

Personas con hándicaps sensoriales: personas invidentes

Curso académico 2013/2014

- Silvia Escobar Delgado
- Alba Martín Pereira
- Inmaculada Pazo López
- Yanira Pérez Carnero
- Luz Marina Piñeiro Domínguez
- Inmaculada Ponce Ponce

ÍNDICE

1. Introducción.....	Pág. 2
2. Dimensión médico-pedagógica del Dr. Miguel Mérida Nicolich.....	Pág. 3
3. Entre la normalización y la utopía.....	Pág. 8
4. Sujetos con deficiencias sensoriales.....	Pág. 12
4.1 Ceguera.....	Pág. 13
4.1.1 Causas de la ceguera.....	Pág. 15
4.2 Sordoceguera.....	Pág. 15
4.2.1 Tipos de sordoceguera.....	Pág. 16
4.3 Sistemas de comunicación: braille.....	Pág. 17
4.3.1 Estructura del sistema.....	Pág. 17
4.3.2 Escritura del sistema braille.....	Pág. 22
4.3.3 Necesidad del braille.....	Pág. 23
4.3.4 Características de la lectura.....	Pág. 24
4.3.5 Técnica de la lectura.....	Pág. 24
4.4 Métodos SAAC.....	Pág. 25
4.5 Materiales de apoyo.....	Pág. 28
4.6 Inclusión en sociedad.....	Pág. 38
4.7 Inclusión en los colegios.....	Pág. 39
5. Enunciados de la carpeta lecturas.....	Pág. 40
6. Evaluación.....	Pág. 41
7. Conclusión.....	Pág. 42
8. Bibliografía y webgrafía.....	Pág. 44

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de este proyecto invitamos al lector a introducirse en el mundo de las personas con algún tipo de dificultad visual, para asimismo darle la oportunidad de descubrir todo lo relacionado con dicha discapacidad conociendo su sistema de lectoescritura (Braille), los sistemas alternativos y aumentativas de comunicación que pueden utilizar así como determinados materiales que pueden estar a su disposición pasando a lo sumo por un recorrido en el que puede conocer los diferentes grados de ceguera existentes junto con los profesionales que trabajan con éstos y el modo en que pueden desenvolverse en los distintos ámbitos educativos de la sociedad en la que viven. Toda esta investigación es la que nos ha llevado a evidenciar los estigmas y las dificultades que, a pesar de los avances que se han llevado a cabo en lo referente a su inclusión, aún son latentes en la actualidad, y por lo cual, deben diseñarse y poner en marcha las ya organizadas políticas de intervención para una mayor inclusión y facilitación de recursos más adaptados a ellos.

También invitamos a una reflexión sobre el estereotipo, los estigmas y desventajas que este colectivo viene sufriendo en la actualidad con la finalidad de que tenga lugar un cambio de valores y de conducta por parte de todos como sociedad y para que puedan ser tratados como personas dignas.

2. DIMENSIÓN MÉDICO-PEDAGÓGICA DEL DR. MIGUEL MÉRIDA NICOLICH



El Dr. Miguel Mérida Nicolich, nacido en Arriate (Málaga) en el año 1892, fue oftalmólogo y posteriormente educador de ciegos. Realizó sus estudios de medicina en la universidad de Granada en el año 1915 obteniendo la calificación de sobresaliente, un hombre comprometido con sus estudios, sociable y alegre. A la misma vez que cursaba sus estudios de medicina, acudía a la clínica oftalmológica dirigida por el Dr. García Corpas, en Málaga, para llevar a cabo la práctica junto a la teoría. Tras completar con éxito sus estudios se especializa en

anomalías de corneas con el Dr. Márquez de Madrid, quien será su oftalmólogo tras sufrir un grave accidente.

Con su tesis *“Topografía del tracoma en la provincia de Málaga. Nuevas ideas de su distribución geográfica”* obtiene, en 1919, el grado de Doctor con la calificación de sobresaliente. Sus investigaciones se centrarán en el tracoma, una enfermedad del ojo que afecta a una gran cantidad de personas, sobre todo con falta de higiene en la provincia de Málaga, Almería y la Costa Mediterránea, y en buscar soluciones para erradicarlo.

Es en el hospital Santo Tomás de Málaga donde comienza su carrera profesional como médico auxiliar, y unos años más tarde, como oculista municipal. Éste último puesto le fue ofrecido sin tener que realizar ninguna prueba de capacidad, pero esta opción fue rechazada por él, pues sólo quiso acceder a la profesión en el caso de poder realizarla. Su humildad se dejaba ver en todos los aspectos. Es en el año 1924 cuando es nombrado director propietario de dicho centro.

Comprometido con su profesión participa en congresos de oftalmología donde presenta trabajos que son muy bien valorados por su buen rigor científico e imparte conferencias y procura conversar con todo científico que pase por la ciudad malagueña.

Su compromiso y lucha por erradicar y solucionar la enfermedad del tracoma lo hacen conocido en todo el país. En poco tiempo pasa a ser nombrado secretario del colegio médico de Málaga y funda la revista médica de Málaga.

Con su presencia en la junta directiva, consigue subvenciones para que la biblioteca del colegio de médicos sea actualizada cada mes. Las lecturas en este campo son algo verdaderamente importante.

En el mismo año (1924) sufre un terrible accidente en el que se queda ciego. Según la poca información procedente de la época, relatan que el Dr. Miguel Mérida se encontraba tomando una bebida con un amigo, cuando tras coquetear con una chica, el novio de ésta le disparó 5 veces, alcanzándole una bala el cráneo y seccionándole el nervio óptico de ambos ojos. A partir de ahora, el Dr. Miguel Mérida comenzará a sentir, en primera persona, la vida como sus propios pacientes por los que lucha cada día.

Pero su vida no se viene abajo, lucha por buscar alternativas a su vida y en ningún momento se encierra en un victimismo.

Al quedar ciego descubre como en España no se dispone de recursos para atender y guiar a las personas ciegas y debe acudir a centros en el extranjero, lo que le llevó a buscar soluciones en lo relacionado en este ámbito en España.

Su sentimiento humanitario será el mejor prerrequisito para ser un excelente educador, por lo que se prepara de un modo consciente y responsable. En 1928 obtiene el título de maestro de primera enseñanza que le capacita para la docencia. A la vez realiza el aprendizaje del braille, ballu y el abreu, sistemas de lectoescritura en relieve. También se prepara y consigue ser profesor especial de ciegos, título obtenido en el colegio nacional de sordomudos y ciegos de Madrid y demuestra que tiene una gran valía y que su puesto de dirección no lo obtuvo por pena, sino por su valía. Además estudia y perfecciona el inglés para poder seguir investigando y buscando alternativas para la población invidente, a través de la experiencia de centros y especialistas de otras partes del mundo.

En poco tiempo consigue hacer del instituto provincial de sordomudos y ciegos de Málaga una institución modelo, llegándose a considerar el centro docente mejor organizado de toda España.

En 1931, fue ponente oficial en la conferencia mundial de trabajos para los ciegos celebrada en Nueva York, donde presentó su trabajo “causas y prevención de la ceguera”. Allí asistió Henry Ford, que informó de que tenía contratados a más de cien ciegos en sus fábricas de automóviles y que las personas que presentaban esta discapacidad podían realizar trabajos de presión.

A su regreso a España viene con la idea de organizar talleres donde los ciegos puedan prepararse para desempeñar trabajos en fábricas y puestos de responsabilidad.

Su cansancio nunca fue debido a su discapacidad sensorial, sino a intentar luchar contra los contratiempos de la época por conseguir una mejora en la calidad de la vida de las personas ciegas. Su positivismo le daba la energía necesaria para seguir adelante.

El Dr. Miguel Mérida es muy consciente de las carencias que sufren las personas sin visión desde que estudió oftalmología, pero es desde su propia experiencia cuando comprueba con más evidencia este problema y corrobora que el problema más grave es la falta de atención por parte de las autoridades.

En uno de sus discursos hace pública su reflexión en este tema y recuerda como él tuvo que recurrir a países extranjeros para recibir la asistencia necesaria tras quedar ciego. Como lector habitual de revistas y libros del extranjero, saca de sus lecturas la importancia de mejorar la situación de las personas ciegas, tanto en el ámbito personal como en el social.

Tras mostrar la estadística de Hirschberg, que indica que existen 111 ciegos por cada 100000 habitantes, plantea la necesidad de una intervención socio-educativa y sugiere algo fundamental en el enfoque de la educación especial: el diagnóstico previo como eje de intervención para llevar a cabo una adecuada atención a las necesidades educativas de los alumnos.

Hizo ver la importancia de conocer el número de personas ciegas que existían en cada ciudad, para poder intervenir adecuadamente, cosa que hasta el momento ninguna institución había planteado.

En una ponencia muestra los datos estadísticos donde se puede apreciar la dificultad por la que atraviesan en la educación los ciegos, tras mostrar cómo un 74% de los ciegos son analfabetos y demandan alternativas de modo urgente. También compara a Inglaterra con España y demuestra cómo, conociendo el número de personas sin visión y en qué situación adquirieron la ceguera, se pudo frenar la pérdida de visión en más habitantes, dando pautas adecuadas de prevención. También cuenta cómo hay una formación específica para personas sin visión o con visión defectuosa y cómo el estado ofrece becas de estudio y ayudas económicas para los mayores de 50 años, dando la protección necesaria a estas personas, además de contar con bibliotecas específicas de braille y libros de braille en bibliotecas para invidentes. Con esto compara a Inglaterra con España, y hace ver la escasez de recursos que se poseen en España en lo relacionado a la educación de personas invidentes. También hace referencia a la educación que comparten invidentes y sordos bajo el mismo techo, sin ser conscientes de las necesidades diferentes que tienen ambas diversidades. Hace referencia a la escasez de libros en braille y cómo están desamparados los transcritores, ya que no cuentan con apoyo económico ni moral del estado. Tampoco existe ninguna asociación creada para la protección de esta diversidad. Afortunadamente existen grupos de invidentes que se reúnen para entre ellos y sin protección del estado aprender braille o música.

En Inglaterra cuentan con la ayuda a la formación en oficios adecuados a los invidentes y la adaptación de recursos para profesionales que tras perder la visión pretenden seguir con su profesión, corriendo a cargo del estado los medios necesarios para que puedan conseguirlo (escritura de libros, artículos en braille...).

El Dr. Miguel Mérida hace ver que no por perder la visión, el hombre queda desprovisto de vida. Su tacto y su oído harán de apoyo a la falta del sentido de la vista y hace ver cómo hay personas que aun siendo videntes no ven más allá de sus ojos.

La visión de los ciegos ante la sociedad es de piedad, que rara vez se habitúa a tenerlo cerca o a pensar en la posibilidad de su perfeccionamiento. El Dr. Miguel Mérida habla de la desprotección que sufre el invidente por falta de apoyo oficial, lo que empuja al invidente a frecuentar las calles llevándolos a la desmoralización, al vicio o a la mendicidad.

Por todo esto, el Dr. Miguel Mérida exige cambios para modificar el ambiente social, por no hablar de la prevención de la ceguera y la asistencia de quienes aun contando con la prevención, nazcan ciegos o queden ciegos en el transcurso de sus vidas.

Mérida viaja por Francia, Inglaterra, Bélgica y Holanda buscando alternativas reales a la situación. Asiste al XIII congreso internacional de oftalmología celebrado en Ámsterdam y Scheveningue, y allí plasma los no corroborados datos dantescos de la situación española en lo referente a las personas invidentes y sus situaciones. Habla sobre la falta de sensibilidad social y cómo aun existiendo ausencia de centros y talleres se intenta sacar provecho económico de estos últimos. Una vez cumplidos los 16 años, los niños son abandonados en las calles y no se les ofrece la posibilidad de continuar sus estudios. Casi sin dominar a la perfección el braille o la práctica de instrumentos musicales, recorrerán las calles sin más actividad que la castigada mendicidad. Algunos con suerte, conseguirán un puesto vendiendo lotería, aunque no con mucha suerte porque este mismo oficio es ofrecido por videntes llamativos o chicas monas que no sólo venden lotería, sino también su cuerpo.

Todo esto no puede ser erradicado únicamente con el patronato nacional de ciegos y sordomudos, ya que los recursos de los que disponen son escasos por no contar con ayudas políticas.

El Dr. Miguel Mérida expone la importancia de crear escuelas y talleres para esas personas, así como la venta exclusiva por parte de este colectivo, de cerillas o lotería y una ayuda económica para los mayores de 50 años.

El Dr. Miguel Mérida no sólo busca soluciones para los nacidos invidentes, sino también para los que tras sufrir un accidente han perdido el sentido de la vista, creando así la necesidad de velar por la seguridad, sobre todo en los puestos de trabajo, de los trabajadores y las posibles causas que pueden hacer que, por inseguridad, pierdan el sentido de la vista.

Solicita la solución al problema teniendo en cuenta tres factores: legislación, educación y prevención para prevenir.

Defiende como importante la inspección médico-escolar y la salud ocular en los primeros años de vida, dando unas pautas a las madres para el cuidado de los ojos de sus hijos.

El Dr. Miguel Mérida fue un luchador oftalmólogo y ciego, que luchó por los intereses de los invidentes, un colectivo que en la época no gozaba de igualdad y pasaban por necesidades y la fatídica exclusión social, un médico que con su afán de superación y su lucha constante consiguió mover hilos y dejarnos la recompensa actual, donde las personas invidentes gozan de una merecida, aunque escasa, integración social.

El Dr. Miguel Mérida murió a la edad de 40 años, dejando pendiente una lucha que otros retomarían por él.

3. ENTRE LA NORMALIZACIÓN Y LA UTOPIA

Este capítulo de Gilliam Fulcher trata de demostrar cómo a través de métodos y de intencionalidad se puede hacer realidad la transformación de mejoras en la vida de las personas discapacitadas* centrándonos más en lo posible que en lo ideal.

Nos habla de proyectos realizados con personas discapacitadas en los que analizando sus limitaciones y sus posibilidades cambian las ideas de política, práctica, ejecuciones, etc., ideas sobre las cuales deberíamos reflexionar.

El proyecto de normalización

Se inició en la década de 1960 en los Servicios Sociales, fruto de la preocupación por el aprendizaje de las personas con “problemas”.

La idea de normalización ejerció gran influencia en países occidentales en toda una serie de servicios, pero con el transcurso de los años, a pesar de que ha habido un progreso, estos servicios fallan porque no tuvieron en cuenta aspectos elementales como la experiencia de estas personas y las limitaciones materiales en sus vidas. Atendiendo a Chappell, constituye una teoría dominada por las prioridades de los profesionales, y caracterizada por ser funcionalista por su “supuesta” relación entre profesionales y discapacitados, e idealista al pretender cambiar los conceptos de etiquetado y estigma mediante modificación de valores.

*NOTA: Puntualizar que hoy en día se les considera a las personas discapacitadas como personas con diversidad funcional, pero dado que este capítulo es del año 1960, hemos creído conveniente utilizar la terminología correspondiente a dicho capítulo.

En este capítulo, existen teorías sociales de diversos autores como Oliver, Milner, Estes, y Cols, cuyo punto de coincidencia es el no tener en cuenta las necesidades, experiencias y recursos materiales de las personas discapacitadas.

Un problema clave en la teoría de la normalización, es que “ofrece a los discapacitados la oportunidad de que se les asigne funciones sociales valoradas en una sociedad desigual que valora unas funciones más que otras”. (Oliver, 1994, pag. 28)

Más allá de la normalización, este proyecto pretende “transformar” analizando si ésta se puede llevar a cabo con ideas que mantienen una sensibilidad materialista, pero que no considera que las prácticas culturales tengan menor importancia que la economía. ¿Pero qué entendemos por “transformación”? En la vida social, tiene muchas interpretaciones, y normalmente no se define. Foucault decía que se le daba siempre un sentido dualista: cambio/estatus, suerte/planificación, normal/anormal, y que esto da lugar a cuestiones y análisis equívocos. Para evitar estas categorías hay que entender que la vida social está configurada por una selección compleja de prácticas sociales: lingüísticas, fisiológicas, nuevas tecnologías, etc., donde la interacción puede afectar a lo que ocurre o conformar los resultados.

Este proyecto afronta la prueba más dura de la práctica, experimentarla sobre el terreno. Se divide en determinados proyectos enfocados a distintas discapacidades, como el proyecto artístico, en el cual 200 personas con discapacidad intelectual grave acudían todas las semanas para pintar obras individuales; el proyecto con ordenadores y niños diagnosticados como autistas para trabajar la comunicación; y el proyecto de personas con pérdida de visión, un proyecto con trabajadores de la misma condición y al cual hacemos más referencia por ser éste un proyecto enfocado a las personas con déficits sensoriales como colectivo al que nos orientamos en nuestro trabajo.

Éste último proyecto se inició a finales de 1990 y el objetivo formulado por un asistente social y un investigador consistía en estudiar las posibilidades de que personas con pérdida de visión crearan su propio servicio en una clínica para insuficiencia de visión y se consiguiera que no fueran ni clientes, ni pacientes, ni voluntarios, ni consejeros, ni ayudantes, ni consumidores. Ocho personas con pérdida de visión, un asistente social y un investigador se reunieron semanalmente durante doce semanas. En estas reuniones, primó un acuerdo en rechazar la conformidad y un deseo de escuchar y reflexionar lo que decían estas personas. El lenguaje de estas reuniones era de

compañeros de trabajo y los temas que trataban eran los de las diferencias estructurales y la experiencia personal.

Semanas después, encontraron unas dependencias y los trabajadores congéneres se pusieron al servicio de personas que padecían pérdidas de visión y que eran clientes nuevos de la clínica. Al cabo de seis meses, los trabajadores y dos empleados informaron de que el personal “agradecía el servicio” que se utilizaba y un optometrista dijo que estas personas habían transformado su trabajo. Esta clínica, con este modo de trabajo, ha ido aumentando sus clientes y el número de trabajadores congéneres.

Todos estos proyectos se han llevado a cabo no sin problemas, sobre todo administrativos, o sobre temas sobre “el lenguaje” o el discurso de trabajo e igualdad para cuestionar el poder de los discapacitados.

Todo esto ha conllevado a temas de reflexión sobre cómo se representa a los discapacitados y cómo se representa la discapacidad.

Sensibilidad materialista y el proyecto que trasciende a la normalización

Para Hervey, la opresión de los discapacitados deriva de las relaciones de producción económica, de la opresión cultural de las personas discapacitadas asociada a la idea de “cuerpo defectuoso”, de la cultura occidental y de la ansiedad de los no discapacitados sobre su propia posición en el mercado de trabajo. No sólo los discapacitados, también nosotros estamos gobernados por la fuerza y la producción de cuerpos dóciles en el ámbito cultural y económico. Sobre la cultura de la discapacidad, afirma que se deben plantear temas de conciencia, conocimiento y procesos constituyentes y de movilización política. Por ello, Gilliam Fulcher, manifiesta que es necesario un cambio en las relaciones sociales y condiciones económicas del momento.

Las ideas de normal y anormal son inciertas y se puede considerar que esta noción es la base de las nociones normalizadoras. Foucault vincula la idea de estas opiniones con el funcionamiento del poder mediante las ideas de las tendencias normalizadoras. Esto no conduce a la idea de liberación, sino a la de las posibilidades de las prácticas políticas en los terrenos concretos e insinúa la idea de que puede haber cambios en la política pero las luchas permanecen (Fulcher, 1993).

Todos estamos sujetos a las tendencias normalizadoras siempre presentes: como hombres o mujeres, con insuficiencia o sin ellas, de una determinada clase, ocupacional, edad, nacionalidad, etc. Pero a la clase dominante le resulta más fácil librarse de ellas que a los demás.

Aquí merece la pena recordar las palabras de William, sobre las órdenes sociales dominantes acerca de que en la realidad nunca, ningún modo, y por consiguiente, ningún orden social, y por consiguiente, ninguna cultura dominante, ni incluye ni agota la práctica humana, la energía humana, ni la intención humana (1997, pág 121).

En todos estos proyectos, las circunstancias en que los trabajadores congéneres desarrollan su trabajo suponen contradicciones a muchos niveles: la cultura corporativista, profesionalizada, administrativa, y jerárquica, se opone a una empresa solidaria y equitativa con quienes consideran más necesitados de “ayuda”; esto provoca enfrentamientos continuos. Estos trabajadores no cobran y tampoco son voluntarios, por lo tanto, esta práctica contradice la política y la doctrina del trabajo remunerado, elemento cultural dominante en este proyecto y fuera de él.

El grado de control que estos trabajadores mantienen de sus prácticas constituye una lucha constante en su lugar de trabajo y la clase está en el grado de control que consigan sobre todos los servicios (Oliver, 1988; 1989; 1994).

De cualquier modo, el control que estos discapacitados ejercen sobre sus servicios son limitados y cuestionados, pero esto, afortunadamente, está cambiando. Estas pequeñas empresas demuestran la relevancia práctica, teórica y política; y la opresión de los discapacitados se sigue produciendo justo en el mismo corazón de un programa cuya finalidad se supone que es la ayuda a los discapacitados, pero también comprobamos que en esa lucha se consiguen algunas pequeñas libertades que casualmente se oponen a esa opresión.

Todo esto nos lleva a cuestionar nuestras interpretaciones de la vida sociocultural y cultural en el cambio que se produce en la experiencia de los discapacitados en esos lugares, en las posibilidades de análisis realistas críticos similares en otros proyectos y en las posibilidades transformadoras que hay en ellos y en un movimiento social de discapacitados.

En esta teorización se han apuntado las limitaciones y las posibilidades de un proyecto que trasciende de la normalización y la necesidad, centrándose precisamente en personas que realizan y desarrollan sus posibilidades y sus situaciones evaluando constantemente las diferentes alternativas, para emprender la acción. Y comprobamos que el trabajo de “transformación” es cultural y “económico” y se puede llevar a cabo.

Esto revela que las ideas que el gobierno ofrece para reflexionar sobre la política y la vida política incluida la de los discapacitados, nos distraen de reconocer las complejidades de la vida cultural y política. Éstas se incluyen en las tendencias normalizadoras y una diversidad de elementos culturales que pueden favorecer o no nuevas órdenes sociales.

4. SUJETOS CON DEFICIENCIA SENSORIALES

El grupo de deficientes motóricos está formado por personas ciegas y amblíopes y sordas e hipoacúsicas.

- **Personas ciegas y amblíopes**

Pueden existir alteraciones que a pesar de que no tienen por qué constituir una “psicología del ciego”, pueden evidenciar tendencias en su personalidad. Éstas pueden ser:

-Afectivas (dependencia infantil, pasividad, escasa actitud intelectual, alteraciones de conducta, agorafobia, miedo a perderse, tendencia al autismo (en cuanto a evadirse de la realidad a través de fantasías, etc.),

-Psicomotóricas (lentitud en los movimientos, lateralidad imperfecta, inestabilidad en la postura, inhibición del movimiento espontáneo, dificultades para desenvolverse en la vida cotidiana).

-Sociales (alteraciones comportamentales, dificultades en las interacciones comunicativas).

-Académicas (retraso escolar, alteraciones en la lectoescritura, etapas evolutivas más lentas).

Las enfermedades más frecuentes que afectan a la visión son las que pueden dañar la retina (fibroplasia retrolental, acromatopsia, desprendimiento de retina), el nervio óptico (atrofia óptica), el cristalino (cataratas, Síndrome de Marfan), la úvea (albinismo,

coloboma glaucoma), la córnea (edema corneal) y la movilidad y refracción (nistagmo, miopía progresiva).

En nuestra comunidad, tienen lugar centros de apoyo a niños, viejos y amblíopes como el Centro de Apoyo a la Integración de Deficiencias Visuales, al que la CAIDV ha incorporado profesionales. El CAIDV funciona multiprofesionalmente, va dirigida a una población desde los 0 años hasta la finalización de la enseñanza primaria, y cuenta con varios departamentos (Dpto. de Evaluación y Diagnóstico, Dpto. de Adaptación y creación de material, etc.).

Lo primero que realiza es un informe oftalmológico: antecedentes familiares, agudeza visual (Snellen, Wecker...), biomicroscopia, oftalmoscopia, campo visual (180°-140°), etc. El asistente social se reúne con la familia (entrevista, información sobre el ambiente familiar, información sobre el funcionamiento del CAIDV, etc.).

Una vez concluidos los informes se lleva a cabo una exploración inicial: entrevista con el profesor tutor, observación directa sobre el alumno, identificación/discriminación de colores, Test de Aplicaciones, Escala de Eficiencia Visual (Barraga), Test Badimale (batería diagnóstica de madurez lectora), test de Desarrollo de la Perfección Visual (Frosting), etc.

Y por último, tras haber hecho el diagnóstico, emplea programas, actividades y métodos de intervención (Programa para Desarrollar la Eficiencia Visual, Programa de Adiestramiento Perceptivo visual), a través de sistemas e instrumentos específicos: Braille, punzón, regleta, pizarra de preescritura, pauta, máquina de escritura Braille (Perkins, Erika, etc.), cubarritmo, caja de aritmética, etc.

4.1. CEGUERA

De acuerdo al tipo de lesión y la gravedad o no, de la afección los tipos de ceguera son:

1. Ceguera Parcial: La persona tiene una visión muy baja o no tiene la suficiente capacidad de tener una buena visión y se ve obligada a usar gafas o lentillas para tener visión excelente. Algunas de las enfermedades más comunes son:

- *Problemas de refracción:* ocurren cuando las imágenes que envía la córnea convergen fuera de la retina y no en ella, como debería ocurrir. De esto deriva:
 - *Miopía:* la longitud del ojo es más larga de lo normal. Las imágenes lejanas se ven borrosas mientras que las cercanas se ven correctamente.
 - *Hipermetropía:* el ojo es más pequeño de lo habitual y la visión tanto de lejos como de cerca es borrosa.
 - *Astigmatismo:* se da cuando hay alguna irregularidad en la curvatura de la córnea. En estos casos la visión tanto de lejos como de cerca es defectuosa y se perciben los objetos deformados.
- *Retinopatía diabética:* afección de la retina por problemas diabéticos. Esto se debe a que el exceso de azúcar en la sangre daña el endotelio de los vasos sanguíneos incluidos los de la retina ocular.

Los factores que aumentan la posibilidad de sufrir esta enfermedad son:

- Altos niveles de glucosa en sangre.
- Tiempo de padecimiento de la diabetes: los enfermos de diabetes tipo I e insulino dependientes Esto aumenta para los enfermos de diabetes tipo II no insulino dependientes.
- Embarazo: la progresión de la enfermedad es más rápida si la mujer embarazada ya padecía retinopatía diabética.
- *Degeneración macular:* pérdida progresiva adquirida o hereditaria. Debido a una mancha amarilla en la retina, que incluye la fovea y que contiene gran cantidad de conos para la percepción de los colores.
- *Catarata:* opacidad del cristalino del ojo, de su cápsula, que impide el paso de los rayos luminosos y conduce a la ceguera.
- *Glaucoma:* enfermedad del ojo, caracterizada por el aumento de la presión intraocular, dureza del globo del ojo, atrofia de la papila óptica y ceguera.

2. Ceguera Total o Completa: Es cuando la persona no ve ni siente absolutamente nada. Destacamos algunas enfermedades como:

- *Uveítis:* inflamación de la túnica úvea.
- *Opacidad corneal:* impedimento del paso de la luz por la córnea.
- *Tracoma:* conjuntivitis granulosa y contagiosa, que llega a causar la ceguera.

- *Ceguera cortical*: debido a una lesión cerebral.
- *Desprendimiento de retina*.

4.1.1. Causas de la ceguera

Dentro de las causas de la ceguera están los defectos *genéticos* que sirven como referencia para causar ceguera:

- Las personas con albinismo usualmente sufren de deterioro a la vista extendido al grado de ceguera parcial, pocos presentan ceguera total.
- Amaurosis congénita de Leber puede causar ceguera total o gran pérdida de visión desde el nacimiento o la infancia.
- Aniridia: Falta congénita del iris del ojo.

Existen otras muchas causas de ceguera, entre ellas podemos destacar:

- Accidentes o lesiones a la superficie del ojo.
- Diabetes.
- Degeneración macular.
- Obstrucción de los vasos sanguíneos.
- Complicaciones de nacimiento prematuro.
- Complicaciones de cirugía de los ojos.
- Neuritis óptica.
- Accidente cerebrovascular.
- Retinitis pigmentaria.
- Tumores como retinoblastoma y glioma óptico.

4.2. SORDOCEGUERA

La sordoceguera es una discapacidad que engloba dos tipos de deficiencia sensoriales, la visual y la auditiva. A consecuencia de esto, la persona sufrirá problemas de comunicación y requerirá de una atención especializada debido a los obstáculos que encuentra a la hora de desenvolverse en su entorno más próximo. Por todo ello, los profesionales deberán llevar a cabo intervenciones para trabajar las habilidades y actividades de la vida diaria. A la hora de realizar dichas intervenciones el profesional deberá tener en cuenta si la persona posee restos visuales o auditivos para poder así

aprovechar al máximo las capacidades de las personas. Igualmente, es fundamental emplear el sentido del tacto, ya que con éste podrán desenvolverse mejor.

4.2.1. Tipos de sordocegueras:

- Sordoceguera congénita, la cual aparece antes de la adquisición de lenguaje.
- Sordoceguera adquirida:
 - Aquellas personas que nacen sordas y con el transcurso del tiempo pierden la visión.
 - Aquellas personas que nacen ciegas y posteriormente adquieren problemas auditivos.
 - Aquellas personas que tras adquirir el lenguaje, presentan problemas auditivos y visuales.

Algunas de las posibles causas de la sordoceguera son, la meningitis, los nacimientos prematuros o algunos síndromes que, a continuación explicaremos:

- **Síndrome de CHARGE:** es un trastorno genético que engloba diversas anomalías que pueden o no presentarse conjuntamente, algunas de dichas anomalías son, coloboma del ojo, problemas del corazón, problemas en el crecimiento y desarrollo, pérdida de vista y oído, etc.
- **Síndrome de Usher:** trastorno hereditario que se produce cuando ambos progenitores son portadores de un gen autonómico recesivo. Este síndrome tiene como principales características la pérdida de oído y vista, que se produce al nacer o al poco tiempo después.
- **Síndrome de Wolfram:** es un trastorno degenerativo que afecta a diversos órganos y tejidos y que conlleva ceguera, sordera, desórdenes urológicos y neurológicos.

A la hora de comunicarnos con las personas sordociegas, nos podemos encontrar con diversos sistemas de comunicación como: la dactilología en palma y la lengua de signos apoyada (en el caso de que la persona haya adquirido anteriormente el lenguaje). (Ver video: sistema de comunicación)

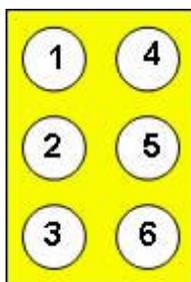
4.3. SISTEMA DE COMUNICACIÓN: BRAILLE

4.3.1. Estructura del sistema

El sistema braille se adapta al sentido del tacto de forma que mediante las terminaciones nerviosas de la yema de los dedos son transmitidas al cerebro.

Este sistema está diseñado para ser utilizado a través del tacto, por medio de puntos en relieve. La unidad básica o signo generador es el cajetín o celdilla. En este espacio se sitúan los 6 puntos en relieve, distribuidos en dos columnas de tres puntos cada una. Esta celdilla o cajetín, mide aproximadamente unos 5 mm de alto por 2,5 mm de ancho. La distancia horizontal entre celdillas es de unos 6,30 milímetros y la vertical entre líneas es de 10,20 milímetros, aproximadamente. Estas medidas hacen que la información quepa dentro de la yema de un dedo.

Cada letra o signo se representa en un solo cajetín, en el que aparecen o no los 6 puntos en relieve, que son percibidos a través del tacto por las yemas de los dedos. En un texto en braille los cajetines no están presentes, siendo visibles sólo los puntos. Para identificar los puntos, se les atribuye un número del 1 al 6.



Un mismo signo tiene diversos significados dependiendo del contexto o el lugar donde se coloque dicho signo, por lo que hablamos de un sistema y no de un alfabeto, ya que a partir de sus 64 símbolos se pueden crear diversos códigos para los diferentes campos (matemáticas, ciencias, música, estenografía (braille abreviado), signo-grafía específico para diferentes idiomas, etc.)

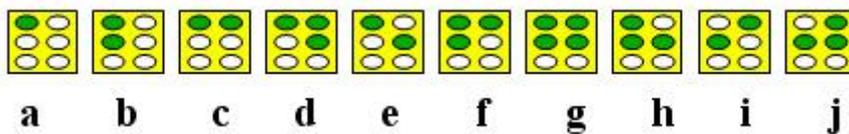
En braille cada letra se representa con una combinación de puntos en relieve. Para dejar espacios en blanco entre palabras, se emplean también un espacio o cajetín en blanco. Al comenzar a escribir se dejan dos espacios en blanco (sangría) y, entre párrafo y párrafo, es conveniente dejar un renglón en blanco, igual que en tinta. Estos espacios

son muy útiles para que el lector pueda localizar fácilmente el inicio de cada párrafo y, así, darle facilidades para ubicarse en el texto.

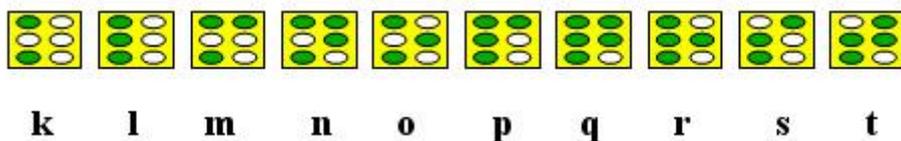


El código está diseñado de manera lógica, mediante **series**:

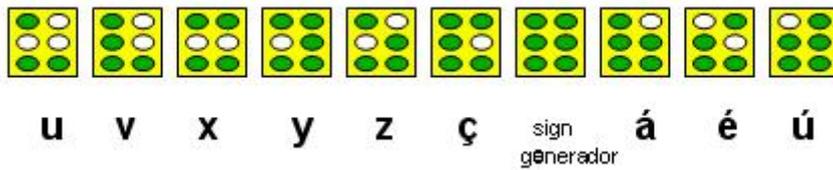
1º serie: se utilizan únicamente los cuatro puntos superiores (1, 2, 4, 5) y con ellos se forman las diez primeras letras del alfabeto.



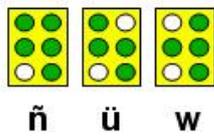
2º serie: se forma con los puntos de la primera serie, añadiéndoles el punto número 3 y, así, obtenemos las siguientes letras, a excepción de la letra ñ.



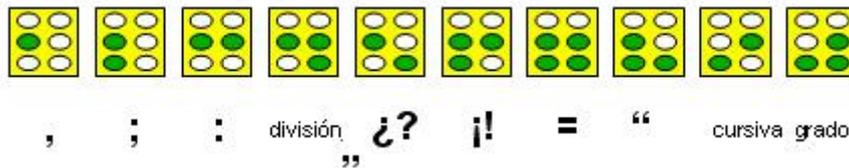
3ª serie: se forma con los puntos de la serie 2ª, añadiendo el punto número 6:



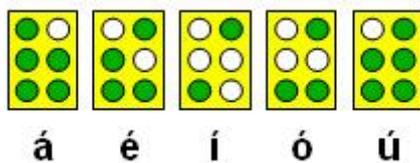
4ª serie: son los elementos de la 1ª serie, añadiendo el punto número 6. En esta serie se forman signos propios del francés, por lo que aquí sólo presentamos las letras que nos interesan en español:



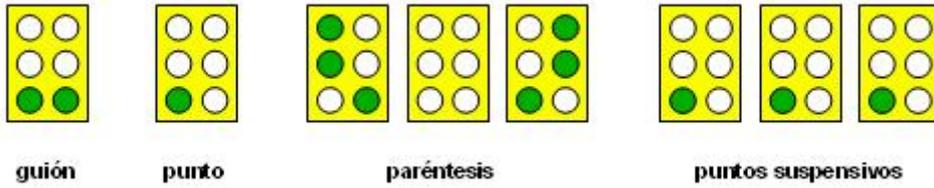
5ª serie: son los signos de la primera serie, pero utilizando los puntos de la mitad inferior de la celdilla o cajetín. Así, conseguimos los signos de puntuación:



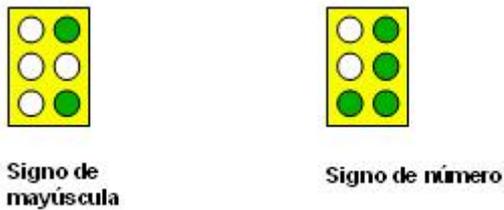
Las **vocales con tilde** se representan mediante estas combinaciones de puntos:



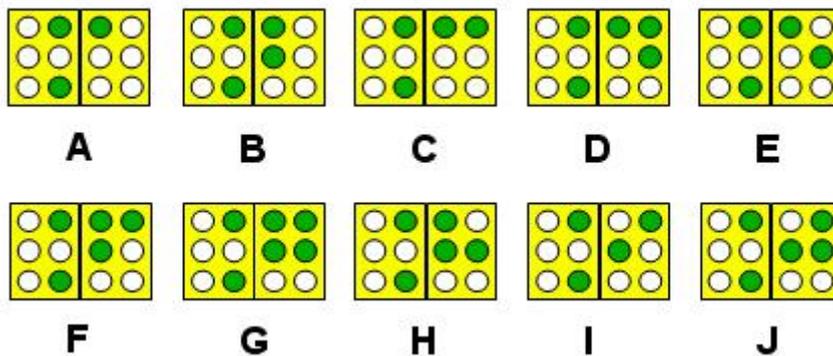
Otros **signos de interés** son:



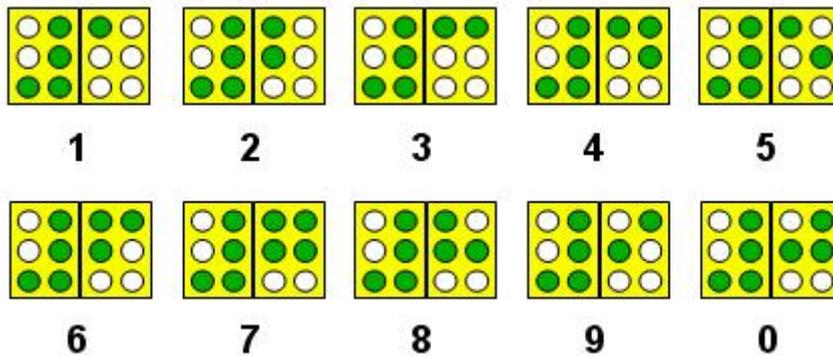
Como las 64 combinaciones posibles son insuficientes para la formación de todos los grafemas necesarios, es necesario utilizar **signos complementarios** que, **antepuestos** a una determinada combinación de puntos, convierten una letra en mayúscula, cursiva, número o nota musical:



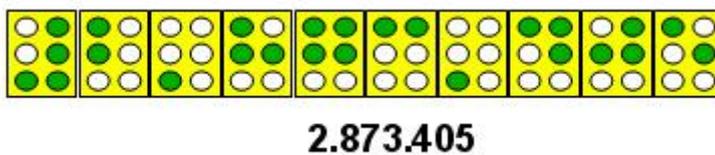
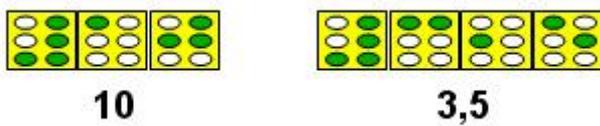
Es decir, anteponiendo el signo de **mayúscula**, formado por los puntos 4 y 6, a cualquier letra, obtenemos las letras mayúsculas. Ejemplos:



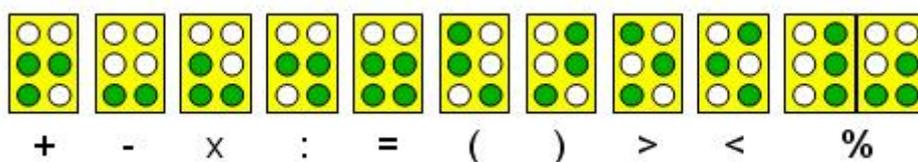
De la misma forma, anteponiendo el signo de **número**, formado por los puntos 3, 4, 5 y 6, a la primera serie, obtenemos los números del 1 al 0:



Para **cantidades de dos o más cifras** o **números decimales** sólo se coloca el signo de número delante de la primera cifra. La **coma decimal** se representa con el punto 2. Para números altos puede utilizarse el punto 3, como en vista, para el punto de separación de órdenes de unidades:



Para terminar, éstos son los **signos matemáticos** básicos:



4.3.2. Escritura del sistema braille

La máquina Perkins para escribir en braille consta de 9 teclas:

- Seis teclas, una por cada uno de los puntos braille.
- Tecla espaciadora.
- Tecla para retroceder un espacio.
- Tecla de cambio de línea.
- Timbre que avisa cuando se aproxima el final del margen derecho.



Máquina Perkins.

Para llegar a alcanzar una velocidad de trabajo aceptable, es necesario practicar mucho y una buena técnica que permita una mayor velocidad: cada tecla debe escribirse con un dedo determinado, para que se realice con la máxima rapidez y el mínimo esfuerzo:

- La tecla 1 con el índice izquierdo.
- La tecla 2 con el corazón izquierdo.
- La tecla 3 con el anular izquierdo.
- La tecla 4 con el índice derecho.
- La tecla 5 con el corazón derecho.
- La tecla 6 con el anular derecho.
- La tecla espaciadora con el pulgar.



4.3.3. Necesidad del braille

Merece la pena recordar algunas referencias que avalan la utilidad y necesidad de un sistema de lectoescritura en general y del braille en particular (Simón, 1994):

1. El sistema braille, como cualquier otro sistema de lectoescritura, es un instrumento básico para la persona, con o sin visión, en todos los aspectos de la vida (escolar, profesional o social).
2. El aprendizaje de la lectura (ya sea en tinta o en braille) repercute en el funcionamiento cognitivo general del niño.
3. El lenguaje escrito (en braille o en tinta) requiere un nivel de abstracción mayor que el lenguaje oral, por lo que su uso incrementa el pensamiento abstracto.
4. La representación gráfica facilita la organización de la información y la reflexión. La comprensión de un texto es mayor cuando se lee directamente que cuando se escucha.
5. Los textos musicales, científicos, poéticos, filosóficos, etc. requieren de un análisis detallado que sólo es posible mediante la lectura personal.



El sistema braille es un instrumento básico para ayudar a la persona con o sin visión en todos los aspectos de la vida.

4.3.4. Características de la lectura

La lectura Braille puede llegar a ser más lenta que la visual, pero esto no implica que encontremos problemas en el nivel de comprensión.

Es necesario tener en cuenta que es contraproducente que la persona cuente los puntos que conforman cada signo. Lo que se percibe al tacto es una figura bajo la yema del dedo, de tal forma que tanto los puntos como la ausencia de los mismos, configuran los signos.

Es aconsejable exigir a los alumnos que lean con ambas manos a la vez, ya que esto permite, en líneas generales, aumentar la velocidad. Obviamente, si leemos con los dos índices duplicamos el área perceptiva.



4.3.5. Técnica de la lectura

Es conveniente que, antes de comenzar a enseñar el sistema braille, se intente probar a leer al tacto, sin mirar el texto, ya que sólo así percibirás cómo se van descubriendo distintas formas imágenes táctiles, que se van haciendo familiares al tacto. De esta forma, vemos cómo no siempre hay que ir letra por letra.



Existen numerosas formas de leer en braille aunque en todos los casos se necesita practicar mucho y con una buena técnica.

4.4. MÉTODOS SAAC

Estos sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC), van a:

- Ser un medio transitorio de comunicación.
- Será un medio de estimulación para el desarrollo de la comunicación.

A continuación se exponen los requisitos necesarios para comenzar la comunicación alternativa:

- Cognitivo: nivel cognitivo mínimo.
- Sociales: el niño debe estar motivado para comunicarse.
- Entorno: debe favorecer la comunicación.
- Físicos: percepción (cinestésica, visual y auditiva), señalización, estabilidad postural (es fundamental que pueda mantener el tronco aunque sea con soporte).
- Económico: adquisición, aprendizaje y entrenamiento.
- Tecnológicos: materiales y mantenimiento.
- Educativos: posibilidad de enseñanza y mantenimiento del sistema.

Los SAAC más empleados son:

- ❖ PIC (Pictogram Ideogram Communication): consiste en plasmar dibujos (1000 símbolos) blancos, sobre un fondo negro y el significado de dicho dibujo escrito en letras de color blanco.

- ❖ SPC (Symbols Picture Communication): está basado en símbolos pictográficos que se complementan con el abecedario.

Las **características** de dicho sistema son: representar las palabras y conceptos más importantes, es sencillo y de fácil representación, y se agrupan por categorías de palabras.

Los **tipos** de símbolos: simples (es un solo objeto o representación de la acción) y compuestos (superpuestos: un símbolo que contiene y niega a otro, yuxtapuestos: suma de los significados, y los combinados: se crea un símbolo diferente mediante la combinación de dos o más símbolos).

La **organización** de los símbolos de este sistema, se debe hacer por colores: rosa o morado (para las fórmulas sociales, ejemplo: por favor, gracias), verde (verbos, ejemplo: saltar, jugar), amarillo (para las personas o sustantivo que hacen alusión a las personas, ejemplo mamá o Luisa), naranja (sustantivos en general, ejemplo: mesa), blanco (miscelánea: artículos, conjunciones, preposiciones, conceptos de tiempo, colores, alfabeto, números y palabras abstractas) y azul (adjetivos, por ejemplo: guapo).

- ❖ BLISS: está compuesto por pictogramas, y para comunicarse se ayuda de un sistema informático, que permite la comprensión de los que la persona quiere comunicar.
- ❖ Minespeak: se representa mediante una pequeña cantidad de icono o pictograma, los cuales tiene diversos significados, cuando vemos un pictograma debemos preguntarnos ¿qué es?, ¿para qué sirve?, y ¿cómo se utiliza?

Una vez atribuido el significado y establecido el orden de los pictogramas debemos interpretarlo en el contexto que se nos ofrece.

Los tipos de soportes que podemos emplear para los SAAC son:

- Trípticos: es una estructura de tres cuerpos, con la finalidad de reducir en tamaño para hacer más fácil su transporte.
- Hules: soportes plásticos de fácil transporte.
- Cuadernos.
- Cuadro Etran: soporte de metacrilato transparente que puede contener un código o soportar los símbolos para su señalización ocular.
- Agendas.

- Comunicadores electrónicos.
- Comunicadores de alta tecnología.
- Software.

Estrategias para abordar la enseñanza de los SAAC.

➤ Diferenciamos seis fases:

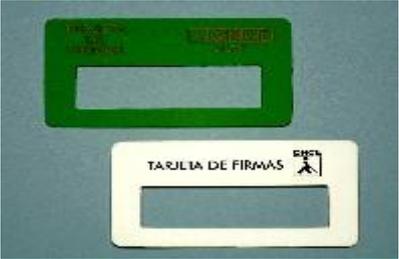
1. Conocimiento del símbolo, ayudándonos de objetos reales, fotografías o dibujos. Podemos realizar actividades de emparejamiento o elección.
2. Diferenciación de los símbolos.
3. Utilización de forma inducida, le incitaremos a que utilice el sistema de comunicación
4. Utilización de forma espontánea, lo motivaremos para que utilice en su entorno más cercano.
5. Generalización, se utilizan los pictogramas en diferentes contextos.
6. Construcción de frases, a medida que la persona aumenta su vocabulario y utilización del sistema, será conveniente estimularle para la formación de frases simples, para ello utilizaremos tableros de comunicación.

4.5. MATERIALES DE APOYO

<i>MÁQUINAS DE ESCRIBIR E IMPRESORAS</i>	
Impresora braille	
Máquina Perkins	

<i>CALCULADORAS E INSTRUMENTOS DE CÁLCULO</i>	
Caja aritmética	
Calculadora parlante	

<i>ACCESORIOS PARA ORIENTACIÓN</i>	<i>Y MOVILIDAD</i>
Bastones	

<i>INSTRUMENTOS DE ESCRITURA</i>	
<p>Guía de firma</p> <p>Garantiza al usuario una firma recta de regulares proporciones.</p>	
<p>Rotuladora de braille</p> <p>Provista de una ruleta con los caracteres del abecedario en tinta y braille.</p>	
<p>Tablilla comunicación sordo-ciegos</p> <p>Con las 27 letras del alfabeto y los diez números, en caracteres normales y braille.</p> <p>En el reverso lleva adherida una etiqueta con instrucciones que facilitan la comunicación con personas sordo-ciegas.</p>	

<i>INSTRUMENTOS DE CONTROL MÉDICO</i>	
<p>Tensiómetro parlante</p>	

<p>RELOJES, DESPERTADORES Y AVISADORES DE TIEMPO</p>	
<p>Reloj braille</p>	
<p>Avisador de tiempo Tres funciones independientes: Cronómetro, cuenta atrás parlante y reloj parlante.</p>	
<p>Despertador parlante</p>	
<p>Podómetro parlante</p>	

ACCESORIOS	PARA EL HOGAR
<p data-bbox="225 304 443 338">Avisador de luz</p> 	<p data-bbox="802 304 1031 394">Balanza de cocina parlante</p> 
<p data-bbox="225 674 576 707">Báscula de baño parlante</p> 	<p data-bbox="802 674 999 707">Cinta métrica</p> <p data-bbox="802 730 1289 763">Con indicaciones táctiles en cada cm.</p> 
<p data-bbox="225 1137 464 1283">Etiquetas de identificación braille para ropa</p> 	<p data-bbox="802 1137 1023 1171">Euro monedero</p> 
<p data-bbox="225 1579 552 1668">Identificador de llamadas telefónicas</p> 	<p data-bbox="802 1579 1086 1668">Indicador nivel de líquidos</p> 

<p>Lector de etiquetas</p> 	<p>Termómetro ambiente parlante</p> 
---	--

<p><i>INSTRUMENTOS ELECTRONICOS</i></p>	<p><i>DE LECTURA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN</i></p>
--	---

<p>Anotador parlante braille</p> 	<p>Lector óptico</p> 
--	--

<p>Línea braille</p> 	<p>Lupa manual electrónica</p> 
---	---

<p>Lupa TV</p> 	<p>Mesa lectura lupa</p> 
---	--

<p>Talks and zoom</p> <p>Lector de pantalla para teléfonos móviles con sistema operativo Symbian.</p> 	<p>Teclado braille</p> 
--	--

<i>APARATOS DE GRABACIÓN</i>	<i>Y REPRODUCCIÓN</i>
<p>Magnetófono</p> <p>Diseñado para personas invidentes.</p>	
<p>Reproductor CD</p>	

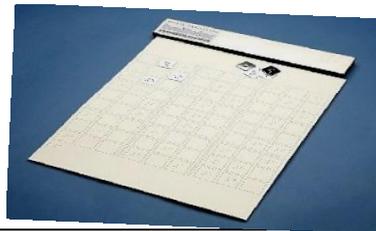
<i>MAPAS EN RELIEVE</i>	
<p>Mapas</p> <p>Con indicaciones en relieve y distintos colores. Se acompañan de una guía en braille.</p>	

JUEGOS	
<p>Ajedrez-damas</p> 	<p>Balón sonoro</p> 
<p>Baraja de naipes</p> <p>De tamaño gigante adecuada para personas con baja visión.</p> 	<p>Bingo parlante</p> <p>Cartones diseñados para que jueguen tanto las personas ciegas, como las personas con visión completa o parcial.</p> 
<p>Conecta cuatro</p> <p>Las fichas de color rojo tienen un pequeño agujero en el centro, con la finalidad de que éstas puedan distinguirse de las contrarias también por el tacto.</p> 	<p>Discón</p> <p>Introducir los trece bastoncillos en los orificios de los discos hasta formar una figura compacta.</p> 

Dominó



Sudoku



Juego de cubos

Trata de desarrollar la mente y la agilidad del usuario, a través de los diversos modos de combinación de los pequeños cubos, para conseguir distintos resultados finales, cada uno con una dificultad diferente.



Parchís

El tablero tiene las casillas marcadas en relieve, numeradas en braille y con un pequeño orificio para la sujeción de las fichas. Tanto las fichas como las distintas zonas de juego cuentan con marcas táctiles para diferenciar los colores de cada jugador.

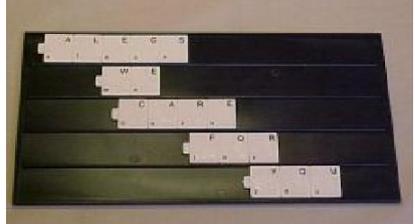


Solitario



Tres en raya



MATERIAL DIDÁCTICO	
<p>Juego reloj aprendizaje</p> <p>Con señalizaciones en braille en cada minuto y en cada hora.</p>	
<p>Wikki stik</p> <p>Juego compuesto por tiras de cera en colores vivos que permiten crear dibujos en relieve sobre una superficie plana.</p>	
<p>Unilock</p> <p>Juego de refuerzo para el aprendizaje del sistema braille que consta de un tablero de plástico con renglones guía para colocar fichas donde están representadas las letras del alfabeto en tinta y en braille.</p>	
<p>Brailin</p> <p>Juguete para el aprendizaje del braille.</p>	

4.6. INCLUSIÓN EN SOCIEDAD

Una persona ciega sufre diversas dificultades a la hora de progresar en su vida, ya que la sociedad no se adapta a las necesidades que cualquier colectivo con necesidades especiales pueda presentar. En el caso que nos ocupa, las personas con ceguera sufren numerosas dificultades a la hora de desenvolverse por su entorno debido a las diversas barreras arquitectónicas que se puedan encontrar, como las que a continuación exponemos:

- Rampas demasiado deslizantes e inclinadas.
- Pavimento irregular, deslizante o en mal estado.
- Inexistencia de pasos de peatones, pasos sin señalizar o mal señalizados.
- Bordillos altos.
- Señalizaciones verticales en medio de la acera, estrechando el paso.
- Semáforos inexistentes o mal situados.
- Quioscos, terrazas de bares o similares, ocupando parte de la acera, sin respetar las zonas de paso para los transeúntes.
- Adornos o exhibidores de publicidad de comercios en la acera, obstaculizando el paso.
- Obras sin señalizar o mal señalizados, materiales de obra y escombros sin vallar o señalizar.
- Vehículos estacionados en la acera dificultando el paso a los peatones.

A continuación consideramos relevante hacer mención a las dificultades que las personas con discapacidad visual se encuentran en el mercado laboral, ya que por regla general, estas personas suelen desempeñar trabajos vinculados con la venta de cupones, dando la sensación de que en su colectivo impera un techo de cristal, donde sea dificultoso poder ir más allá, aunque tengan estudios superiores. Esto lo evidencia el hecho de que rara vez nos encontramos con personas con ceguera ocupando altos cargos en distintos estamentos sociales.

4.7. INCLUSIÓN EN LOS COLEGIOS

En primer lugar, es necesario eliminar cualquier obstáculo arquitectónico que las personas invidentes puedan encontrarse en este contexto educativo, todo debe estar adaptado a las necesidades que dichas personas puedan presentar, por ejemplo, uso de rampas, etc. En cuanto a la enseñanza y aprendizaje, consideramos fundamental que todo profesional de la educación tenga conocimientos acerca de la discapacidad con todo lo que ello englobe, por ejemplo, en el caso que nos ocupa, que tenga nociones del Braille, para ello, estos profesores/as deberán de contar con el apoyo de profesionales especializados en la discapacidad visual.

Adentrándonos un poco más en la metodología que se debe emplear en clase, consideramos imprescindible que exista una adaptación curricular, la cual consistiría en la elaboración de catálogos, programas y toda información en braille. Además, el profesor/a deberá verbalizar todo el contenido expuesto en clase, por ejemplo, en el caso que explique o escriba algo en la pizarra, éste o ésta, deberá expresarlo verbalmente. También será recomendable crear un clima cooperativo y participativo que fomente la igualdad y la solidaridad entre el alumnado, por ello, los alumnos/as se mostrarán receptivos a la hora de ayudar a su compañero/a cuando se produzcan desplazamientos por el centro o en determinadas asignaturas que requieran de un apoyo más específico.

Referente a este tema, consideramos importante dar por parte del profesorado y alumnado, la suficiente autonomía para que éste o ésta pueda realizar sus tareas de forma independiente, evitando así una sobreprotección que no beneficiará en nada a dicho alumno/a.

Por otro lado, consideramos importante resaltar, que para facilitar la adaptación del niño/a con discapacidad visual, éste/a deberá conocer previamente todas las instalaciones del centro, y más en concreto, su aula, donde se le ubicará en un lugar concreto facilitando su movilidad y para que el niño/a se sienta seguro/a.

5. ENUNCIADOS DE LA CARPETA LECTURAS

1. El buen educador no da lo que el alumno le pide sino lo que éste necesita. Todo esto impregnado de comprensión, interés por él y de la fortaleza necesaria para no ceder en lo que no debemos. Hay que saber dar argumentos para que entiendan bien que las virtudes ayudan a conseguir una vida que alcanza su plenitud en el desarrollo de las potencialidades naturales de la persona humana. En el fondo, a ser más feliz. En la medida en que esos actos resulten más conscientes y voluntarios, más huella dejarán.
2. Es preciso enseñarle el auténtico sentido de la tolerancia que no deriva del relativismo moral, sino que procede de respetar el valor inmenso que tiene cada persona, independientemente de su origen social, raza, nivel cultural, etc. La persona en un fin en sí misma, y no es lícito usarla como medio.
3. ¿Habrá que reconducir el significado y el sentido de la educación hacia la estima y aprecio de nuestra existencia biológica-psicológica-social-cultural-ética-moral-espiritual en contacto y en relación con nosotros mismos, con los demás, y con los que nos rodean?
4. Y es que todo comienzo del aprendizaje, el más temprano del niño, debería hacerse directamente en contacto con la naturaleza, no entre cuatro paredes.
5. La emoción es esa energía codificada en la actividad de ciertos circuitos del cerebro que nos mantiene vivos. Sin la emoción, sin la energía base, nos encontraríamos deprimidos, apagados. La emoción, el origen de su propia palabra, indica movimiento, interacción con el mundo. En esta conducta que incluye todos los cambios que se producen en el cuerpo, disparados por un amplio rango de estímulos que vienen de todo cuanto rodea al individuo y que indican el medio de comunicación más poderoso que existe y con el que se han mantenido vivas millones de especies animales.
6. Las emociones encienden y mantienen la curiosidad y la atención y con ello el interés por el descubrimiento de todo lo que es nuevo.
7. Curiosidad, uno de los ingredientes básicos de la emoción. La curiosidad, lo que es diferente y sobresale en el entorno enciende la emoción. Y con ello, con la emoción, se abren las ventanas de la atención, foco necesario para la creación de conocimiento.
8. No podemos seguir considerando la exclusión como un problema irremediable. La imaginación de los agentes sociales encuentra aquí un lugar excelente para diseñar mil caminos y senderos de formación.
9. Una evaluación que no permita la participación de los alumnos y que no proporcione la posibilidad de intervenir en el diseño de los medios e instrumentos, no sólo no sería democrática, sino que difícilmente podría ser considerada educativa.
10. Si el sistema sólo sirve realmente a los que van a seguir un determinado camino y preferentemente hacia la universidad y desprecia a los que por sus características individuales o sociales vayan a seguir otro camino distinto, el

mundo del trabajo manual, entonces ese sistema no puede considerarse democrático. No sólo porque no da satisfacción a las necesidades, intereses, expectativas, etc. individuales, sino también porque socialmente está contribuyendo a la sobrevaloración de un tipo de cultura especialmente elitista sobre cualquier otra, además de no colaborar a una mayor consideración social de la cultura manual tan necesaria o más como las otras para desarrollar un tejido productivo y social más democrático.

11. Todo sistema educativo democrático debe ser para todo el alumnado, lo cual implica un currículum para todos y una misma red de escolarización.

6. EVALUACIÓN

1. ¿Qué aportó el doctor Mérida a este colectivo?

- A. Concienciación de llevar a este colectivo a un centro de drogodependencia
- B. Concienciación de un tratamiento específico
- C. Concienciación social de una educación e integración, y de los derechos de igual de este colectivo

2. ¿Es posible «normalizar» o es una utopía?

- A. No es posible normalizar
- B. Es muy difícil pero no imposible
- C. Es un proyecto sin solución

3. ¿Qué tipos de ceguera existen?

- A. Con gafas o sin ellas
- B. Total o Parcial
- C. El coma etílico

4. ¿Qué es la sordoceguera?

- A. Discapacidad visual y auditiva
- B. Discapacidad psicomotora
- C. Discapacidad visual y cognitiva

5. ¿Por qué es importante enseñarle braille a este colectivo?

- A. Porque enseña a bailar
- B. Para que escuchen mejor
- C. Porque la lectoescritura es fundamental en la educación de una persona para su desarrollo

6. ¿Cuáles son las principales adaptación que se deben llevar a cabo en un centro educativo?

- A. Eliminar cualquier obstáculo arquitectónico, profesionales especializados y adaptación curricular
- B. Poner una pista de baloncesto
- C. Un docente para organizar fiestas

3. CONCLUSIÓN

Este trabajo de investigación nos ha dado la oportunidad de conocer y valorar colectivos con diversidad funcional, como es el caso que nos incumbe a la hora de investigar acerca de las personas con discapacidad visual.

Como punto de partida nos gustaría hablar sobre el trato que han recibido estas personas desde el momento en el que son diagnosticados. Somos conscientes de que desde que comienzan a cursar en instituciones educativas escolares, la ONCE facilita a los niños y niñas con problemas visuales de un profesional que les ayude a afrontar, paliar o, al menos disminuir, todas las dificultades y controversias con las que se encuentren en el aula, no obstante, opinamos que dicha intervención debería entrar en juego desde el momento en el que dichos niños/as son diagnosticados y no desde que entran en la escuela, para de ese modo evitar el retraso psicomotor que los problemas de visión les han ido producido de forma gradual, y debido a lo cual presentan mayores dificultades a la hora de incluirse con el resto de sus compañeros/as. En este sentido, realizar una crítica constructiva al mundo educativo reglado en lo relacionado a trabajar tanto con las personas invidentes como con el resto de sus compañeros/as sólo con un enfoque centralizado de adquisición de conocimientos, y quedando relegado a un segundo plano el desarrollo y la identidad moral de su persona, algo que se debería potenciar en mayor medida.

Por otro lado, nos resulta sorprendente el hecho de que aún hoy en el siglo XXI siga existiendo una limitación de estas personas en lo referente al acceso a diferentes puestos de trabajo, quedando su ámbito laboral muy reducido y casi únicamente enfocado a la venta de cupones, e incluso muy alejado de la posibilidad de optar por empleos que requieran una alta cualificación y preparación. De hecho, esta peculiar apreciación es algo que de forma certera podemos constatar con seguridad por ser una realidad de hecho que queda constante en la praxis cotidiana y de la que nosotros, como una gran parte de la población, estamos al tanto. Es por ello que creemos conveniente solicitar una mayor colaboración por parte de empresas y entidades que trabajen de manera conjunta lanzando propuestas y proyectos que mejoren su inclusión en una mayor diversidad de puestos de trabajo en los que se sientan realizados, útiles y valorados de manera igualitaria como el resto de trabajadores.

A raíz de esto podemos entender que en la actualidad, nos percatamos de que aún queda mucho trabajo por hacer al comprobar que existen una gran variedad de factores que se pueden mejorar. Los obstáculos mayormente residen en la falta de presupuesto económico tanto por parte de las familias como de las organizaciones para adquirir los medios y recursos materiales suficientemente eficaces para desarrollar sus habilidades tanto cognitivas, como sociales, personales, etc., la ineficiencia de infraestructuras y materiales eficientes, las barreras arquitectónicas (como por ejemplo, dificultades a la hora de cruzar los pasos de peatones, subir en los autobuses, en los ascensores, en los escalones muy altos, no poder acceder a determinados sitios porque para llegar a ellos se precisa subir escaleras en lugar de rampas, etc.) y un sinnúmero de controversias.

Como punto final de nuestra reflexión, nos gustaría destacar que gracias a este trabajo, hemos podido llegar a tener la oportunidad de empatizar y ponernos en el lugar de otras personas, y poder comprender las dificultades que sufren cuando se desenvuelven constantemente en diferentes dimensiones de su vida cotidiana.

Con todo ello, y haciendo referencia a la labor que desempeñaremos nosotras como educadoras sociales a medida que nos vamos formando en la praxis, destacamos la importancia de desarrollar programas, proyectos, medidas y estrategias de intervención que les permitan gozar de una vida más plena de autorrealización personal y contando para ello con la ayuda de personas que en un proyecto común nos unamos para crecer como personas inculcándonos ciertos valores

Esto está cambiando con las nuevas generaciones aunque no sin esfuerzos, pero en eso consiste, en aprender y pasar a la acción para que algún día estas personas puedan vivir en un mundo con igualdad y equidad de recursos y facilidades para todos.

Para muchas personas quedarse definitivamente sin visión es mucho más que solo perder uno de los 5 sentidos, no poder apreciar un nuevo amanecer, ver los colores de la primavera, las luces de fantasía, vivir en un mundo de tinieblas.

4. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

<http://cidat.once.es/home.cfm?excepcion=5>

http://www.rincondelasalud.com/es/articulos/salud-general_los-problemas-mas-frecuentes-de-la-vista_31.html#prim

<http://horabuena.blogspot.com.es/2011/08/la-ceguera-tipos-de-ceguera-causas-de.html>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003040.htm>

<http://www.once.es/new>

Carpeta bloque 51:

- Entre la normalización y la utopía. Pág. 183-201. Sacado de: En Len Barton. *Discapacidad y sociedad*. Madrid. Editorial Morata
- Dimensión medico-pedagógica del doctor Miguel Merida Nicolich. Pág. 124-166. Sacado de: Mínguez, C. (2003).
- Breve introducción a los deficientes psíquicos, motorices, sensoriales y a la psicopedagogía de los trastornos de conducta. Pág. 59-63. Sacado de: Guerrero, J.F. (1995).

Carpeta lecturas

