la infancia y adolescencia: CIF-IA. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 2011.
- ▶ Comité de los Derechos del Niño. Observación General No 5: Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño. Ginebra: Naciones Unidas, 2003, <http://www1.umn.edu/humanrts/crc/spanish/Sgeneralcomment5.html>
- ▶ Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.
- ▶ Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea general de las Naciones Unidas.
- ▶ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observaciones finales sobre el informe inicial de México, 27 de octubre de 2014, http://www.hchr.org.mx/images/doc_pub/G1419180.pdf
- ▶ Convención sobre los Derechos del Niño, Comité de los Derechos del Niño Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto consolidados de México, 8 de junio de 2015, (fecha de consulta 14 de Diciembre del 2015). Disponible en: http://www.unicef.org/mexico/spanish/CRC_C_MEX_CO_4-5.pdf
- ▶ Declaración de los Derechos de los Impedidos de 1975. Resolución 3447 (XXX) de 9 de diciembre de 1975.

- Declaración de los Derechos del Retardado Mental de 1971, proclamada por la Asamblea general en su resolución 2856 (XXVI), de 20 de diciembre de 1971.
- Declaración sobre los Derechos de las Personas Sordociegas, 1979.
- Declaración Sundberg de 1981. Resolución 36/77, Asamblea general de las Naciones Unidas.
- Diccionario latinoamericano de bioética/Dir. Juan Carlos Tealdi, Bogotá: UNESCO-Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Resultados Nacionales 2012, <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Estado Mundial de la Infancia 2012. Niñas y niños en un mundo urbano. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2012, <http://www.unicef.org/spanish/sowc2012/>
- Estrategia de Cooperación de la OPS/OMS con México 2015-2018. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=936:-mexico-firmo-estrategia-de-cooperacion-con-la-ops-y-la-oms&Itemid=499
- Informe Mundial sobre la Discapacidad. Organización Mundial de la Salud. Banco Mundial 2011. (fecha de consulta 3 de Noviembre del 2015). Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
- La comprensión de las necesidades de atención de la salud y experiencias de las personas con discapacidad. Menlo Park, CA, Kaiser Family Foundation, 2003.
- Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Estructura y función de los mecanismos nacionales de aplicación y vigilancia del cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (fecha de consulta 12 de Octubre del 2015). Disponible en: http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/13session/A-HRC-13-29_sp.pdf

- Organización de Naciones Unidas, ONU, Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, resolución 48/96, del 20 de diciembre de 1993 (Editorial Centro Bibliográfico y Cultural La Coruña, Organización Nacional de Ciegos Españoles, ONCE, Madrid, 1994)
- Organización Mundial de la Salud. El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate. Ginebra, 2013.
- Organización Mundial de la Salud. La carga global de la enfermedad: actualización de 2004. Ginebra, 2008
- Organización Mundial de la Salud. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el primer nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra, 2010.
- Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBH. Ginebra, 2012.
- Organización Panamericana de la Salud, Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. “En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”, OPS (CD52/2013), Washington D.C., EUA, 1 de septiembre del 2013, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/165204/1/OD345-s.pdf>
- Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Resolución 48/96, del 20 de diciembre de 1993.
- Pittman III, Frank s. Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis. Barcelona, Paidós, 1987.
- Resolución 42/58, Asamblea general de Naciones Unidas sobre la Ejecución del Programa de Acción Mundial para los Impedidos y Decenio de las Naciones Unidas para las Personas con Discapacidad, Anuario de las Naciones Unidas (1987).
- Rolland, John. El dominio de los retos familiares en la enfermedad grave y en la discapacidad. En Normal Family Processes. NY, Froma Walsh The Guilford Press, 1993.
- Slaikeu. Karl. A. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. México, Manual Moderno, 2000.





