

“La discapacidad es una condición de vida,
no discrimina, descubre como lograr
una atención efectiva hacia
las personas con discapacidad”



PLATAFORMA
Virtual **EN**
DISCAPACIDADES

II. TIPOS DE DISCAPACIDAD

II. TIPOS DE DISCAPACIDAD



Los datos analizados permiten deducir que existe un alto porcentaje de personas con discapacidad física a nivel nacional (46,73%), la mayor cantidad de personas con discapacidad se ubican en el rango de 30 - 65 años (52,79%), y refleja la gran incidencia de situaciones de salud, accidentes y otras causas en este periodo de edad productiva.

Según el Cuadro No. 4 de Discapacidad por Provincia, los porcentajes de personas con discapacidad son directamente proporcionales a la densidad demográfica de la población.⁴

La discapacidad NO EXCLUYE, no discrimina condición socio económica, creencia religiosa, género, edad, etnia o ideología política. No escapa a tiempo, espacio o lugar, y puede presentarse en cualquier momento y etapa de la vida.

Respetar a la discapacidad como una diversidad, implica reconocer que al tratarse de una condición humana, ella se manifiesta de múltiples maneras a través de diferentes tipos, siendo importante identificar claramente y caracterizar a las discapacidades: física, psicológica, intelectual y sensorial; permitiendo una mejor aproximación a su reconocimiento y comprensión.

El proceso de la determinación de los tipos de discapacidad de una persona responde a los criterios establecidos en el Sistema Nacional de Calificación de la Discapacidad vigente, que reconoce la existencia de cinco grados de discapacidad, de los cuales, en nuestro país tienen reconocimiento legal los grados: moderado, grave y muy grave (severo); los cuales son determinados por la evaluación y calificación realizada por los equipos profesionales debidamente capacitados y autorizados para evaluar los aspectos: biológicos, psicológicos y del contexto social, a fin de determinar los grados y porcentajes correspondientes.

2. TIPOS DE DISCAPACIDAD:

Acorde al Artículo 6 de la Ley Orgánica de Discapacidades, publicada en Registro Oficial el 25 de septiembre de 2012, en nuestro país se distinguen cuatro tipos de discapacidad:

⁴ Para la interpretación de los cuadros, se han considerado únicamente los porcentajes más altos de incidencia de discapacidades.

1. Discapacidad Física
2. Discapacidad Mental y Psicológica
3. Discapacidad Intelectual
4. Discapacidad Sensorial



2.1.- DISCAPACIDAD FÍSICA

Se refiere a deficiencias corporales y/o viscerales; que pueden ser evidentes (Ej. amputaciones, parapléjia, hemiparesia, etc.) o que al implicar daño y limitación en la función de órganos internos pueden ser imperceptibles, mas ocasionan dificultad significativa o imposibilidad para: caminar, correr, manipular objetos con las manos, subir o bajar gradas, levantarse, sentarse, mantener el equilibrio, controlar esfínteres, entre otros. (Ej. fibrosis quística del pulmón, insuficiencia renal crónica terminal, epilepsia de difícil control, enfermedades cardíacas, etc.).

Las deficiencias que originan cualquier discapacidad física pueden ser:

- **Genéticas:** Son transmitidas de padres a hijos.
- **Congénitas:** Se refiere a aquellas con las que nace un individuo y que no dependen de factores hereditarios, sino que se presentan por alteraciones durante la gestación.
- **Adquiridas:** Ocasionadas por enfermedades producidas después del nacimiento, o por accidentes de tipo doméstico, de tránsito, violencia, laborales, etc.

EJEMPLOS DE DISCAPACIDADES FÍSICAS:

A) Sin afectación cerebral

- Secuelas de poliomielitis.- Graves dificultades para caminar.
- Lesión medular.- es un daño de la médula que puede ocasionar: Paraplejía (Parálisis de los miembros inferiores que imposibilita caminar), Cuadriplejia (Parálisis de los cuatro miembros que imposibilita movilizar las extremidades superiores e inferiores).
- Espina bífida.- Malformación congénita de la columna que impide caminar y controlar los esfínteres.
- Miopatías.- Distrofia muscular progresiva (enfermedad grave que afectan el tono, la fuerza y la movilidad de los músculos).
- Escoliosis.- Graves desviaciones de la columna vertebral.
- Malformaciones congénitas.- Deformaciones o ausencias de partes del cuerpo humano.
- Otras discapacidades motrices.- Secuelas de luxación congénita de cadera, distrofia muscular progresiva, deformación de las articulaciones de manos y pies como secuelas de artritis, entre otras

B) Con afectación cerebral

- Secuelas de parálisis cerebral infantil.- Falta de coordinación motora que le dificulta caminar, o graves dificultades para la destreza manual.

- Accidente cerebro-vascular.-Trombosis, embolias, hemorragias cerebrales que ocasionan hemiparesias (Disminución del movimiento que afecta a un lado del cuerpo, sin llegar a la parálisis), hemiplejías (Parálisis que afecta a un lado del cuerpo).
- Traumatismo cráneo encefálico.- Secuelas graves de golpes en la cabeza que ocasiona alteraciones cognitivas y motrices.

C) Por afectación visceral

- Enfermedad renal.- Graves enfermedades del riñón que requiere diálisis.
- Enfermedad cardio-respiratoria.- Enfermedades graves del corazón y los pulmones que afectan su capacidad de realizar actividades que requiere esfuerzo físico, o con necesidad de la utilización de oxígeno permanente.
- Inmunodeficiencia adquirida.- VIH, SIDA.
- Cáncer con evidencias de metástasis.- Cáncer en etapas avanzadas.

D) Acondroplasia o Talla Baja (Personas de Baja Estatura)

- Trastorno congénito del crecimiento debido a la falta del desarrollo del cartílago de crecimiento de los huesos largos de las extremidades, se caracteriza por una talla baja proporcionada, con brazos y piernas cortas, en relación a la cabeza y tronco. El desarrollo mental y sexual es acorde a su ciclo evolutivo. La causa que origina la Acondroplasia es desconocida, ocasionalmente hereditaria. No existe tratamiento farmacológico en la actualidad que modifique la talla.

NIVELES O GRADOS PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

- Con dificultad pero de manera independiente
- Independiente con apoyo de ayudas técnicas (audífonos, muletas, sillas de ruedas, prótesis, andadores, bastones, etc.)
- Dependiente parcial con apoyo de ayudas técnicas
- Dependiente con apoyo de ayudas técnicas con poca posibilidad de realizar acciones o sólo con ayuda de otros.
- Dificultad para alcanzar objetos y para utilizar el transporte público.
- Servicios públicos inalcanzables por la ubicaciones demasiado altas.

2.2.- DISCAPACIDAD MENTAL Y PSICOLÓGICA

Se refiere a deficiencias y/o trastornos de la conciencia, del comportamiento, del razonamiento, de los estados de ánimo, afectividad, la comprensión de la realidad, (irritabilidad, depresión, inestabilidad emocional crónica); generalmente debido a enfermedades mentales como la esquizofrenia, trastorno bipolar, psicosis y otros.

Enfermedad Mental

La valoración de la enfermedad mental se realiza de acuerdo a los grandes grupos de Trastornos Mentales incluidos en los sistemas de clasificación universalmente aceptados: Clasificador Internacional de Enfermedades (CIE-10), y el Manual de Diagnóstico y

Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV)⁵.

La sintomatología debe cumplir las siguientes características:

- Ser crónicos, de larga evolución (mínimo dos años).
- Estar bajo tratamiento psiquiátrico o farmacológico, permanente.
- Cumplir con los criterios diagnósticos de los Manuales de Clasificación de Enfermedades Mentales universalmente aceptadas.
- Interferir en la capacidad de llevar una vida autónoma (descuido en su aseo personal y/o vestimenta, se encuentra afectada su capacidad de juicio crítico sobre sí mismo y los demás, etc.).
- Afectación en la actividad laboral (déficit en la concentración, en la continuidad y ritmo en la ejecución de las tareas; dificultad en adaptarse a circunstancias estresantes, en la toma de decisiones, en planificar y finalizar a tiempo sus trabajos, en la interacción con sus jefes y compañeros, etc.).

Tomando en cuenta como referencia a los grandes grupos psicopatológicos susceptibles de valoración, algunos ejemplos que nos permiten entenderlos e identificarlos de mejor manera son:

- **Trastornos Mentales Orgánicos.-** Demencia que se caracteriza por presentar: deterioro grave de la memoria, dificultad para retener la información aprendida, deterioro en el juicio y pensamiento, descuido en su aseo personal, irritabilidad, etc.
- **Trastornos Psicóticos.-** Esquizofrenia que se caracteriza por presentar ideas delirantes de ser controlado, de influencia, alucinaciones, discurso del pensamiento incoherente o irrelevante, negativismo, mutismo, apatía, lentitud psicomotora, etc.
- **Trastorno del Estado de Ánimo.-** Trastorno Bipolar que se caracteriza por presentar cambios bruscos del humor que van de la tristeza crónica a la manía (exageración del estado de ánimo, aumento de la vitalidad y del nivel de actividad), reiterados intentos de suicidio, autoagresiones, graves problemas de concentración, sentimientos de inferioridad, ideas de culpa, trastornos del sueño, pérdida del apetito, etc.
- **Trastornos de Ansiedad y/o Adaptativo:** Se caracteriza por presentar cuadros de ansiedad generalizada, permanentes quejas de sentirse constantemente nervioso, con presencia de temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas.
- **Trastornos de Personalidad:** Comportamientos permanentes profundamente arraigados en el individuo, que se manifiestan con respuestas inflexibles y/o extremas; lo que interfiere notablemente en su adaptación; en este caso se encuentra el Trastorno de Personalidad Paranoide, caracterizado por: sensibilidad excesiva a los contratiempos, incapacidad para perdonar agravios, suspicacia, celotipia, preocupación por conspiraciones sin fundamento, sentimiento combativo y de lucha por sus derechos al margen de la realidad.

⁵ CIE-10: Manual Oficial de Clasificación de Enfermedades, publicado por la Organización Mundial de la Salud. Determina la clasificación y codificación de todas las enfermedades.

DSMIV.: Manual de Clasificación de Trastornos mentales publicado por Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Contiene una clasificación de los trastornos mentales.

2.3.- DISCAPACIDAD INTELECTUAL



Se refiere a deficiencias en personas que presentan especial dificultad en la comprensión de ideas complejas, así como, en la capacidad de: razonar, resolución de problemas, toma de decisiones; lo que repercute en sus procesos de socialización, relacionamiento interpersonal y desenvolvimiento en la vida diaria, siendo fácilmente influenciados por el medio. Tiene relación los casos de personas con Retraso Mental de grado: fronterizo, leve, moderado, grave y profundo; el rango del Coeficiente Intelectual que no implica retraso mental, oscila de 81 a 110 puntos.

EJEMPLOS DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL:

- Síndrome de Down.- Se caracteriza por presentar una debilidad o hipotonía muscular generalizada, un grado variable de deficiencia cognitiva entre leve y retardo en el crecimiento. Con más frecuencia se asocian cardiopatías congénitas y enfermedades del tracto digestivo, entre otros.
- Síndrome de Cri du Chat o Maullido de Gato.- Se caracteriza por presentar retraso mental, cabeza pequeña, implantación baja de las orejas, cardiopatías, escoliosis, entre otros.
- Algunos casos de Autismo.- Son caracterizados por grave déficit del desarrollo, permanente y profundo, afecta la socialización, la comunicación, la imaginación, la planificación, la reciprocidad emocional y evidencia conductas repetitivas o inusuales.
- Trastorno Desintegrativo Infantil - Síndrome de Rett.- Se caracteriza por una aparición tardía (2 años de edad), retraso grave en la adquisición del lenguaje y de la coordinación motriz, así como retraso mental grave o severo, la pérdida de las capacidades adquiridas es progresiva.
- Secuela de Parálisis Cerebral Infantil.- Son complicaciones derivadas con problemas de reanimación, dificultad respiratoria, infecciones como la meningitis del recién nacido, etc.

En todos estos casos de acuerdo a la causa que origina su discapacidad, así como las posibilidades de acceso a procesos de rehabilitación: física, de lenguaje y psicopedagógica, se determinará el respectivo grado de retraso mental, desde fronterizo hasta profundo.

RETRASO MENTAL ⁶:

Definido como capacidad intelectual general; significativamente inferior al promedio, Capacidad Intelectual (C.I.) inferior a 80.

⁶ Lo referente al Retraso Mental, está basado en el Manual de Valoración de las Situaciones de Minusvalía. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales –IMRSO. (2000) Manual de Valoración de las Situaciones de Minusvalía. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Primera Edición. Págs. 261 -266.

Para su correcta evaluación deben tomarse en cuenta estos cinco aspectos:

1. Psicomotricidad-Lenguaje,
2. Habilidades de Autonomía Personal y Social,
3. Proceso Educativo,
4. Proceso Ocupacional Laboral ; y
5. Conducta.

Se describen los siguientes grados:

A. Capacidad Intelectual limite / limítrofe: (C.I.=70-80)

Principales características:

Psicomotricidad y Lenguaje

- Puede observarse en edades tempranas un ligero retraso en el desarrollo psicomotor.
- Dificultades en la coordinación psicomotora en habilidades que impliquen gran precisión (agarrar en pinza, escritura, coordinación sincronizada de vista, oído, cuerpo).
- Pensamiento lento y subordinación a la acción.

Habilidades de autonomía personal y social

- Total autonomía personal.
- Poca habilidad para establecer relaciones sociales.
- Capacidad para organizar su rutina diaria.
- Adaptación lenta a lugares ajenos a su entorno social.
- Utiliza recursos que ofrece la comunidad con asesoramiento.
- Mantiene relaciones de amistad.
- Respeta las normas sociales establecidas.

Proceso educativo

- Presenta fracaso e inadaptación en niveles avanzados de la escolaridad.
- Consigue con lentitud los procesos de aprendizaje formales (secundaria), con apoyo psicopedagógico permanente y con adaptaciones curriculares.
- Presenta atención dispersa y baja concentración y motivación en actividades de aprendizaje.

Proceso Ocupacional Laboral

- Graves dificultades para acceder al mercado de trabajo competitivo.
- Desarrolla actividades que no impliquen responsabilidad ni toma de decisiones.
- Bajo rendimiento en actividades laborales.

Conducta

- Generalmente buen nivel de conducta adaptativa.
- Inestabilidad emocional, fácilmente influenciado por el medio.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Inseguridad y escasa iniciativa ante la realización de actividades.
- Requiere un discreto control de su conducta.

B. Retraso Mental Leve: (C.I.=51-69)

Principales características:

Psicomotricidad y Lenguaje

- Retraso evolutivo senso-motriz.
- Las etapas del desarrollo psicomotor se cubren en edades más avanzadas (adquisición de la marcha, lenguaje, control de esfínteres, etc.).
- Poca precisión en las tareas que exigen destreza y/o coordinación.
- No logra una buena integración del esquema corporal.
- Puede presentar problemas en el habla (disartria, dislalia, etc.).
- Lentitud en el pensamiento como en la acción.
- Lenguaje funcional, pobreza en su vocabulario.
- Comprende órdenes complejas, dentro de su marco referencial (familiar, escuela, barrio).

Habilidades de autonomía personal y social

- Se desenvuelve por sí solo en lugares habituales de forma rutinaria (familia, escuela, trabajo, barrio).
- Colabora en tareas del núcleo familiar (hacer encargos, barrer, limpieza de la vajilla, arreglo de la ropa, etc.).
- Dificultad para anticiparse a los peligros, no existiendo reacción adecuada ante los mismos.
- Requiere asesoramiento para realizar actividades no habituales y para utilizar los recursos sociales (pago de luz, agua, compras en el supermercado).
- Su núcleo de referencia se restringe frecuentemente a la familia, barrio o círculo laboral.
- Capacidad para organizar su rutina diaria.
- Preferencia por relacionarse con personas de menor edad.

Proceso educativo

- Consigue los procesos de aprendizaje sensorio-motriz y pre operacional (pudiendo alcanzar la educación básica) con apoyo psicopedagógico permanente y adaptaciones curriculares.
- Déficit de atención y concentración que limita el aprendizaje.
- Lectura y escritura comprensiva limitada a niveles muy elementales.
- Ritmo inconstante en el aprendizaje.
- Adquiere habilidades manipulativas básicas (utilizar cubiertos, vestirse, bañarse, lavar la vajilla, etc.).

Proceso Ocupacional Laboral

- Integración laboral en Centros Ocupacionales o Centros Especiales de empleo.
- Desarrollo de tareas manipulativas rutinarias (pegar etiquetas, envolver objetos, ordenar por tamaño, forma, color, etc.).
- Ritmo inconstante en la ejecución de actividades.
- Incapacidad de organización y planificación de su tiempo libre.
- Bajo rendimiento en actividades laborales.

Conducta

- Inseguridad y falta de iniciativa en la realización de actividades.
- Actitudes repetitivas y de rechazo en actividades que suponen dificultad.
- Expresa su frustración a través de conductas heteroagresivas, generalmente verbales.
- Inestabilidad emocional, fácilmente influenciado por el medio.
- Labilidad emocional.
- Requiere ocasional supervisión para la realización de actividades de la vida diaria.

C. Retraso Mental Moderado: (C.I.=35-50)

Principales características:

Psicomotricidad y Lenguaje

- No llega a la plena consecución de adquisiciones motrices (la marcha, correr, saltar).
- Adquiere en edad tardía control postural adecuado.
- Poca destreza manual, necesitando ayuda para actividades que requieren movimientos finos (utilizar cuchara, abotonarse, utilizar tijeras, etc.).
- Predominio de la acción sobre el lenguaje y el pensamiento.
- El habla aparece tardíamente y presenta abundantes trastornos.
- Comprensión de órdenes verbales sencillas.
- Reconocimiento de imágenes y objetos habituales.
- Vocabulario reducido y reiterativo.

Habilidades de autonomía personal y social

- Necesita supervisión para la realización de actividades de la vida diaria (alimentarse, vestirse, higiene personal).
- Colabora en tareas muy sencillas de la casa.
- Autonomía suficiente para desplazarse en su entorno natural (familia, escuela).
- Relación social con iguales en edad mental o adultos que le proporcionen seguridad.
- No existe anticipación ni sentido de peligro en situaciones no habituales.
- Sus relaciones interpersonales se limitan al ámbito familiar y ocupacional.
- Dificultad para aceptar normas sociales.

Proceso educativo

- Supera el proceso de aprendizaje sensorio-motriz tardíamente al período pre operacional.

- Aprendizaje de conceptos básicos elementales referidos a situaciones concretas (color, forma, tamaño).
- Se integra a centros de educación especial.

Proceso Ocupacional Laboral

- Integración en el marco de un Centro Ocupacional.
- Desarrolla tareas con supervisión y ayuda ocasional.
- Ritmo lento y ejecución repetitivas e las tareas.
- Necesita asistencia para la utilización de su tiempo libre.

Conducta

- Solicita constantes demostraciones de atención y cariño.
- Afectividad ciclotímica y voluble.
- Los cambios en sus hábitos diarios pueden originar trastornos de adaptación (agresividad, tristeza, llanto).
- Conductas hétero agresivas y ocasionalmente auto agresivas.
- Conductas afectivas y sexuales desinhibidas.
- Requiere permanente supervisión para la realización de actividades de la vida diaria.

D. Retraso Mental Grave o Profundo: (C.I.=34-20)

Principales características:

Psicomotricidad y Lenguaje

- Puede adquirir la marcha.
- Alcanza la aprehensión y manipulación burda de objetos (coger una cuchara, taza, juguetes).
- Comunicación a través de expresiones sin estructura semántica, como gritos, llantos, sonidos inarticulados.
- Comprende y responde a órdenes imperativas que impliquen una o dos a acciones.
- Dificultades para mantener el contacto visual.

Habilidades de autonomía personal y social

- Dependencia total en actividades de la vida diaria, aunque pueda realizar alguna de forma incompleta.
- Parcial control de esfínteres.
- Desplazamiento con fin rutinario en ambientes controlados.
- Reconoce a los miembros de su familia y personas de su entorno muy habitual.
- No existe relación social.

Proceso educativo

- Se integra en Centros Específicos de Educación Especial.
- Se inicia con entrenamiento en adquisiciones básicas (avisar que quiere ir al baño, comer, etc.).

Proceso Ocupacional Laboral

- Requiere apoyo del adulto en la ejecución de tareas sencillas.
- Permanece en Centros Asistenciales.
- Realiza tareas de forma mecánica y durante breves períodos de tiempo.
- Depende de otra persona para la utilización del tiempo libre.

Conducta

- Gran dependencia afectiva.
- Frecuentes manifestaciones de auto y hétero agresividad.
- Conductas bruscas e impulsivas.
- Conductas estereotipadas.
- Conductas de auto estimulación sexual.
- Desconexión ambiental.
- Total dependencia para la realización de actividades de la vida diaria.

Existen casos de niños que presentan deficiencias auditivas y visuales, y debido a que estas no han sido identificadas de manera oportuna, las mismas se manifiestan a través de dificultades en la adaptación y el rendimiento escolar, provocando que en el entorno familiar y educativo sean confundidos y considerados como niños y niñas con retraso mental. Frente a esta situación, actualmente el gobierno como política de Estado promueve y realiza el tamizaje neonatal y preescolar, (procedimientos que consisten en la realización de exámenes para el diagnóstico temprano y atención especializada; en el caso de neonatos se realiza un examen de sangre para prevenir discapacidades intelectuales, y en el caso de niños preescolares se realizan evaluaciones auditivas y visuales para la respectiva intervención según su necesidad).

2.4.- DISCAPACIDAD SENSORIAL

Dentro de este grupo, se hace referencia a deficiencias de los sentidos de la vista, la audición y el lenguaje.

2.4.1 DISCAPACIDAD VISUAL:



Se refiere a personas que presentan ceguera y baja visión. En ambas situaciones se estaría hablando de personas con un alto grado de pérdida de visión, es decir, personas que: no ven absolutamente nada, o aun con la mejor corrección posible (uso de lentes), presentan grave dificultad para ver; su situación es estable, es decir, sin posibilidad de mejoría mediante intervención quirúrgica o tratamiento adecuado.

También corresponde a esta discapacidad, las personas que presentan desfiguración de un ojo y uso de una prótesis ocular.

Personas con Ceguera: Dentro de esta categoría estarían contemplados cuatro grupos de personas:

1. Aquellas que no ven nada en absoluto.
2. Aquellas que solamente tienen una ligera percepción de luz, es decir, son capaces de distinguir entre luz y oscuridad pero no la forma de los objetos.
3. Aquellas que únicamente pueden distinguir los objetos si estos se encuentran directamente enfrente de ellos. Es decir, son incapaces de detectarlos cuando se encuentran a un lado, encima o debajo de sus ojos. Por tal motivo, pueden tropezar o golpearse con los objetos que no están justamente delante.
4. Aquellas que al mirar de frente un objeto ven un punto ciego, como si faltase algo en el centro de la imagen.

Personas con Deficiencia Visual o Baja Visión: Se refiere a aquellas personas que, con la mejor corrección óptica posible (lentes convencionales o lentes de contacto) podrían ver o distinguir, aunque con gran dificultad, algunos objetos a una distancia muy corta (menos de tres metros). En la mejor de las condiciones, pueden leer la letra impresa, si esta es de suficiente tamaño y claridad, pero, generalmente, de forma más lenta, con un considerable esfuerzo y utilizando ayudas especiales (lupas). Se dice que conservan todavía un resto de visión útil para su vida diaria (desplazamiento, tareas domésticas, lectura, etc.). Su visión suele ser borrosa.

Las personas con discapacidad visual pueden acceder a las tecnologías de la comunicación y la información, TICs, a través de diferentes programas informáticos de lectura de pantalla, (programas que reproducen en audio lo que el cursor va identificando en la pantalla de la computadora, probablemente el más conocido es el programa "JAWS")

2.4.2 DISCAPACIDAD AUDITIVA:



Se refiere a personas con sordera total y/o con sordera moderada y severa de ambos oídos, la cual dificulta la comunicación con su entorno. La discapacidad auditiva puede presentarse por causas: genéticas, congénitas, infecciosas, ocupacionales, traumáticas, tóxicas, envejecimiento y otras.

Dentro de esta discapacidad se manifiestan los siguientes tipos:

Sordera pre locutiva: Se refiere a personas que adquirieron la sordera antes del desarrollo del lenguaje - antes de los 3 años de edad- (Ej. casos congénitos y genéticos, secuelas de enfermedades adquiridas como meningitis); si estos casos no reciben rehabilitación o terapias oportunas no desarrollan el lenguaje oral, mas pueden comunicarse a través de su propia Lengua, la Lengua de señas.

Sordera post locutiva: Hace referencia a personas que adquirieron la sordera luego del desarrollo del lenguaje oral (Ej. secuelas de enfermedades adquiridas, traumatismos craneo encefálicos, infecciones, etc.).

Según el nivel de la pérdida auditiva, existen diferentes grados de discapacidad auditiva:

- **Hipoacusia moderada:** Pérdida de la audición de ambos oídos con graves dificultades para escuchar y comprender el lenguaje a pesar de la utilización de audífonos. Se escucha la voz sin discriminar el mensaje.
- **Hipoacusia grave o severa:** Pérdida grave de la audición de ambos oídos que no permite escuchar sonidos ni discriminar palabras, pueden desarrollar la destreza de lectura de labios.
- **Hipoacusia profunda o sordera:** Pérdida total de la audición, la gran mayoría de sonidos no son escuchados.

AYUDAS TÉCNICAS AUDITIVAS:

Audífonos: Las personas con hipoacusia pueden beneficiarse del uso de audífonos (también conocidos como otoamplifonos), son aparatos que canalizan y amplifican las ondas sonoras.

Implante coclear: Un implante coclear es un dispositivo electrónico diseñado para mejorar la percepción de los sonidos y la comprensión del habla en los niños/ niñas y adultos con sordera profunda que obtengan escasos o nulos beneficios con el uso de audífonos convencionales.

El sistema de implante coclear tiene unos componentes externos (un micrófono, un procesador de sonidos y un auricular), y unos componentes internos, que se implantan mediante una intervención quirúrgica y no son visibles desde el exterior (el implante propiamente dicho y la matriz de electrodos). Los componentes externos capturan los sonidos ambientales y procesan estos sonidos de forma que puedan ser transmitidos hasta el implante; después, el implante pasa las señales a lo largo de la matriz de electrodos, desde donde los electrodos individuales transmiten al nervio auditivo hasta el cerebro, donde son percibidos como sonidos.

ENFOQUE DE ATENCIÓN: EL ORALISMO EN PERSONAS SORDAS

El oralismo implica la intención de enseñar a hablar a niños y niñas sordos/as, descubriendo el resto auditivo de alguno de ellos; la filosofía netamente oralista compromete el lenguaje receptivo por medio de la lectura labial y el aprovechamiento del resto auditivo y el lenguaje expresivo mediante la producción sonora, existen:

- Niños o niñas que utilizan audífonos o implante coclear, estos aparatos son importantes en el oralismo porque ayudan a los niños a oír y amplificar el sonido lo más posible.
- Niños o niñas que se comunican oralmente podrán eventualmente ser integrados a la educación regular.

Antes de comenzar el proceso de rehabilitación logopédica es necesario tener presentes dos aspectos fundamentales:

- El momento en que esta se produce: pre locutivas (antes del desarrollo del lenguaje) o post locutivas (posteriores a su desarrollo), y el grado de pérdida de audición.
- Las condiciones ambientales, el lugar o sala en el que se va a realizar la rehabilitación debe estar aislado de los ruidos del entorno.

LAS PERSONAS SORDAS: UN CONCEPTO SOCIOLÓGICO

Mientras que las personas oyentes enfatizan aquello que les falta, etiquetándolos como discapacitados, las personas Sordas enfatizan sus capacidades y sus cualidades positivas como personas visuales.

Sobre este punto, se recogen las palabras de Marku Jokinen, uno de los dirigentes sordos de la Federación Mundial de Sordos:

“Tradicionalmente la sordera se ha estudiado desde el punto de vista clínico-patológico (visión médica) en campos tales como la psicología, la educación, entre otros. La sordera se ve como una deficiencia que debe ser curada, eliminada o disminuidas sus consecuencias. (...) La visión médica ve a una Persona Sorda como alguien a quien no se quiere, no normal, que necesita ser cambiada, curada. (...) Las Personas Sordas han cuestionado siempre el derecho de que los demás opinen sobre lo que ellos son. A pesar de que el punto de vista de la mayoría es éste, es muy interesante que las Personas Sordas no vean la Sordera como una enfermedad, como un fenómeno negativo, algo que debería ser eliminado. Por el contrario, las propias Personas Sordas unen conceptos tales como Lengua de Señas, comunidad, identificación con otros, grupos de compañeros, cultura, historia, tradición, narración de historias, reuniones sociales, lucha por sus derechos civiles y lingüísticos y muchos más, a su concepto de Sordera. (...) Una mayoría ve a las Personas Sordas como un grupo de discapacitados; pero, muchas de las Personas Sordas no se identifican como personas discapacitadas, se identifican más como un grupo minoritario, cultural y lingüístico debido a su lengua natural”.

Desde esta perspectiva, la diferencia entre las personas sordas y las oyentes no estaría en el hecho de que unas oigan y otras no, sino en las consecuencias culturales que ello provoca. Así, frente a una cultura en la que la audición tiene un peso central (la oyente) se sitúa otra, organizada alrededor de la experiencia visual (la sorda); frente a una lengua de características auditivo-vocales y organizada temporalmente (la lengua oral), se sitúa otra de tipo visuo-gestual que utiliza el espacio para su organización (la lengua de señas). La sordera se convierte así en un fenómeno, que partiendo de una base biológica, lleva a las personas a construir unos procesos de socialización diferentes.

LA LENGUA DE SEÑAS:

Es una lengua que emplea el canal visual para la recepción y el movimiento gestual en el espacio como forma de expresión, la mirada es un elemento fundamental para iniciar una conversación en Lengua de Señas; y ningún diálogo podrá comenzar si no existe contacto ocular entre los signantes.

Quizá la característica más peculiar de las lenguas de señas, y la diferencia de las lenguas orales, es que un buen número de relaciones morfo-sintácticas se expresan a través del movimiento de las manos, de las expresiones faciales y, sobre todo, del uso del espacio. Diferente de las lenguas orales, que en gran medida expresan las relaciones sintácticas a través del orden de las palabras, las lenguas de signos lo hacen a través de la manipulación de los signos en el espacio; es decir, la lengua de señas no sigue las reglas gramaticales: “primero el artículo, luego el sujeto, luego el predicado”, sino que sintetiza expresiones más o menos complejas a través del movimiento de las manos y expresiones faciales y gestuales.

No existe una Lengua de Señas Universal, cada localidad desarrolla una manera particular de comunicación de acuerdo a su contexto, en nuestro país se practica la **Lengua de Señas Ecuatoriana**.

Es importante señalar que para referirnos correctamente a una persona con discapacidad auditiva, debemos utilizar el término “**persona sorda**”. Igualmente debemos eliminar la utilización de la expresión “sordo-mudo”, por considerarla peyorativa. Lo correcto será referirnos como “**persona sorda con falta de lenguaje oral**”

2.4.3 DISCAPACIDAD DEL LENGUAJE:

Se refiere a personas que presentan deficiencia para la expresión verbal, la cual dificulta la comunicación y la interrelación; sus causas pueden ser:

- Vinculaciones con una sordera presente desde el nacimiento (un niño o niña que nunca escuchó, seguramente no hablará).
- Secuelas neurológicas. Ejemplo: consecuencias de lesión cerebral, trauma cráneo encefálico, entre otros).
- Lesiones en estructuras locales. Ejemplo: afectación de cuerdas vocales, lengua, faringe, laringe, paladar hendido, secuelas del uso de traqueotomías, etc.

La construcción de una sociedad inclusiva implica necesariamente el relacionarnos y brindar un trato respetuoso hacia las personas con discapacidad. El lenguaje cotidiano, las expresiones habituales así como las diferentes formas de relacionarnos con ellas, son manifestaciones que día a día construyen el imaginario colectivo con respecto a la discapacidad; por ello, la necesidad de emplear un lenguaje positivo y contar con una guía práctica que nos ayude a mejorar nuestra relación e interacción con las personas con discapacidad.