



Asociación Argentina para el estudio de la recuperación
del ciego y del ambliope

***XI JORNADAS ARGENTINAS
DE TIFLOLOGIA***

**29, 30, 31 OCTUBRE
1 NOVIEMBRE 1992**

**SANTA ROSA, LA PAMPA
REPUBLICA ARGENTINA**

**XI JORNADAS ARGENTINAS
DE TIFLOLOGIA**

La selección, preparación y corrección del texto
fue realizada por ASAERCA.

ASAERCA

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente:	Prof. Norma PASTORINO
Vice-presidente:	Prof. Elba GONZALEZ
Tesorero:	Arq. Ana Blanca LITWIN
Pro-Tesorero:	Prof. Graciela RIZZI de CABANELLAS MORENO
Secretaria:	Prof. Alicia Inés BOUDET
Pro-Secretaria:	Prof. Elina TEJERINA de WALSH
Vocal 1°:	A.S. Cristina SANZ
Vocal 2°:	Dr. José Miguel CABANELLAS MORENO
Vocal 3°:	Dr. José Pedro GARCIA
Vocal 4°:	Prof. Marcelo CALVO
Vocal 5°:	Dr. Emiliano Timoteo ALVAREZ
Vocales Suplentes:	
1°:	Prof. Susana CRESPO
2°:	Prof. Lucía PICCIONE
3°:	Prof. Pedro I. ROSELL VERA
4°:	Prof. Graciela FRANGI
5°:	Dra. Liliana SCHWARTZ de SCAFATI
Comisión Revisora de Cuentas:	
	- Prof. Ema MONTENEGRO de ROSELL VERA
	- Prof. Ana Silva ROBERT FANJULL
	- Prof. Mabel VACCANI de SARDANS

COORDINADORA GENERAL DE LAS XI JORNADAS ARGENTINAS DE TIFLOLOGIA:

Lic. Elina TEJERINA de WALSH

SECRETARIA:

Asist. Social María Cristina SANZ

COMISION DE REDACCION, DISEÑO Y DIAGRAMACION:

Lic. Elina TEJERINA de WALSH

Prof. Norma Edith PASTORINO

Dr. José Miguel CABANELLAS MORENO

Arq. Ana Blanca LITWIN

XI JORNADAS ARGENTINAS DE TIFLOLOGIA

TEMA: REHABILITACION

FORMA DE TRABAJO: Talleres de Reflexión

TALLERES Y COORDINADORES:

- | | | |
|--------|--|---|
| Nº 1: | Rehabilitación y Organización Institucional | - Prof. Susana CRESPO |
| Nº 2: | Rehabilitación y Trabajo | - Dr. Roberto RAMOS |
| Nº 3: | Rehabilitación Visual | - Prof. Elba GONZALEZ |
| Nº 4: | Rehabilitación y Educación Permanente | - Arq. Blanca LITWIN |
| Nº 5: | Rehabilitación y Orientación y Movilidad | - Klgo. Néstor DE LEON |
| Nº 6: | Rehabilitación y Actividades de la Vida Diaria | - Prof. Norma PASTORINO |
| Nº 7: | Rehabilitación y Deportes | - Sr. Alberto BRAVO |
| Nº 8: | Rehabilitación y Tiempo Libre | - Lic. Carlos MORONI |
| Nº 9: | Rehabilitación y Tercera Edad | - Prof. Sonia H. de DOLCE |
| Nº 10: | Rehabilitación y Familia | - Prof. Beatriz RICCIUTI |
| Nº 11: | Rehabilitación y Comunidad | - Prof. Mirta PEREYRA y
Prof. Nora MASSA |
| Nº 12: | Rehabilitación y Derechos Humanos | - Dr. Roberto RAMOS |

CONFERENCIAS:

- ENFOQUE HISTORICO DE LA REHABILITACION EN LA REPUBLICA ARGENTINA- Dictada por: Prof. Pedro I. ROSELL VERA y Prof. Ema MONTENEGRO de ROSELL VERA
- DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO: INFORME ACTUAL DE LAS PATOLOGIAS OCULARES DEL ADULTO, CIRCUNSCRIPTO A NUESTRO MEDIO - Dictada por: Dr. Juan B. CANTARUTTI
- Panel: DERECHO DE LAS PERSONAS CIEGAS A CONOCER SU DIAGNOSTICO. Participantes: Dr. Emiliano T. ALVAREZ y Prof. Beatriz ZOPPI de ALVAREZ
- Panel: ENFOQUE PSICOLOGICO DE LA REHABILITACION. Participantes: Dra. Liliana SCHWARTZ de SCAFATI y Psicóloga Rita BEDERMAN de ALPERT

RECOMENDACIONES - CONCLUSIONES -TRABAJOS PRESENTADOS
CONFERENCIAS

SANTA ROSA - LA PAMPA

29, 30, 31 de Octubre, 1 Noviembre 1992

COMITE ORGANIZADOR

ESCUELA N° 1 PARA CIEGOS Y DISMINUIDOS VISUALES SANTA ROSA - LA PAMPA

PRESIDENTE:

Prof. Mirta Teresa PEREYRA

VICEPRESIDENTE:

Sr. Néstor ROLDAN

SECRETARIA:

Prof. Nora MASSA

PRO-SECRETARIAS:

Prof. Adriana GIORGI

Prof. Adriana MENDIA

TESORERA:

Prof. Eugenia KLIMBERG

PRO-TESORERAS:

Prof. María FERNANDEZ DIAZ

Asis. Social Alicia MASSERA

VOCALES:

Prof. Beatriz RICCIUTI

Prof. Germán MISKOFF

Prof. Marcela BORREDON

Prof. Susana VALLE

Prof. Ana FERNANDEZ

Marta LUNGHI

Elvira FREDES

COMITE CIENTIFICO

Prof. Norma Edith PASTORINO

Prof. Elina TEJERINA de WALSH

Asist. Social María Cristina SANZ

Lic. Ana Marcelina RIZO

Psicóloga Rita BEDERMAN de ALPERT

COMITE HONORARIO

- Diputado Nacional
Prof. Jorge RODRIGUEZ
- Sr. Gobernador de La Pampa:
Dr. Rubén Hugo MARIN
- Ministro de Cultura y Educación:
Cr. Luis Ernesto ROLDAN
- Subsecretario de Educación:
Rolando Silvio BERNAL
- Subsecretario de Coordinación:
Prof. Miguel Angel TANOS
- Subsecretaria de Cultura:
Prof. Norma DURANGO
- Directora de Educación Inicial y Primaria:
Sra. María C. CASTILLA de RODRIGUEZ
- Rector de la UNLPam:
Ing. Carlos ARENZO
- Ministro de Bienestar Social:
Silvia GALLEGO de SOTO
- Intendente Municipal:
Cr. Oscar Mario JORGE
- Unión Mundial de Ciegos:
Prof. Cristina SANZ
- Organización de Ciegos de España:
Sr. José María ARROYO
- Unión Latinoamericana de Ciegos:
Sr. Enrique ELISSALDE
- Federación Argentina de Ciegos:
Sr. Carlos FERNANDEZ
- Asoc. Pampeana con Ciegos y Amblíopes:
Prof. Vicente MARQUINA
- Embajadora Cancillería Argentina:
Mireya REGAZZOLI
- Encargada de Unidad de Gestión ULAC/ONCE:
Judith VARSAVSKY
- Director Diario "La Arena":
Saúl SANTESTEBAN
- Presidente Consejo de Adm. de la C.P.E.:
Dr. Pablo FERNANDEZ

DECLARACIONES DE INTERES

PROVINCIAL: Resolución N° 100 - HCD 6/8/92 - Gobierno de la Provincia de La Pampa
- República Argentina.

AUSPICIOS

- Ministerio de Cultura y Educación - Provincia de La Pampa: Resolución N° 212 - 9/9/92
- Universidad Nacional de La Pampa: Resolución N° 079 - 29/5/92.
- Consejo Provincial de Educación . Provincia de Chubut: Resolución n° 2108 - 21/10/92

INVITADOS DE HONOR

- Dr. Atilio ALVAREZ - Presidente del Consejo Nacional del Menor y la Familia
- Dr. Hugo MARIN - Gobernador de la Pcia. de La Pampa
- Prof. Jorge RODRIGUEZ - Diputado Nacional por la Pcia. de La Pampa
- Sra. Silvia GALLEGO de SOTO - Ministro de Bienestar Social de la Pcia. de La Pampa
- Sr. Oscar M. JORGE - Intendente Municipal de Santa Rosa
- Sr. Jose Maria ARROYO - Presidente de O.N.C.E.
- Sr. Enrique ELISSALDE - Presidente de U.L.A.C.
- Prof. Judith VARSAVSKY - Encargada de la Unidad de Gestión ULAC/ONCE

COLABORADORES

- Padres y familiares de personas con discapacidad visual, de Santa Rosa.
- Docentes de Escuelas Especiales de la Pcia. de La Pampa.
- Intendencia Municipal de Santa Rosa.
- Red de Comunicaciones Oficiales y Privadas de Santa Rosa.
- Grupos de Boy-Scouts y de alumnos de Colegios Secundarios de Santa Rosa.

A.S.A.E.R.C.A.

PROLOGO XI JORNADAS ARGENTINAS DE TIFLOLOGIA

En la ciudad de Santa Rosa, Pcia. de La Pampa, se asentaron las XI Jornadas de A.S.A.E.R.C.A., cumpliendo el tratamiento de la Rehabilitación de las personas con discapacidad visual dentro del espacio tifológico brindado por los profesionales con experiencia en el tema y participación armónica de personas con vista y con discapacidad visual.

El complejo trabajo de A.S.A.E.R.C.A., asociación de condición única en la República Argentina, en cuanto la relevancia de lograr confluencias interdisciplinarias en sus propuestas científicas, con una línea continuada de inserción comunitaria fue comprendido en el concreto ámbito de la interacción lograda con la presencia de ventidós provincias argentinas, Capital Federal y países limítrofes: Uruguay, Paraguay y Chile. Esto habla de un interés nacional y trascendente hacia la problemática de la Rehabilitación que puede ser considerada base de tratamientos y estudios posteriores con un conocimiento preliminar de las principales situaciones que enmarca la recuperación de las personas con impedimentos visuales en nuestro medio.

Los lectores de las Conclusiones, Trabajos y Conferencias de las XI Jornadas podrán apreciar equilibrios de especulación inteligente sobre la realidad de las personas ciegas y disminuidas visuales que abordan los profesionales participantes.

En algunas exposiciones predominan líneas históricas; en otras hay esfuerzo por comunicar líneas teóricas para orientar en definitiva la búsqueda muchas veces inhóspita de condiciones de vida más agradablemente fluyentes para las personas con discapacidad visual.

La historia y la teoría son imprescindibles para sostener el trabajo científico y denotar cambio. Pero también es imprescindible, y eso estimarán los lectores en forma reflexiva, que aceptar cambios iniciales como estos señalados implica dar continuidad al hecho temporal, al hecho producto, la Rehabilitación, como lo apreciamos hoy, y facilitar su transición que se ha de integrar en el desarrollo, proceso de desarrollo que en última instancia nos preocupa a todos. Esto significa tratar de comprender y desear un año 2000 con discriminación minimizada, con concientización creciente sobre las posibilidades rehabilitativas y con programas efectivos conducidos por profesionales del área en los que se incluyan personas que por su condición de discapacidad visual puedan cumplimentar con su experiencia y saber los diseños para la Rehabilitación.

La aspiración de A.S.A.E.R.C.A. es proporcionar lo necesario sobre información y práctica en Rehabilitación.

Las Jornadas deben entenderse formando parte de la actividad cultural y especial de A.S.A.E.R.C.A., lo cual se manifiesta en muy amplio espectro.

Por eso, precariedades informativas, acuerdos en propuestas, no son registrados como desequilibrios natos sino como dificultades o problemas a solucionar.

La Rehabilitación de las personas con discapacidad visual está en movimiento. Entre todos direccinemos su marcha hacia el desarrollo esperado. Los programas no se elaboran solos. Es necesario ubicarlos en tiempo y espacio y conocer la variabilidad social que cada vez propone con mayor fuerza el acercarnos vivencialmente los unos con los otros para estar en el mundo.

Nuestro profesionales así se comprometen.

Prof. Elina TEJERINA de WALSH
COORDINADORA GENERAL

Buenos Aires, Marzo de 1993.

TALLERES DE REFLEXION

CONCLUSIONES Y TRABAJOS PRESENTADOS

TALLER N° 1

“REHABILITACIÓN Y ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL”

Coordinadora: **Prof. Susana CRESPO**

Secretarias: **Prof. Lucía PICCIONE y Prof. Beatriz ZOPPI de ALVAREZ**

En el taller estuvieron presentes 25 personas provenientes de diferentes provincias (12), la mayoría de las cuales tenían formación en el campo de la rehabilitación. También participó del debate una diputada provincial y un estudiante secundario.

Fueron presentados dos trabajos: I) Educación y Rehabilitación basadas en la comunidad, un nuevo desafío para América Latina y II) Rehabilitación y el saber.

Leídos los trabajos cabe destacar el interés manifestado y la fluída participación de la casi totalidad de los miembros del taller lo que permitió un intercambio de experiencias y el enriquecimiento del debate, arribándose a las siguientes conclusiones:

- 1) Propiciar el desarrollo de programas de rehabilitación de la persona con discapacidad visual en su medio natural.
- 2) Pensar el proceso de rehabilitación como una tarea centrada en la comunidad, considerando que hay que rehabilitar la comunidad en la que pueden existir miembros con discapacidad visual quienes correrían riesgos de marginación por su falta de adecuación efectiva a la vida comunitaria. Por lo tanto, lo que hay que rehabilitar es una estructura constituída por la persona con discapacidad visual y su contexto.
- 3) Brindar la información necesaria a la persona con discapacidad visual acerca de la totalidad de los servicios que podría recibir en un programa de rehabilitación. Esto le permitiría acceder a un programa individual que satisfaga sus necesidades, intereses y prioridades.
- 4) Reconocer la validez de los modelos de rehabilitación existentes:
 - Institucional
 - de extensión a la comunidad
 - basados en la comunidad, empleando sus recursos.

Por lo tanto, los servicios de rehabilitación deberían brindar a la persona con discapacidad visual la posibilidad de participar en aquel programa que le ofrezca las mejores condiciones para su situación particular.

GLOSARIO ELABORADO POR LOS PARTICIPANTES DEL TALLER N° 1

REHABILITACION: Proceso que consiste en la recuperación funcional de habilidades de la persona con discapacidad visual adquirida, para integrarlas al sistema de comunicación que impone el cambio en su situación actual.

REHABILITANTE: Sujeto de la Rehabilitación. Se acordó el uso de esta palabra, en lugar de rehabilitando, u otras como cliente, participante, por razones de orden práctico, debido a que la misma se mantiene asociada por su etimología y significado básico al proceso de rehabilitación, a la vez que marca la participación activa del sujeto en dicho proceso.

EDUCACION Y REHABILITACION BASADAS EN LA COMUNIDAD: UN NUEVO DESAFIO PARA AMERICA LATINA

SUSANA CRESPO

Presidenta Regional para América Latina
ICEVH -ARGENTINA

Desde hace varios años nos hemos fijado, en América Latina, en lo que hace a la educación y rehabilitación de los discapacitados visuales, objetivos concretos, funcionales y alcanzables. Objetivos que una vez logrados permitan a las personas con impedimentos visuales llevar una vida más completa, más activa, participativa y comprometida, respetando sus intereses, su cultura y su historia, propiciando una educación realista y posible, coherente con la realidad que a cada uno le toca vivir.

El logro de los objetivos que nos proponemos no es tarea fácil; hay problemas, dificultades, barreras que vencer, basadas a veces en la incomprensión, en el temor, la comodidad o quizás la inseguridad, pero creo no equivocarme al decir que estamos caminando hacia el logro de nuestras metas.

La educación integrada ya no se discute; la intervención temprana es una realidad comprendida y aceptada en la mayoría de las instituciones; el número de niños ciegos ha disminuido dando lugar a los niños con baja visión con todo lo que esto implica desde el punto de vista psico-socio educativo; las escuelas con internado tienden a desaparecer.

Como no podemos ni queremos detenernos en este rápido movimiento de progreso y adecuación a la realidad, caminamos hoy, de la mano de ICEVH y de CBM hacia los muchos niños y jóvenes dispersos en las áreas rurales, que viven en pequeñas aldeas, pueblo o villas, quienes se ven privados del derecho básico de la educación.

A ellos nos hemos propuesto llegar, con imaginación, planificación, coraje, impulso, convicción, profesionalismo y pragmatismo. Queremos llegar a ellos para decirles que nuestro deber es ayudarlos, para decirles que son dignos de respeto, que valen como personas, que tienen que tener un lugar en sus familias y en sus comunidades. Queremos llegar para proporcionarles medios, recursos, orientaciones para que aprendan a vivir entre los suyos, con los suyos, conservando sus raíces, sus tradiciones, sus culturas, siendo personas útiles, contribuyentes, activas, en sus propias comunidades, sin tener que ser transplantadas a otros espacios, a veces inhóspitos, incomprensibles, distintos, difíciles de asimilar.

La tarea exige coherencia, esfuerzo, convicción, participación; demanda energía y compromiso, pero estamos caminando en la dirección que creemos, para HOY, es correcta. Quizás dentro de 5- 10 años haya otras propuestas, se nos presenten otras alternativas y realidades, cambien o mejoren las posibilidades. Habrá entonces que abrir nuevos caminos, quizás desandar lo andado, buscar atajos no explorados, pero lo válido es estar siempre en movimiento, en permanente búsqueda de nuevas oportunidades, pensar en lo que la realidad del mundo y la sociedad nos pide hoy y no aferrarnos a lo que antes fue bueno o funcionó bien; no encerrarnos en la comodidad, o en el temor o en la inseguridad que crea lo nuevo o desconocido.

Comparto plenamente las palabras de Eloísa de Lorenzo, reputada educadora latinoamericana de discapacitados intelectuales: “El Destino, la vida, el mundo, están en permanente cambio, lo que lleva a hacer un análisis crítico de todas las áreas profesionales. Quienes se resisten luchando mantener “ lo que fue” estarán perdidos. Quienes buscan y aceptan nuevos desafíos, nuevas filosofías, nuevas orientaciones, serán los hacedores y los líderes del futuro”.

REALIDAD LATINOAMERICANA

Helander, en “Entrenamiento en la Comunidad para Personas Discapacitadas” emplea los siguientes términos operativos para definir las diferentes formas en que se puede llevara cabo la educación y la rehabilitación:

A. REHABILITACION INSTITUCIONAL: Cuando todos o la mayoría de los servicios tienen lugar dentro de la institución.

El Centro de Rehabilitación Agropecuario de Paraguay y el Programa de Rehabilitación Agropecuario en Guatemala son ejemplos que se encuadran en este modelo.

Es evidente que la rehabilitación institucional impone formas de trabajo alejadas de la realidad, no involucra a la familia en la medida necesaria y llega a un reducido número de personas.

Estos dos programas tratan de compensar los aspectos negativos del sistema complementando el entrenamiento en el hogar del participante y haciendo un seguimiento durante un tiempo determinado de manera de facilitar la adecuación de las técnicas de trabajo a la realidad de cada uno.

B. SERVICIOS DE EXTENSION (OUTREACH): Sistema que permite a la institución extender sus servicios a las personas discapacitadas llegando a sus hogares o sus comunidades. De esta forma se descentraliza el trabajo ya que son los profesionales los que se trasladan adonde residen los beneficiarios, niños o adultos, evitando que éstos se alejen de su medio.

A este modelo lo ilustramos con el Programa de Educación/Rehabilitación que se desarrolla en Santa Cruz, Bolivia, donde un maestro se desplaza en un ámbito de más o menos 50 km. para ofrecer los servicios que requiere la población impedida visual.

La evaluación del programa realizada a los dos años de comenzar mostró que se atendieron menos casos de los proyectados, que no se logró involucrar a la comunidad en la medida deseada y que el maestro/rehabilitador rural trabajó en forma muy aislada. Estos aspectos quizás podrían superarse si se cuenta con una planificación más funcional, si se hace un intenso y progresivo trabajo con los miembros de la comunidad y familiares y si se facilita la comunicación del instructor con sus colegas de la sede para que refuerce su accionar mediante el intercambio de ideas, el apoyo y la orientación.

Es por esto que la idea que actualmente está en movimiento en Bolivia, a través de la orientación técnica y el apoyo financiero de CBM, es la de descentralizar los servicios para lo cual se están capacitando maestros rurales del interior del país para que, juntamente con

los participantes de las comunidades asuman la tarea educativa y de rehabilitación contando con la supervisión técnica de Aprecia.

Podemos mostrar la centralización de los servicios en Bolivia hasta ahora, en tres centros formativos: Santa Cruz, Sucre y Tarija. Se espera que al finalizar 1992 estos tres centros extiendan sus servicios a once pequeñas ciudades y centros comunitarios del país, lo que permitirá cubrir un más amplio espectro de necesidades tanto de niños como de jóvenes y adultos.

C. REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD: Se define como un servicio que cuenta con los recursos disponibles en la comunidad la cual es involucrada en el proceso de rehabilitación. Existe una transferencia de conocimientos entre las personas discapacitadas, sus familias y los miembros de la comunidad y el técnico especialista, siendo éste quien capacita, orienta y supervisa la tarea de los trabajos intermedios.

Es hacia este modelo C que caminamos hoy, tratando de que sea el que se adopte en la mayoría de los países buscando concretar los objetivos que nos planteamos.

En Córdoba, Argentina, se desarrolla un modelo que podríamos llamar mixto porque lo conforma el modelo B y C. El Instituto Helen Keller ubicado en la ciudad capital, capacita, orienta y supervisa a maestros de poblaciones rurales del interior de la provincia evitando así que los niños disminuidos visuales tengan que trasladarse a la escuela sede. Las comunidades asumen los gastos que el servicio demanda y familiares, amigos y vecinos tienen a su cargo las tareas educativas complementarias ADV, supervisión escolar, etc.

En Perú se inició en 1989 un programa de capacitación básica de maestros rurales para que educaran a los niños en sus lugares de origen. Hasta la fecha los maestros han recibido tres cursos sucesivos para completar su formación, existiendo en la actualidad 69 maestros dispersos en villas y pequeñas ciudades preocupados por el futuro de 75 niños y jóvenes con problemas visuales.

En Perú, fueron 3 las instituciones existentes hasta 1989 desde las cuales partió la capacitación para maestros rurales y semirurales. Hoy son 18 los núcleos educativos y de rehabilitación dispersos en el país capacitando a personas impedidas visuales de diferentes edades para que en sus propias comunidades se desarrollen y adquieran los conocimientos y las habilidades que les permitan llevar una vida independiente y autosuficiente.

Belize y Santo Domingo nos muestran ejemplos puros de Educación/Rehabilitación Basados en la Comunidad (ERBC) en los cuales se advierte cómo el compromiso de los miembros de las comunidades, bien motivados y estimulados, a través de la activa participación de voluntarios, permite lograr resultados altamente efectivos para satisfacer las necesidades de una población hasta no hace mucho olvidada.

De acuerdo a la clasificación y a los ejemplos presentados vemos que no existe un sólo modelo de ERBC, un modelo único excluyente de otros. Lo que sí debe existir es una positiva actitud y una apertura para el cambio, una disposición para enfrentar desafíos y un profundo conocimiento de la realidad del país o región.

Si estamos abiertos al cambio, si creemos realmente en las bondades y en los beneficios de lo que planteamos, sólo nos queda pensar cuál es la mejor forma para cumplir con el servicio que ofrecemos. ¿Quizás la educación/rehabilitación institucional pueda complementarse con servicios de extensión? ¿Por qué no extender éstos haciendo responsables de su éxito

a la comunidad? ¿Podríamos tal vez combinar los tres sistemas en etapas sucesivas para totalizar el proceso? Estas preguntas deben surgir de los especialistas y las respuestas estarán dadas por las condiciones socio-económicas-culturales del país, por la capacidad de planificación y ejecución de los responsables y por disponibilidad de recursos humanos..

CONCLUSION

Educación/Rehabilitación Institucional y Educación/Rehabilitación Basadas, en la Comunidad no son modalidades opuestas sino complementarias,

- La elección de modelos apropiados dependerá de factores tales como:
 - a - desarrollo general del país,
 - b - cantidad y distribución de personas disminuidas visuales,
 - c - solidaridad y espíritu comunitario de la población
 - d - nivel educativo; general,
 - e - disponibilidad de recursos estatales y privados,

- La ERBC se plantea claros objetivos alcanzables si:
 - a - se cuenta con profesionales capaces, de planificar, coordinar y supervisar los servicios teniendo en cuenta la realidad socio-económica-cultural del país;
 - b - se dispone de recursos humanos dispuestos a comprometerse con la tarea ya llevarla a cabo con eficiencia y responsabilidad;
 - c - se involucra a la familia y a la comunidad del disminuido visual en la planificación, implementación y evaluación del programa individualizado que se brinda al niño, joven o adulto impedido,
 - d - se realiza un seguimiento regular de toda el proceso a fin de modificar acciones, re-evaluar contenidos, extender los alcances del servicio, actualizar o, elevar el nivel de capacitación de los agentes intermedios,

Para que la ERBC sea una realidad en América Latina se hace necesario transformar la actitud de la familia del discapacitado y la de la comunidad para que ambas entidades se responsabilicen del cambio. "Et proceso no debe tratar de educar/rehabilitar en la comunidad, sino; hacer de la educación/rehabilitación un componente, del proceso de desarrollo' de la comunidad.

Sólo, cuando esto se logra, la integración social, la participación y la igualdad de oportunidades tienen sentido y constituyen objetivos realistas" (O.Toole).

BIBLIOGRAFIA

- CRESPO, S** "The Assessment of Education for the Visually Impaired Population in Latin America",
JIVB* Enero., 1989,
"Educación/Rehabilitación Basadas en la Comunidad",
ASAERCA,, Mendoza, 1988,

- DE LORENZO, E: "Transición: Un Desafío".
Boletín del IIN, N° 26, 1986.
- GLARP: "Informe del Seminario sobre Proceso de la Rehabilitación Profesional en la Comunidad".
Bogotá, 1982.
- HELANDER y otros: "Training in the Community for People with Disabilities".
WHO, Ginebra, 1990.
- O'TOOLE, B: "Guide to Community Based Rehabilitation Services".
UNESCO, 1991.
- WILSON, SIR JOHN: "El Progreso a Través de la Acción Conjunta".
II Asamblea General de la UMC,
Madrid 1988.

LA REHABILITACION Y EL SABER (Una visión psicoanalítica del proceso de rehabilitación)

PAULA M. MACIEL y MARTIN A. BALBINDER

Quién va a nacer debe romper un mundo.
(H. Hesse)

1) INTRODUCCIÓN

La pregunta que dio origen a este trabajo fue: ¿Qué procesos psíquicos deben ocurrir para que una persona esté en condiciones internas de terminar una rehabilitación?

Las condiciones "externas" ya las conocemos. Se miden en habilidades concretas: "debe ser capaz de..." realizar tales y cuales cosas.

¿Qué debe suceder para que una persona pueda pensar su rehabilitación como una etapa cumplida, para que el alumno y sus rehabilitadores puedan ponerse de acuerdo y decir: - "Bueno, terminó". Era inevitable buscar las analogías y diferencias con otros finales: el final de una terapia, de una carrera, de la infancia... ¿En qué se parecen y en qué son distintos a este final que planteamos?

Así comenzamos, tratando de establecer una correlación constante entre los fundamentos teóricos, lo observado en las Instituciones y entre las historias de personas a las que consultamos sobre su rehabilitación. Ida y vuelta permanente, procesamiento en paralelo, entre lo abstracto y lo concreto.

2) PERFIL DE NUESTRO REHABILITANTE:

Más allá de las variables de personalidad preexistentes (no hay dos rehabilitaciones iguales porque no hay dos personas iguales), la situación de nuestro hipotético alumno está caracterizada por la imposibilidad concreta de realizar actividades que, antes de perder la visión, eran cotidianas y sencillas pero que ahora son imposibles.

Queremos aclarar, antes de proseguir, que este alumno que imaginamos es una persona de inteligencia media, sin patologías psíquicas o físicas serias, además de la discapacidad visual que dificulten aún más su rehabilitación. Es ciego o disminuido visual severo, y ha llegado a esa etapa en la que reconoce que necesita ayuda. Puede haber pasado mucho o poco tiempo desde la pérdida de visión.

El aceptar que uno necesita rehabilitarse, que la situación es irreversible, suele ser doloroso y lleva tiempo, la persona puede empezar a rehabilitarse cuando aún tiene resto visual importante, tal vez por necesidades concretas, tal vez pensando que así la sacudida será menos fuerte. Otro, quizá, no llegue nunca a una Institución de rehabilitación. Preferirá confinarse a un mundo privado, limitado por las paredes de su casa. El miedo, quizá, es demasiado fuerte. No dice: "ayúdame" sino: "nadie puede ayudarme". Pero están los que sí llegan. Quizás no vieron antes un ciego, salvo en la calle o en alguna película lacrimógena. Y ahora ellos lo son...

En este modelo de rehabilitante caben todas las variaciones de las distintas personas con las que tenemos contacto, variaciones que son las que dan riqueza a nuestro trabajo, pues sin esto equivaldría a un montaje de piezas en serie.

3) EL LUGAR DEL REHABILITANTE. EL LUGAR DEL DOCENTE.

La persona que va a rehabilitarse está en el lugar del alumno. Esto significa que supone a otro, al docente, poseedor de un saber que él no tiene y necesita que le sea transmitido. Lugar entonces, del que recibe, opuesto al que da. Lugar carente. Lugar de objeto frente a un sujeto al que se le supone un saber.

Este lugar se parece al del hijo en las primeras etapas de la vida: "Papá: vos que sabés tanto...". Al del paciente de un médico: "Doctor, ¿qué tengo? Cúreme" o al del paciente de un psicoterapeuta: "Sáqueme esta angustia por favor, no puedo más"...

Todos estos lugares tienen una característica, son complementarios. No hay alumno sin docente, paciente sin médico, hijo sin padre. Son también, necesarios. Deben, en algún momento, dejar de ser, para dar paso a una etapa nueva. Por eso, decimos que la rehabilitación es un proceso, es decir, que debería tener principio, desarrollo y final.

Pero, qué puede suceder para que esto no se dé? ¿Qué puede fallar?

4) EL SUPUESTO SABER

Es muy común, en la vida psíquica de los individuos, que transfieran sobre otros sus vínculos, sus deseos, sus expectativas. La imagen que nos formamos de nuestros semejantes está signada siempre por aquello que esperamos o tememos encontrar en ellos. Esto ocurre, en mayor o menor medida, en todas nuestras relaciones. Sus avatares dependerán del interjuego de estos roles. Este fenómeno puede operar como obstáculo o como motor. El que

sea un motor depende de su reconocimiento y manejo. Si queda oculto o no es reconocido, se convierte en obstáculo. El docente debe prestarse a ocupar este lugar de poseedor del saber pero teniendo en claro que lo ocupa sólo en términos operativos; esto es, que está cumpliendo una función. Y debe estar dispuesto, en el momento adecuado, a correrse de este lugar, a dejar de desempeñarlo. La manera por la cual el docente puede ayudar a despegar al rehabilitante de esta dependencia, es facultarlo paulatinamente para obtener por sí mismo, aquellos instrumentos que precisa para resolverlos problemas que se le vayan presentando.

La función del docente debería ser no sólo enseñar habilidades, sino enseñar a buscar, a aprender, a interrogarse, a encontrar el mejor camino para llegar a su objetivo personal. De esta manera, la pregunta acerca del final se responderá sola. El docente se habrá corrido de este lugar, cuando la persona con discapacidad visual sea capaz de aprender por sí solo.

5) LA RESISTENCIA DEL PROFESOR

Por lo expuesto anteriormente se deduce que todo debería correr como la seda, no suele suceder así. Los docentes tampoco son neutros. Tienen también su carga de afectos, expectativas, hábitos, temores y prejuicios. No pueden desprenderse de sus deseos, de lo que han imaginado como futuro para este alumno, y posiblemente, de la presión institucional. El eje de la rehabilitación deberían ser las necesidades y deseos del propio rehabilitante, y esto frecuentemente se olvida. Hay una tendencia a suponer que el docente conoce mejor que él lo que necesita y quiere. Muchas veces resultan más importantes los medios que los fines. Hay que recordar que el aprendizaje del braille, orientación y movilidad, etc., no es un fin en sí mismo, sino un medio para conseguir la mayor independencia posible. Esto implica volver a facultarlo en lo posible, para retornar las actividades que desempeñaba antes de perder la vista. Cualquier cambio respecto a este esquema debería ser para enriquecerlo y no para empobrecerlo.

El docente debe, por sobre todas las cosas, resistirse a la tentación de modelar al rehabilitante a su imagen y semejanza, o más bien a imagen y semejanza de su ideal de alumno. Por todo esto, es conveniente que el docente realice un trabajo permanente de supervisión y toma de conciencia, teniendo en cuenta que también, al igual que el alumno, tiene un aparato psíquico, en el cual existen deseos y motivaciones de los cuales no tiene conciencia.

6) LA RESISTENCIA DEL REHABILITANTE

Nosotros trabajamos con adultos. Esto implica que son personas que, ya tienen estructurado lo esencial de su personalidad: Poseen un carácter, un funcionamiento psíquico, una manera de interactuar con el mundo, en suma, un modo de ser que está consolidado, que, en lo esencial, no podrá ser modificado. Esto muchas veces se pierde de vista, puesto que a estos adultos se les instruye (o más bien se les reenseñan) cosas que suelen transmitirla los chicos: leer, andar solos por la calle, etc. Sin embargo, la manera de encarar esta enseñanza debe ser substancialmente diferente. A un niño se lo forma al mismo tiempo que se lo instruye, a un adulto no.

Los límites de todo trabajo, tanto educativo como psicoterapéutico están dados por lo que en toda personalidad hay de fijo e invariable. La ceguera, como acontecimiento sumamente traumático, vivido casi siempre como catastrófico y definitivo, parece recubrir estas diferencias individuales. Para este sujeto que ha quedado ciego, en un primer momento, lo que define su ser es esta tremenda falta. Sólo después, la ceguera, pasará a ser una más de las características que constituyen su ser. En un principio es la única, ya que es la que lo incapacita, la que ha producido un corte drástico en su vida. Este es el núcleo donde pasan a ayudarse muchas otras incapacidades y frustraciones. Pero esta realidad no debe hacernos olvidar que “el ciego” no existe. Existen personas ciegas, que elaborarán más o menos su ceguera, según las posibilidades que tengan.

Esto sucederá en el momento en el que el sujeto pueda volver a recuperar su capacidad de elección en su vida cuando comprenda que la ceguera achica el campo de lo posible pero no lo anula. Se achica la dimensión de la falta en proporción inversa a la ampliación de su campo de posibilidades, y al hablar así nos referimos tanto a lo que objetivamente es capaz de hacer, como aquello que internamente se permite. La polaridad impotencia-omnipotencia deja de ser taxativa y empieza a admitir gradaciones que serán las propias de cada ser humano. Lavara de medir no será necesariamente la falta o no de visión. Pero para empezar a planificar una vida a partir de la ceguera, es indispensable aceptarla como un hecho consumado. Y “caras vemos, inconciente no sabemos”. ¿Quién sabe lo que pasa por el interior de las personas? Una fantasía inconciente, cuando se traduce a términos conscientes, tiene la característica de sonar absurda o improbable. Esto delata su cercanía con lo más oculto, lo más reprimido.

Muchas veces, la fantasía de las personas, que inician una rehabilitación es que, al concluirla, todo será “como antes”, como cuando veían. La fantasía inconciente es que la rehabilitación les devolverá la vista. No pueden terminarla hasta que este imaginario no es disuelto, esto es, hecho consciente. Esto es reforzado, sin querer, por los profesores, que señalan al rehabilitado perfecto como aquel “que no se nota que es ciego”. ¿Por qué no ha de notarse? Debe ser mostrado, en primer lugar, para obtener la ayuda necesaria. Aquella persona ciega que se maneja como si viera, está mal rehabilitada, porque se expone a situaciones de peligro inútilmente. Otro factor de resistencia son dos mitos muy difundidos acerca de la ceguera: el de “pobre cieguito”, y el de “ciego todopoderoso” poderosos de facultades casi extrasensoriales. Cuántas personas ciegas, no habrán introyectado estas imágenes. Toda persona que queda ciega de adulta debe luchar contra sus propios preconceptos acerca de los ciegos, reforzados muchas veces por el medio. Y descubrir por sí mismos qué puede y qué no puede hacer. Entonces, cuál debe ser el final? Dejamos abierto el debate.

TALLER N° 2 “REHABILITACIÓN Y TRABAJO”

Coordinador: **Dr. Roberto RAMOS**

Secretario: **Lic. Jorge Horacio RAICES MONTERO**

Este taller estuvo integrado por 30 personas procedentes de distintos puntos del país y representativas de diversas profesiones y realidades. El aporte de sus experiencias y criterios así como los trabajos presentados, dieron lugar a un proficuo debate que arrojó como resultado las siguientes conclusiones que se consignan a continuación:

- I) Constituyendo el acceso a la capacitación laboral y al trabajo un derecho humano (Art. 14 y concordantes - “Declaración americana de los Derechos y los Deberes del Hombre”; Arts. 23 y 24 y concordantes - “Declaración Universal de Derechos Humanos”; etc.): tales derechos deben ser asegurados por el Estado y garantizados por la sociedad a todas las personas discapacitadas y por ende a las personas discapacitadas visuales (Art. 19 inc. D y conc. “Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo Social”; Arts. 5,6,7 y concordantes “Declaración de los Derechos de las Personas, Impedidas”; Arts. 1, 4, 5, y conc. “Declaración de los Derechos de la Persona Sorda y Ciega”).
- II) El trabajo que se proporcione a las personas discapacitadas visuales, deberá reunir las mismas condiciones que el que se proporciona al común de los trabajadores: dignidad de la tarea y de su forma de ejecución; ocupación efectiva (Art. 78 - Ley de Contrato de Trabajo) y productiva; remuneración justa y suficiente; sujeción a las normas legales de seguridad e higiene; respeto a la calificación profesional y al derecho a ascender en la escala jerárquica.
- III) Igualmente, deberá preocuparse por los medios legales e institucionales que pudiere corresponder, que las antedichas condiciones de trabajo, así como los beneficios integrales de la seguridad social, alcancen a las personas discapacitadas visuales que trabajan individual o colectivamente por cuenta propia.
- IV) Dado que la reinserción laboral o el acceso a un trabajo -ya en relación de dependencia, ya por cuenta propia- es el punto culminante del proceso de rehabilitación (Conferencia “Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad” y “Carta para la Década de los 80”): las instituciones de rehabilitación, por sí o coordinadamente con otras instituciones, deben **implementar los set-vicios** definiendo el rol y especializando al personal que integre el equipo de colocación **y desarrollar las acciones** conducentes a la consecución de aquella finalidad.
- V) Entre las acciones que deben encarar dichos servicios, cabe señalar en particular las que atañen a la formación y colocación laboral, a saber: el estudio del mercado laboral y de consumo; la atención de orientación vocacional, la que deberá contemplar no sólo las aptitudes del individuo, sino también su voluntad, su trayectoria -en el caso de las personas a reinsertar laboralmente- y las posibilidades reales de ubicación; el asesoramiento jurídico en materia laboral y previsional -en el caso de la persona que pierde la vista estando en actividad, puede ser de su interés y conveniencia acogerse a los beneficios de la jubilación, percibiendo eventualmente seguros e indemnización-; la

implementación de áreas de entrenamiento con módulos que, por ejemplo, contemplen el desarrollo de destrezas, la formación en actividades específicas, requeridas por el mercado de trabajo y de consumo; la capacitación o apoyo en el potencial o efectivo lugar de trabajo; el adecuado y prudente seguimiento de cada caso.

- VI) Para el cumplimiento de tales acciones, la Nación, las Provincias, las Comunas y las instituciones abocadas a la temática de la formación, readaptación y ubicación laboral deben, responsablemente, aportar los medios materiales, formular las planificaciones e incorporar el personal especializado necesario; personal que debe acceder a una capacitación permanente, para responder al desafío ético y profesional que importa el ingente número de personas discapacitadas visuales sin empleo y la consecuente necesidad de readaptarlas o capacitarlas y ubicarlas laboralmente, en el cambiante e intrincado mundo de la tecnología, la demanda de bienes y servicios mas o menos complejos y la multiplicidad de facetas del cada vez más competitivo mercado de consumo y de trabajo.
- VII) En los servicios o áreas dedicados a la formación, readaptación y ubicación laboral, es esencial considerar: el desarrollo de hábitos de trabajo y disciplina en las personas en proceso de formación; la ductilidad conceptual del personal directivo y técnico de la institución, para adecuar su quehacer a las efectivas alternativas de empleo: no provocar falsas expectativas en las persona que procuran una ubicación laboral y la aplicación al funcionamiento de estos servicios o áreas profesionales, lo consignado en la Resolución N° III del Taller de Rehabilitación y Derechos Humanos (Ver Conclusión del Taller correspondiente).
- VIII) Ante la crisis del empleo en relación de dependencia pública y privada: el desarrollo de actividades laborales independientes, a título individual o colectivo -societario o familiar- de producción, servicios y, principalmente, de comercialización, **constituye** una alternativa de trabajo viable, digna y remunerativa, la que debe ser activa y planificadamente promovida.
- Se recomienda contar con un área de formación para el ejercicio del comercio. Este emprendimiento debería contemplar aspectos tales como el abastecimiento y comercialización, normativa administrativa e impositiva, condiciones de seguridad e higiene y técnicas de atención al público. Se aconseja convocar a las personas discapacitadas visuales que ejercen eficientemente el quehacer comercial, para que aporten su invaluable experiencia en la formulación de planes.
- IX) Los integrantes de este taller consideran de la mayor importancia destacar la personalidad y la historia de la Sra. Fidela I. Elías, de San Salvador de Jujuy, ciega, que ante la circunstancia de tener que subvenir las necesidades de su hogar, emprendió unipersonalmente la elaboración y venta de golosinas caseras, constituyendo tal explotación una muestra elocuente del valor de alternativas independientes de trabajo.
- X) El creciente número de personas discapacitadas visuales con títulos terciarios y universitarios, demanda una respuesta específica por parte de las instituciones de rehabilitación. V. Gr., las técnicas de comunicación así como la movilidad independiente asumen un papel relevante con miras a la proyección profesional del individuo; y en los casos en que la persona se discapacita hallándose en ejercicio de una profesión, es particularmente trascendente el papel del soporte psicológico para el mantenimiento de sus roles profesionales.

- XI) Las instituciones de rehabilitación y de formación profesional, el Estado y la sociedad deben garantizar la acupación de las personas discapacitadas visuales que aún teniendo otros impedimentos, pueden desarrollar tareas laborales -individuales o colectivas- protegidas. Cabe ser consignada la recientemente dictada Ley Nacional n°. 24.147, que legisla sobre Talleres Protegidos.
- XII) Las “XI Jornadas Argentinas de Tiflogía” exhortan a las autoridades pertinentes a dar legal y estricto cumplimiento a las normas que sobre readaptación, formación profesional y empleo contienen la Ley Nacional N°22.431, sus análogas provinciales y las ordenanzas municipales que versen sobre la materia: haciendo un llamado a la conciencia social del sector privado que actúa en los ámbitos de la producción, los servicios y la comercialización, a prestar el máximo apoyo a la causa de la capacitación y la inserción laboral de las personas discapacitadas visuales.
- Recuerden asimismo la vigencia en nuestro país del Convenio 159 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Readaptación Profesional y Empleo de las Personas Inválidas, ratificado por Ley de la Nación N°23.462, el que en su artículo 4° recoge el avanzado principio de la “discriminación positiva”, bajo la siguiente fórmula: “...Las medidas positivas especiales encaminadas a lograr la igualdad efectiva de oportunidades y de trato entre los trabajadores inválidos y los demás trabajadores, no deberán considerarse discriminatorias respecto de estos últimos...”.

UN APOORTE PARA LA UBICACION LABORAL DE LA PERSONA CIEGA REHABILITADA

María Josefina R. de ROBALO
Dra. en Servicio Social

La etapa de la ubicación laboral constituye sin duda, la culminación de la rehabilitación integral de toda persona discapacitada, en el caso de los ciegos y amblíopes la obtención de fuentes de trabajo se torna más difícil, debido en parte al desconocimiento que la comunidad en general y los empresarios en particular, tienen de las aptitudes y alcances de la preparación de dichas personas discapacitadas con respecto a su rehabilitación funcional y profesional.

Cabe citar aquí el PROGRAMA MUNDIAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD que en su 2° capítulo “Situación actual” Párrafo 69 dice: “Se niega empleo a muchas personas con discapacidad o solo se les da trabajo servil y mal remunerado y ello es así a pesar de que se ha demostrado que con una adecuada labor de valoración, capacitación y empleo, la mayor parte de las personas con discapacidad pueden realizar una amplia gama de tareas conforme a las normas laborales existentes. Las personas con discapacidad son las primeras que se despiden en épocas de desempleo y estrechez económica y las últimas a las que se contrata”.

Continúa diciendo mas adelante: “La plena participación en las unidades básicas de la sociedad, esto es, la familia, el grupo social, y la comunidad, es la esencia de la experiencia humana. El derecho a iguales oportunidades de participación está consagrado en la

declaración universal de los derechos humanos y se debe aplicara todas las personas, sin excluir a las que tienen discapacidad. Pero en realidad, se suele negara éstas la oportunidad de participar plenamente en las actividades del sistema sociocultural en que viven.

La exclusión se produce por barreras físicas y sociales nacidas de la ignorancia, la indiferencia y el temor”.

Como una forma de enfrentar la indiferencia y el temor de los empresarios en esta materia y a fin de lograr la confianza en ellos respecto al material humano disponible, es que se propone poner en marcha un operativo empleando todos los medios de comunicación a fin de informara la comunidad sobre las actividades que las personas ciegas pueden efectuar, como así también demostrar la existencia de Centros de Capacitación en las diferentes etapas.

Se tratará de una campaña que tenderá a formar un determinado concepto de dignificación mediante el trabajo como único recurso para la subsistencia y el progreso corrigiendo equívocos criterios de que los discapacitados visuales sólo busquen soluciones en el aspecto económico teniendo que recurrir a la asistencia de pequeños comercios o a medios como la mendicidad.

La divulgación aludida permitirá, aunque sea a largo plazo crear una conciencia empresaria y popular en la competencia de estas personas para su admisión en el campo laboral. Dicha campaña consistirá en propalarfrases radiales, secuencias en TV, tanto en Noticieros como en programas de mayor audiencia y afluencia de televidentes respectivamente, ubicación de afiches en puntos estratégicos: teatros, cines, proximidades de establecimientos fabriles, sanatorios, hospitales, estaciones ferroviarias, cabeceras de líneas de autotransporte, entidades gremiales, reparticiones nacionales, centros culturales, importantes hoteles, escuelas, facultades, iglesias, estaciones de todas las líneas de subterráneos, etc.

Simultáneamente deberá emprenderse la acción en forma intensiva por todos los órganos periodísticos para que la opinión pública sea informada mediante artículos, notas gráficas o ilustraciones fotográficas de ‘la rehabilitación de las personas ciegas en los centros de Rehabilitación correspondientes, con el objeto de abrir el camino que lleve a facilitar la inserción de la persona ciega en ‘el campo laboral en el momento de la oferta de material humano.

Ni bien se haya organizado el Registro de Postulantes al empleo, se iniciarán contactos con empresas a fin de lograr la concreción de los móviles confiados al equipo de ubicación laboral que permita llevar a feliz término la total integración de este sector en el medio social evitándose que fracase el proceso de la última etapa que de al individuo una permanente estabilidad económica sintiéndose útil ante la comunidad.

El registro de aspirantes a empleo tendrá que ser único y funcionar en el Centro de Rehabilitación para Ciegos, dependiente del Consejo Nacional del Menor y la Familia (Ministerios de Salud y Acción Social de la Nación) ya que esta institución cuenta con un equipo interdisciplinario entrenado convenientemente para realizar la evaluación de los casos que allí se presentan.

Allí obran los antecedentes surgidos de las investigaciones efectuadas y certificaciones clínico-oftalmológicas que determinan legalmente el grado de ceguera para su admisión a fin de establecer si corresponde su atención en este organismo originando la confección de los legajos personales.

El registro de postulantes a empleo se manejará con fichas y planillas, volcándose en ellas los datos precisos.

Se clasificarán en dos categorías: colocación selectiva y trabajo protegido.

En la primera se ubicaran a los postulantes que hayan recibido rehabilitación profesional o funcional, presentando aquellos que los posean, antecedentes de trabajos realizados y comprobantes de capacitación.

En la segunda, se considerarán a aquellos que además de la ceguera posean otra afección crónica que les impidan realizar tareas en forma normal como ciegos.

Las fichas se confeccionarán de acuerdo a los siguientes datos:

CENTRO DE REHABILITACION PARA CIEGOS

UBICACION LABORAL

Apellido y nombre: _____

Planilla N°: _____ Legajo N° _____

Ciego: _____ Ambliope: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Colocación Selectiva: _____ Trabajo Protegido: _____

Las planillas se llenarán con los siguientes datos:

CENTRO DE REHABILITACION PARA CIEGOS

UBICACION LABORAL

Planilla N° _____ Legajo N°: _____

Fecha: _____

Apellido y Nombre: _____

Ciego: _____ Ambliope: _____

Agudeza Visual en Sistema Decimal: _____

Nacionalidad: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Doc. de Identidad N° y Tipo: _____

Nivel de Instrucción: _____

Comprobantes de Capacitación: _____

Ceguera: _____ Congénita: _____ Adquirida, a que edad: _____

Tuvo empleo con una antigüedad de más de 5 años: _____

Aportes a Cajas de Previsión: _____

Referencias: _____

Observaciones: _____

Responsable de la recepción: _____

En el registro de postulantes a empleo, se le dará prioridad de ubicación laboral al aspirante que reúne las mejores condiciones en el caso que surja una propuesta de empleo acorde al mismo tipo de capacitación de dos, tres o más candidatos.

El fichero de registro de postulantes a empleo se organizará en base a dos secciones que agruparán, una, a los aspirantes a **Colocación Selectiva** y la otra a los aspirantes a **Trabajo Protegido**.

Cada sección se subdividirá **a su vez** en **ciegos y amblíopes** para facilitar la búsqueda. Una vez puesta en marcha la campaña de concientización, organizado el registro de postulantes a empleo, comenzarán los contactos con las empresas conforme a diagramas zonales.

Las entrevistas serán cuidadosamente planificadas en reuniones de equipo.

En ellas se solicitará autorización para realizar estudio de los puestos de trabajo, destacando la importancia del permiso, el que facilitará el conocimiento acabado de todos los pasos que el puesto requiere y sus posibilidades de ser desempeñado por una persona ciega.

En aquellas empresas que lo permitan se colocará una persona ciega rehabilitada cumpliendo con los mismo derechos y obligaciones que los demás operarios.

La elección recaerá en el mejor candidato seleccionado entre todos los postulantes a empleo.

El criterio para la elección será “El hombre para el puesto y no el puesto para el hombre”. Procurar fuentes de trabajo y crear nuevas con el objeto de lograr su autovalimiento dando cumplimiento así a todas las etapas de una rehabilitación integral; este será nuestro último objetivo.

EL TRABAJO COMO UN FACTOR DETERMINANTE DEL PROCESO DE REHABILITACION

Lic. Ana R. QUIROGA

A. S. y Profesora Especializada en discapacidad visual

Lic. Paula M. MACIEL

Psicóloga

Lic. Martín A. BALBINDER

Psicólogo

“Las personas razonables intentan adaptarse al mundo.
Las personas irrazonables pretenden que el mundo se adapte a ellos.
Por lo tanto, el progreso depende de los seres irrazonables”.

G. B. Shaw

INTRODUCCION

Este escrito surgió a partir de la observación de la situación de desprotección en la que se encuentran aquellas personas discapacitadas visuales que intentan conseguir empleo, y la poca operatividad de los organismos que pretenden resolver este problema.

Intentamos pensar cuál sería la mejor manera de poner remedio a esta situación y llegamos a la conclusión de que lo más adecuado sería la creación de departamentos de ubicación laboral. Este estudio intenta fundamentar esta modalidad de trabajo.

Mostraremos por qué la persona ciega debe concluir su rehabilitación llevando a cabo un proyecto laboral del cual haya sido partícipe, y cómo puede lograrse este objetivo. Esto responde a una pregunta muy frecuente, rehabilitar ¿para qué?

‘Nuestra fundamentación será, sobre todo, lo descubierto a lo largo de nuestra labor en Instituciones de ciegos y para ciegos.

Nosotros partimos de la premisa de que la rehabilitación termina el día que el rehabilitando cobra su primer sueldo u obtiene su primer ingreso.

Creemos que las habilidades que se enseñan durante el proceso de rehabilitación no deben ser elevadas a la categoría de fines. Son medios para algo.

Para permitir a la persona su mayor independencia y autonomía ¿para qué?, para reconstruir su vida lo mejor posible. Y esto incluye la independencia económica. Pareciera que el proceso termina cuando concluye el aprendizaje de habilidades; nosotros sostenemos que no.

Una persona que no puede jugar su ser en un proyecto propio es, apenas, media persona. Alguien que no sienta que lo que hace tiene que ver con su deseo y su nivel de capacidad, está frustrada, funciona a media máquina.

Ya los autores existencialistas han establecido una correlación entre las posibilidades de creatividad de un individuo en su vida cotidiana y su potencial de salud. Aquel que tiene cortada su posibilidad de crear, que sólo se adapta pasivamente al medio, no es un hombre sano.

Podemos citar, en apoyo de nuestras afirmaciones, la definición que da Sigmund Freud sobre salud. El la define como la posibilidad de amar y trabajar. También refiere la salud, no a la ausencia de conflictos, sino a la posibilidad de arreglárselas con ellos. Si bien es posible que, dado su marco teórico, la definición aluda a las posibilidades psíquicas del individuo, nosotros creemos que, en este caso, no podemos separarlas de las posibilidades de acción objetiva.

Imaginemos la frustración de una persona cuyos medios intelectuales, culturales y físicos lo hacen capaz de trabajar, pero que no puede hacerlo porque no consigue empleo.

Desde ya que las imágenes estereotipadas y prejuiciosas de lo que es capaz de hacer una persona ciega (pero, sobre todo, de lo que se supone que no es capaz de hacer) son, junto con la situación económica, el principal obstáculo.

Y estas imágenes sub-valoradas existen tanto en los propios discapacitados visuales como en su medio. La naturaleza del prejuicio se define, precisamente, como aquella opinión acerca de algo que no se nutre y modifica con la información, sino que es previa a ella.

En general, y en grandes rasgos, los dos “mitos” con los que debe convivir una persona discapacitada (y en esto coincide la mayoría de las personas que hemos entrevistado) son dos opuestos ubicados en un continuo; de un lado se ubica el mito que supone al ciego como inutilizado para casi todo. Son un ejemplo de esta manera de pensar aquellas personas que no se dirigirán directamente a un discapacitado, sino a través de terceros. Y muy cerquita de esto se ubican aquellos que suponen a las personas ciegas capaces sólo de tareas manuales muy sencillas, siéndoles negada la posibilidad de cualquier otra ocupación. Pero el otro extremo es quizá, tan peligrosos como aquel. Tal vez más, porque es una imagen con la que resulta más placentero identificarse. Es aquella que supone a la persona ciega poseedora de facultades casi extrasensoriales. Ejemplo de esto es la suposición de que debería identificar inmediatamente las voces de todas aquellas personas que le son presentadas, porque “los ciegos desarrollan mucho el oído”.

Decimos que son mitos porque dan una imagen distorsionada de la realidad, y que son peligrosos porque obturan la posibilidad de una percepción más ajustada, lo cual redundaría, además, en que la persona ciega no obtiene la ayuda que precisa.

Cada persona tiene potencialidades que le son propias y esto no puede ser determinado a priori.

Por todo esto creemos que la persona ciega necesita ayuda para llegar a su objetivo, que es encontrar empleo, pero que esta ayuda no debe plantearse en términos paternalistas y proteccionistas, sino en términos de un grupo de profesionales que ponen su experiencia, sus conocimientos y su trabajo al servicio de una función. Esta función debería ser, encontrar un espacio de transacción donde el “quiero” del ideal, del anhelo, y el “puedo” de la realidad presente (económica, social, familiar, individual, etc.) intersecten en un espacio donde se ubique lo realizable.

Aquí queremos citar un concepto del profesor Ricardo Malfé (ex titular de la Cátedra de Psicología del Trabajo en la Facultad de Psicología de la U.B.A.). El, habla de dis-empleo. Sabemos que des-empleo es la ausencia de empleo, sub-empleo aquel que no alcanza a satisfacer las necesidades. Dis-empleo (aquí el prefijo tiene un eje similar al que tiene la palabra discapacidad), es aquel en el cual el sujeto se encuentra sub-valorado en sus posibilidades, capacidades y deseos, peligros mayores que quisiéramos ayudara conjurar. Otro concepto que viene al caso (éste acuñado por el Dr. Carlos E. Maciel), es el de discapacitado económico. En esta sociedad nuestra no es preciso ser discapacitado para ser discapacitado económico. Basta quizá con ser muy joven, muy viejo, muy esto o demasiado poco aquello... Pero estas dos características indican los ¿a quiénes?

Nosotros hemos dividido a los potenciales usuarios de este servicio en cuatro grupos, según sus características:

- a) Aquellas personas que antes de quedar ciegas se desempeñaban en un oficio o profesión pero que se ven impedidas de seguir realizando la misma actividad, pero que podrían retornar el ejercicio de su profesión. Con modificación de las técnicas utilizadas o insertarse en un campo de actividad distinto, pero vinculado a su profesión; o que simplemente han perdido su empleo y necesitan conseguir uno nuevo. En estos casos el énfasis deberá ponerse en la reinserción del sujeto en su campo de actividad, no en la capacitación en un nuevo campo.
- b) Aquellos que obtienen, ya ciegos, un título profesional o un oficio. En este caso, el objetivo no es reiniciar una actividad laboral, sino empezarla. Suele suceder, en el caso concreto de aquellas personas discapacitadas que concluyen una carrera universitaria, que se los toma como habiendo concluido un camino, cuando en realidad recién comienza lo más arduo, o sea, el ¿y ahora qué?
- c) Aquellos que no poseen capacitación laboral específica, pero que están en condiciones físicas, intelectuales y psíquicas de adquirirlas.
- d) Aquellos que padecen alguna problemática asociada a la ceguera, que les impide seguir un régimen laboral común.

Como se ve, en cada uno de estos casos, la manera de encarar la labor presenta analogías y diferencias. Cada caso es único porque cada persona es única. La planificación de una estrategia deberá tomar en cuenta la actividad anterior de la persona, su capacitación actual y sus potencialidades futuras procurando, en lo posible, que el empleo conseguido sea acorde a los mismos.

En nuestro ejercicio profesional y laboral, en las Instituciones de ciegos y para ciegos, hemos observado la existencia de grupos de personas que deambulan por las distintas instituciones

— en busca de trabajo. No es un grupo homogéneo pero, los homogeniza la característica de ir golpeando puertas. Es siempre, la misma gente y las mismas puertas, circuito en el cual la carencia de respuestas provoca que este grupo crezca año a año, girando en un movimiento circular en el cual siempre se vuelve al punto de partida; pero no en una espiral dialéctica, en la cual hay una síntesis, una superación. Se vuelve, exactamente, al mismo punto. Lo único que aumenta es la desesperanza. Tanto es así, que en esta “bolsa de gatos” caen, incluso los profesionales. No se hace distinción entre el grado de capacidad o de preparación que estas personas puedan tener, al no existir un Departamento de Ubicación Laboral, estas personas acuden a centros de rehabilitación, escuelas de formación laboral, direcciones de protección al discapacitado, etc. Allí se les ofrece una nueva capacitación, al concluir la cual “se supone” que hallarán trabajo. Esto sin tener en cuenta la preparación anterior o nivel intelectual del interesado. Los que tengan más “suerte” podrán ingresar a un taller protegido dentro de las mismas instituciones. Al llegar a esos lugares, es sometido a una nueva serie de pruebas, exámenes, pedido de certificados, etc., con los cuales se confeccionan larguísima listas de gente que espera ser llamada para algún empleo, llamado que casi nunca se concreta. Se parte de la premisa de que la persona ciega puede hacer ciertas cosas y no de estudios de mercado que rastreen las demandas, los vacíos, aquello que “hace falta”, servicios que podrían crearse, etc. Por ejemplo, de vez en cuando surgen intentos de solución para este gravísimo problema de la falta de empleo. Desde organismos dedicados a tareas de asesoramiento se arma artificialmente una estructura tendiente a cubrir estas necesidades. Elaboran listas de posibles empleos, buscando después, a las personas que se adapten al perfil buscado, sometiendo otra vez a este grupo tan heterogéneo a nuevas pruebas, exámenes, capacitaciones, “puestas a punto”. Allí se trata, además, a las distintas discapacidades de la misma manera.

Podemos diferenciar aquí entre protección y promoción. Se protege a aquellas personas que no están en condiciones de ingresar al mercado laboral común, que no suele ser el caso de las personas ciegas.

Por lo antes expuesto, se hace necesario la implementación, dentro de los organismos dedicados al tratamiento de la discapacidad visual, de un sector que centralice estas demandas. Toda persona, discapacitada o no, necesita apoyo para iniciar una inserción laboral, siempre hay un asesoramiento informal, padres, tíos, amigos, profesores, cumplen este papel de “esclarecedores”. Además, en el caso de la persona ciega, se encuentran con dificultades que van, desde la lectura de los clasificados del diario, al traslado, discriminación, etc.

PROPUESTAS

Estos Departamentos funcionarían en los centros de rehabilitación, en las escuelas de formación laboral, Direcciones de Protección al Discapacitado y otros organismos que se ocupen de la discapacidad. Esto implica plantear que la rehabilitación y la capacitación laboral deben formar parte de un mismo proceso, no realizarse por separado. Ya esto supone darle un sesgo determinado a la rehabilitación.

A estos Departamentos podrían también acudir aquellas personas’ ya rehabilitadas que necesiten efectuar un cambio en su situación laboral y que precisen ayuda para lograrlo. Para

llevar a cabo esta labor se recomiendan profesionales, preferentemente de formación humanística, que deben hacer un curso de especialización en ubicación laboral. Para entender qué habilidades requiere un ubicador laboral, veamos cuáles serían sus tareas, Debería ser capaz de realizar estudios de mercado, para rastrear qué necesidades hay en el medio que podrían ser satisfechas, que vacíos pueden ser llenados ofreciendo, tantos candidatos a empleo, como servicios o productos que se creen, por medio de micro emprendimientos (ya volveremos sobre el punto) cubriendo, también, los organismos que tradicionalmente emplean a personas ciegas. Este ubicador laboral debe tener un conocimiento profundo de las personas que se están rehabilitando, que incluya en que etapa de la rehabilitación están; qué características distintivas tienen; que conocimientos; qué formación; que expectativas; qué deseos. Esto permitirá eventualmente, efectuar una transacción entre las necesidades del medio y las posibilidades y deseos de cada persona, Ampliando esto, diríamos: conociendo las características del postulante, que podemos encontrar en el mercado laboral.

Resumiendo: la función del ubicador laboral descansaría sobre, tres pilares:

- El estudio exhaustivo de mercado
- El conocimiento a fondo de la persona que se está rehabilitando
- La búsqueda concreta del empleo.

Estos incluiría acudir a los posibles lugares de trabajo y pesquisar donde puede ubicarse, Detectado un posible puesto de trabajo, el ubicador laboral hablará con el empleador, tratando de mostrarle las condiciones de la persona ciega para este empleo, en particular. Después, se encargara de verificar si la persona a emplearse necesita alguna capacitación específica para acceder a este puesto. El ubicador empieza a observar la persona, ni bien ingresa al centro de rehabilitación, con el fin de orientar la rehabilitación al Brea de trabajo que va a desempeñar; pero esto, siempre en contacto con el principal. interesado, que formará parte del equipo de ubicación; esto equivale a decir que este trabajo debe ser hecho "con" la persona y no "para" la persona. Que el sujeto pueda sentir al Proyecto como propio. Ya conseguido el empleo, el ubicador laboral será el encargado de la parte legal del contrato, informando a la persona de sus derechos, aspecto frecuentemente descuidado, El último paso consistir3 en seguimiento; averiguar, por ejemplo, si se siguen manteniendo las condiciones de trabajo; si el empleado rinde; el nivel de integración alcanzado, etc-Terminado esto la relacion se acaba o al menos, cambia substancialmente. El equipo de ubicacion no debe ser un tutor de por vida. Si bien el sujeto puede concurrir a efectuar una consulta, ocasionalmente, debe quedar claro que la relacion ha cambiado.

Si el final de la rehabilitación debe ser la independencia, que esta independencia incluya también al ubicador. Podemos agregar, además, que el Departamento de Ubicación Laboral podría encargarse de organizar micro emprendimientos en forma de cooperativa, quedando claro que no se trataría de talleres protegidos, sino de pequeñas empresas. Es importante, también, que estos Departamentos de ubicación laboral trabajen coordinadamente, o sea, que cada uno conozca lo que están haciendo los otros. Esto evitara que las personas ciegas tengan que hacer una y otra vez tos mismos trámites, pruebas, cursos,. etc. Esto permitirá también, que sirvan como lugares de registro centralizados, que ahora no existen. No hay ningún lugar donde uno pueda enterarse que personas podrían realizar una tarea en particular.

Con respecto al perfil del ubicador laboral, queremos proponer dos cosas más; una, que se dé prioridad, en el momento de elegir el personal para estos Departamentos, a los mismos profesionales ciegos. Esto hará que, desde el vamos, sirvan como posibilidad de trabajo. Por último, consideramos que, si bien, parte del personal de estos Departamentos pueden reclutarse entre los mismos que ya trabajan en las instituciones donde el Departamento va a crearse, el cargo de ubicador laboral debe ser único; esto equivale a decir que la persona que desempeñe este cargo no debe desempeñar otro.

RESUMEN DE LAS CONCLUSIONES

- El fin natural de la rehabilitación debe ser la independencia económica del rehabilitado.
- Para lograr esto, proponemos la creación de Departamentos de Ubicación Laboral.
- Estos Departamentos funcionarán en las mismas Instituciones que se ocupan de la discapacidad visual. Esto permitirá que la rehabilitación y la ubicación laboral formen parte de un proceso continuo.
- El Ubicador Laboral deberá ser un profesional que recibirá formación específica para su tarea.
- Su tarea consistirá en:
 - a) Realizar estudios de mercado para conocer las demandas del medio.
 - b) Conocimiento profundo de las personas que van a rehabilitarse.
 - c) Búsqueda y obtención concreta de empleo.
 - d) Ayuda para la creación de micro empresas.
 - e) Asesoramiento legal sobre el punto concreto.
- La persona a rehabilitarse deberá formar parte del Proyecto, desde un principio.
- Su capacitación laboral orientada al empleo, se realizará durante la misma rehabilitación.
- El Ubicador Laboral se dedicará exclusivamente a esta labor.

BIBLIOGRAFIA

- AGUIRRE, Angel: "Ubicación laboral competitiva"
- MALFE, Ricardo: Teóricos de la materia "Psicología del Trabajo"
Facultad de Psicología, UBA, 1990.
- GENNI, Patricia: "Salud y creatividad" Seminario dictado para la Cátedra de Psicología de la Creatividad
Facultad de Psicología, UBA.

ENTREVISTAS REALIZADAS

Dr. Carlos E. Maciel, Psiquiatra
Lic. Carlos Silveyra, Psicólogo
Lic. María del Carmen Ramadori, Psicóloga

TALLER N° 3

“REHABILITACIÓN VISUAL”

Coordinadora: **Prof. Elba Alice GONZALEZ**
Secretaria: **Prof. Alicia Inés BOUDET**

- 1) El grupo, que hace su presentación personal dando nombre, procedencia y actividad que desarrolla, se encuentra conformado principalmente por Estimuladores Visuales que trabajan mayoritariamente con niños y adolescentes. No hubo participantes con experiencia en trabajo con adultos. Las carreras de profesorado de las diferentes provincias, tienen en común que el tema de la rehabilitación en general y la rehabilitación visual en especial, no se profundizan. Por ello, se recomienda:
 - Que en la formación docente se aborden con mayor énfasis las áreas relacionadas con el trabajo con adultos.
 - La inclusión en los planes de estudio de las carreras de formación docente, de una materia que establezca bases de conocimiento en el sistema visual (estimulación y rehabilitación visual).
 - La creación de un post-grado que forme al docente especializado en rehabilitación visual.
 - Que se establezcan y otorguen becas para efectuar la especialización en países que cuentan con la organización adecuada.
 - Que se organicen cursos en el país, dictados por profesionales idóneos de otros países.
 - Adoptar como denominación común de esta población, la expresión “persona con disminución visual”, quien desde el punto de vista clínico y pedagógico, es aquel que tiene un muy bajo nivel funcional de su visión. pero que aún así puede utilizarla para algunas tareas en forma efectiva.
 - Que los Centros de Rehabilitación contemplen en su organización el tratamiento de las personas con Baja Visión.

- II) Considerando el alcance y significado de Rehabilitación Visual se establece que las siguientes variables son necesarias para circunscribir el colectivo de rehabilitantes:
 - personas con proyectos propios
 - personas con autonomía
 - personas que hayan superado el proceso madurativo de su sistema visual
 - persona con historia, estudios, conceptos previos.

La edad es importante para procurar el desarrollo de las funciones ópticas. La rehabilitación no apunta a este objetivo porque estas funciones no son desarrolladas sino que se optimiza su utilización.

- III) Se analizaron pautas de ajuste o desajuste de la persona disminuída visual a su condición:
 - 1) Aspectos emocionales: son más complejos en el adulto que en el niño, ya que depende de la experiencia previa, de las relaciones familiares, de la realidad socio-económica.

- 2) Reacomodación a su condición: identidad como disminuído visual, consecuencias de la inestabilidad de algunas patologías.
 - 3) Dificultad de la sociedad para reconocer la discapacidad: existe un factor de ambigüedad que dificulta el reconocimiento del grupo y de su condición particular.
 - 4) Aspectos relacionados con las condiciones personales de la persona disminuída visual: perceptuales, intelectuales y emocionales.
- IV) Se procura definir el concepto de intervención y las condiciones que determinan que ésta sea o no pertinente.
Se considera que debe fundamentarse en los intereses, la historia, las necesidades y el límite de posibilidad que determinan la patología y los condicionantes psicológicos.
- V) Se procura analizar algunos objetivos propios del área:
- 1) Objetivos perceptuales, intelectuales, de expresión y comunicación, de actividades.
 - 2) Objetivos que tienden a fortalecer la identidad como persona disminuida visual.
 - 3) Objetivos que tienden a desarrollar interacciones positivas.
Se establece que no son objetivos terapéuticos.

Los temas II), III) IV) y V) no se plasman en recomendaciones porque su tratamiento requiere más tiempo de análisis. Se deja planteado el compromiso de ulteriores abordajes a través de las formas operativas previstas en el Estatuto de A.S.A.E.R.C.A.

PAUTAS INTRODUCTORIAS PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS PARA LA ATENCION DE LA BAJA VISIÓN Y SU REHABILITACIÓN

*Prof. Elba Alice GONZALEZ
Prof. Alicia Inés BOUDET*

DEFINICIÓN DE LA POBLACION CON VISION SUBNORMAL

- 1) Heterogeneidad respecto al grado, tipo y forma de resto visual.
- 2) Edad y causa de la alteración.
- 3) Estatus educativo y servicios previos.
- 4) Ajuste o desajuste respecto a la condición.

Factores de los que dependen la utilización efectiva de la visión.

- 1) Salud física y emocional
- 2) Aspectos del entorno
- 3) Diferentes síntomas según la patología

- 4) Ansiedad derivada del autoconcepto.
Mecanismos para controlarla.
Conocer las consecuencias de su funcionamiento visual; racionalizar sus adecuaciones; colapsar o expandir el campo perceptual.
- 5) Conflicto entre dependencia e independencia.
- 6) Retroalimentación alterada o limitada.

ADAPTACIONES A LA VISIÓN SUBNORMAL

Tipos de problemas: emocionales, fatiga, bajo rendimiento.

Otros: aumento de la tensión nerviosa, acumulación de frustraciones.
el que usa su condición para sacar ventaja;
el que se autoidentifica con el vidente;
el que intenta potenciar el uso de la visión residual.

ADAPTACIÓN POSITIVA

Factores: actitud receptiva del sujeto, buen nivel de autoestima.

Relaciones de compañerismo más intensas.

Agudeza central suficiente, buena motilidad ocular, patología estable.

Autoactitudes afirmativas, autoaceptación, autoexpresión, contactos con el medio de signo positivo.

Necesidad de una retroalimentación frecuente y exacta.

Situación escolar integrada.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

- Ayudar al D.V. a obtener, interpretar, y expresar la información visual del entorno.
- Demostrarle que es aceptable solicitar retroalimentación del entorno, de su propio yo y su funcionamiento visual.
- Desarrollar una interacción positiva con las siguientes peculiaridades:
 - 1) sensibilidad
 - 2) empatía
 - 3) consideración positiva
 - 4) respeto
 - 5) cordialidad
 - 6) concreción
 - 7) inmediatez
 - 8) confrontación
 - 9) autenticidad
- No son solamente terapéuticos. Incluye el desarrollo de un funcionamiento intencional y la prevención de problemas ulteriores.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN DE VISION SUBNORMAL

Especialista en visión subnormal: instructor o examinador que contribuye a la rehabilitación visual.

Asistencia en visión subnormal: filosofía que enfatiza el valor de la visión residual en lugar de la ceguera. Destaca la capacidad, sin referirse a un sistema numérico de clasificación.

Rehabilitación visual: servicio de evaluaciones diagnósticas y secuencias de formación-entrenamiento para ayudara superar los efectos negativos del deterioro visual, funcionara nivel óptimo y tener una vida más plena y cómoda. Compromiso de un grupo interdisciplinario de profesionales, cuyo fin es ayudar al sujeto con baja visión a cumplir la filosofía. La misma deficiencia puede producir diferentes minusvalías.

MODELO DE SERVICIO DE REHABILITACIÓN VISUAL

Fase 7: Establecer el nivel de independencia del sujeto a cargo del instructor de visión subnormal.

Actividades sociales, adaptación psicológica, capacidad de desplazamiento, problemas perceptivos (agudeza, campo, color, fotofobia), dinámica familiar, necesidades económicas, acceso a la asistencia médica, informe personal sobre objetivos del sujeto.

La Fase 1: describe al sujeto de manera no clínica, de manera que el tiempo disponible se distribuya lo más eficazmente y con un enfoque correcto para cada sujeto concreto.

Fase 2: Evaluación clínica: evaluaciones estructuradas de: agudeza, campo, error de refracción, necesidades de ampliación.

La Fase 2 junto a los datos de la fase 1, permite la formulación del plan de tratamiento.

Fase 3: De formación y entrenamiento.

Propósitos: 1) oportunidad de familiarizarse con la ayuda óptica, ejercicios de movilidad y lectura; 2) identificación de otros problemas.

Las tres fases se dan simultáneamente.

Un solo profesional ovarios de una misma disciplina no pueden prestar el servicio, que sólo tendrá éxito si se cumplen los criterios de comunicación y flexibilidad.

Sistemas de prestaciones de los servicios: pasos continuos, preclínico (diagnóstico), clínico, postclínico (seguimiento).

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Especialista clínico de visión subnormal: Oftalmólogo que diagnostica.

Asesor médico del programa de visión subnormal: Médico que indica tratamientos en otras áreas adicionales a la afección visual.

Coordinador-instructor de/ programa de rehabilitación visual: Profesional calificado para dirigir el servicio.

Instructores de visión subnormal: Maestro especializado en disminuidos visuales, maestro de orientación y movilidad, maestro de actividades de la vida diaria.

Óptico: Para determinación de ayudas ópticas.

Psicólogo: Evaluación, orientación psicosocial.

Asistente social: Orientación familiar y comunitaria.

TALLER N° 4

“REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN PERMANENTE”

Coordinadora: **Arq. Ana Blanca LITWIN**
Secretaria: **Prof. Graciela Noemí FRANGI**

Trabajos presentados:

- 1) Documento de Base para el desarrollo de las tareas de Taller. Autor: Arq. Ana Blanca LITWIN
- 2) “Mi experiencia de integración como discapacitado visual”. Autor: Martín WEBER.
- 3) “La rehabilitación y el Saber”. Autores: Paula MACIEL y Martín BALBINDER.
(Ver documentación de Taller N° 1).

CONSIDERANDO:

- Que las rápidas transformaciones sociales, económicas y culturales características del mundo actual repercuten sobre todas las actividades del hombre y le obligan a revisar conceptos tradicionales, formas consagradas y valores aceptados dirigidos a una nueva construcción social que se adecue a las necesidades y requerimientos de la modernidad, todo lo cual le exige la adopción de actitudes diferentes respecto de su realidad intrínseca y extrínseca.
- Que la educación permanente es una modalidad que otorga oportunidades de aprendizajes disponibles a lo largo de toda la vida de la persona.
- Que la misma suministra recursos y posibilidades integrales para satisfacer las necesidades de formación del ciudadano, al consolidar una situación de renovación y cambio actitudinal y vital en la persona con discapacidad visual.

SE RECOMIENDA:

- 1) Difundir ante los estamentos de gobierno nacional, provinciales y municipales, la necesidad de abordar los procesos de rehabilitación en el marco de la educación permanente.
- 2) Informar, aconsejar y asesorar, a través de publicaciones, la relevancia de la incorporación de nuevas metodologías y aplicación de estrategias tecnológicas no convencionales para la organización de sistemas que atiendan la problemática de la rehabilitación y sus connotaciones educativas.
- 3) Valorizar el sistema Braille como base para el abordaje de los procesos que implica la rehabilitación en relación con la educación permanente.
- 4) Auspiciar el desarrollo de las instituciones de y para ciegos, para que operen en la medida de sus posibilidades como centros multiplicadores de experiencias rehabilitativas, las que integrarían el “corpus” cultural de apoyo para la educación permanente destinada a las personas con discapacidad visual.
- 5) En los procesos inherentes a estas recomendaciones culturales que A.S.A.E.R.C.A. desempeñe un rol orientador para la consecución de los objetivos que se desprenden de los enunciados.

DOCUMENTO BASE PARA EL DESARROLLO DE LA TAREA DEL TALLER

Arq. Ana Blanca LITWIN

Las rápidas transformaciones sociales, económicas y culturales que caracterizan al mundo actual, repercuten sobre todas las actividades del hombre, y le obligan a revisar viejos conceptos, formas consagradas y valores aceptados, en orden a una nueva construcción social que se adecue a las necesidades y requerimientos. Las transformaciones y la aceleración del ritmo histórico se expresan en descubrimientos espectaculares, en invenciones prodigiosas y en innovaciones inagotables y exigen al hombre la adopción de **actitudes diferentes** respecto de sí mismo y de la realidad.

DEFINICION DEL CONCEPTO: EDUCACION PERMANENTE: Es un sistema para que el suministro de oportunidades de aprendizaje esté disponible a través de la vida del individuo. Significa el suministro de recursos y oportunidades educativas y **rehabilitativas** hasta un punto tal que cumpla con las necesidades de formación de cualquier ciudadano individual, en cualquier momento de su vida.

La Educación Permanente implica un sistema de educación **para el cambio**.

La forma de **ORGANIZACION** implica un sistema muy flexible de suministros y un nivel muy alto de control y responsabilidad del Estudiante-Rehabilitando sobre el proceso de aprendizaje.

Deberíamos recalcar que en el proceso de rehabilitación las situaciones de aprendizaje y de re-aprendizaje van a ser concomitantes con la percepción del mundo que el rehabilitando vaya ejerciendo. Por consiguiente la organización global de las situaciones de enseñanza y aprendizaje van a incluir a dos sujetos: rehabilitador-rehabilitando.

NUEVOS METODOS: Por un lado métodos individualizados de aprendizaje y por otro métodos de auto-estudio y aprendizaje independiente, en donde tocaríamos áreas del aprendizaje no sólo convencional sino también no-convencionales con sus tecnologías.

NUEVOS METODOS DE INSTRUCCION Y DE TRANSFERENCIA DE LA INFORMACION.

La transferencia de información puede ser eficazmente transmitida por los medios de comunicación al individuo en su hogar, en su medio (así una proporción mayor del estudio tendrá lugar fuera del aula). Sería la consecuencia directa de beneficio para el usuario desde el punto de vista de la utilización del nivel impersonal correspondiente a los medios masivos de comunicación social.

Los medios de comunicación cumplen un importante papel para los nuevos métodos de instrucción: televisión, radio (UBA XXI), video-tape, casetes-grabadores, teléfono-fax, correo, y en nuestro quehacer con la discapacidad visual surge el sistema braille como medio de comunicación relevante.

INSTITUCIONES Y SERVICIOS. Aparecen las Bibliotecas braille, los libros parlantes, bibliotecas parlantes, editoras braille.

Aparte de centros de rehabilitación hay centros de formación y capacitación de rehabilitadores y rehabilitandos.

Las bibliotecas braille en su desarrollo tienden a transformarse en centros culturales a través de los servicios especiales y materiales especiales que les toca crear y difundir (CACNOVI, Libro Parlante, BAC, Editora Nacional) entre otros.

Consideramos que estos desarrollos de las Bibliotecas que dejan de ser con características tradicionales van a estar acordes con los desarrollos comunitarios que se puedan proveer a tales efectos y donde los roles importantes van a estar determinados por la **interacción** de las bibliotecas con el entorno social en retroalimentación.

Esto marca el rol importante de las bibliotecas para ciegos para la EDUCACION PERMANENTE considerando que este es un marco institucional imprescindible.

Hay otros servicios que integrarían el corpus cultural de apoyo para la educación permanente para las personas con discapacidad visual, como por ejemplo, Editora Nacional Braille.

La BAC (Biblioteca Argentina para Ciegos) 1927. Formación de recursos humanos con metodologías no convencionales para atender la discapacidad visual.

En la misma situación de apertura comunitaria se encuentra la Sociedad Pro Ciegos Luis Braille de La Plata que ha realizado cursos de formación de recursos humanos para la Educación a Distancia.

La Dirección General de Escuelas de la Pcia. de Buenos Aires a través de la dirección de Educación Especial se ha preocupado del aspecto de atención educativa permanente con metodologías no convencionales.

Algún centro de Rehabilitación está tomando la metodología no convencional como complemento del proceso de rehabilitación. Ej., CREDIVI, centro de rehabilitación de la Fundación Tiflos de La Plata.

También existen sistemas no convencionales de formación de especialistas docentes y rehabilitadores para la discapacidad visual: Institutos de Formación Docente de la Dirección Gral. de Escuelas de la Pcia. de Bs. As. y También del Ministerios de Salud y Acción Social de la Pcia. de Bs. As. (técnicos ciegos, docentes). (Curso de perfeccionamiento en sistema braille grado 2 para docentes titulares de escuelas especiales y servicios agregados, a través de la Dirección de Educación Especial).

APORTE A LA REHABILITACION Y EDUCACION DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS VISUALES DE LATINOAMERICA.

EDUCACION PERMANENTE - SISTEMA DE EDUCACION A DISTANCIA - SISTEMA REHABILITATIVO-EDUCATIVO-CULTURAL.

OBJETIVOS:

Enseñanza GRATUITA por CORRESPONDENCIA en SISTEMA BRAILLE y CASETE.
DIFUSION Y PROMOCION DEL SISTEMA BRAILLE como código de comunicación de las personas con discapacidad visual. Código insustituible, no superado por las alternativas de la moderna tecnología.

PROMOVER las ciencias exactas y la música a través de cursos de notación matemática y musical braille.

PROMOVER la enseñanza de idiomas para acceder a la información y a la cultura.

BIBLIOGRAFIA:

- “Educación Permanente” - Jornadas “Adriano OLIVETTI” de Educación.
“Educación y Trabajo Productivo en la Postmodernidad” - Colección Educativa.
“Conferencia Internacional sobre el Braille” - O.N.C.E. - 1990.
“Introducción a la Historia de la Tiflología Argentina” - Antonio PEGORARO - Editora Nacional Braille.

MI EXPERIENCIA DE INTEGRACIÓN COMO DISCAPACITADO VISUAL

Martin WEBER

Soy Martín Weber, tengo 22 años, nací en un hogar que comparto con mi madre, mi padre y 5 hermanos, César de 24 años, casado; Carina de 19 años, casada; Adolfo de 15 años; Juan José de 9 años y José Ignacio de 8 años.

Mis padres conocieron mi problema visual cuando tenía menos de 2 meses de edad. Luego de hacer las posibles diligencias para mitigar mis limitaciones a través de la medicina se preocuparon y ocuparon especialmente por mi formación y educación.

En una primera etapa pensaron que era importante la educación especial no integrada a la escuela común. Luego con la orientación correspondiente promovieron mi integración a la escuela común.

En un principio; en la escuela primaria tuve gran apoyo de mis padres, mis hermanos y mis compañeros. Un papel fundamental cumplieron los docentes que trabajaron en forma coordinada con mi familia.

Así comprendí y valoré la importancia del apoyo de los demás, tanto de mi familia como de mis compañeros y descubrí mis propios valores y que los demás, también necesitaban de mí.

Ya cuando inicié mi formación secundaria, mis padres y otros habían intervenido activamente en la promoción de una Escuela Primaria Especial de Integración (Escuela N° 2075, “Dr. Edgardo MANZITTI” de Santa Fe).

Las maestras especiales (egresadas del Instituto Cabred, de Córdoba) además de su tarea de integración de los niños del primario, ayudaron y orientaron mi integración en el primer año en el Colegio Secundario (Colegio de la Inmaculada de Santa Fe).

Pude completar mi formación como Bachiller y valorar especialmente la metodología grupal empleada en ese Colegio, que naturalmente facilitó mi integración.

Los docentes de ese Colegio y mis compañeros fueron importantes factores para mi integración y el modo personalizado de educación contribuyó al conocimiento y mejor apreciación de mis propias limitaciones y potencialidades.

Enterados a través de la Directora de la Escuela Edgardo Manzitti, la Profesora Mercedes Venencia, que participara en un congreso en Alemania, de la existencia de un Programa Internacional para Ciegos y Disminuidos Visuales, solicitamos la información correspondiente.

En abril de 1990, después de haberme inscrito al Curso para el Periodo (90-91) recibimos la visita de la Directora, Señora Ankee RIMROTT, quien consideró que mi aprestamiento en inglés y braille, no era suficiente.

Insistimos en la solicitud y durante un año, con el invalorable apoyo de un profesor de inglés, el Señor Norberto FAVRE, logré mejorar mi aprestamiento en inglés.

También requerí un apoyo de la Escuela HADLEY para introducirme en braille estenografiado, en inglés. Este entrenamiento me fue muy dificultoso, siempre me resultó más práctico ejercitar el resto de visión de mi ojo derecho y mis facultades auditivas. Por el contrario, siempre me resultó difícil el entrenamiento en Braille.

En 1991, fui aceptado para ingresar al Programa Internacional (91-92) de la OVERBROOK SCHOLL OF THE BLIND; después de una nueva entrevista con la Directora.

Mi expectativa estaba centrada en:

- a) Entrenamiento en inglés y computación.
- b) Intercambio de culturas y experiencias.
- c) Experiencia nueva de integración.

Creo haber colmado estas expectativas.

Me despedí de mi familia en Setiembre de 1991. Viajé en avión sólo, primero hasta Nueva York y allí trasbordé en un vuelo de cabotaje a Filadelfia, donde me esperaba la maestra de "Movilidad".

Lo primero que hicimos fue reconocer el ambiente físico de la escuela: dormitorios, baños, comedor, oficinas, etc. Me presentaron parte del personal y los pocos compañeros llegados: uno, ruso y otro lituano.

Luego fueron llegando compañeros y compañeros de otros países (Israel, Alemania, Inglaterra, Japón, Corea, Colombia, Hungría, Polonia, Nepal, Bélgica, Suecia, Dinamarca, Checoslovaquia, Malasia, Filipinas).

Las primeras 2 semanas fueron dedicadas al conocimiento e integración del grupo. También permitieron a los profesores evaluar el nivel de aprestamiento de cada uno en "Movilidad", "Inglés", "Computación", "Braille", "Actividades de la Vida Diaria", etc.

Nos levantaban a las 6,30 horas, desayunábamos a las 7,10 horas. Iniciábamos las actividades a las 8,15 horas, a las 12,20 horas, interrumpíamos para almorzar y reiniciábamos a las 12.50 horas. A las 15,10 horas terminaban las clases.

Hasta las 17,30 horas teníamos recreación o prácticas personales en la sala de computación. A las 18 horas cenábamos, luego teníamos tiempo libre y de 19 a 21 horas podíamos ejercitarnos y hacer tareas en la sala de computación.

El descanso era a partir de las 22 horas, teníamos un pabellón para mujeres y otro para hombres. Los dormitorios eran para 2 personas con las comodidades adecuadas.

La limpieza, el ordenamiento de la habitación y el lavado de ropa lo hacíamos nosotros mismos.

Al principio cuesta la comunicación, después de un período de acomodación llega la adaptación y la integración, la única forma de hablar entre los participantes por la diversidad de orígenes es en inglés. Luego se establece una relación muy fuerte.

Los fines de semana podíamos quedarnos en el Colegio o salir, a la casa de algún familiar o gente conocida y en su defecto de alguna "familia sustituta" que era preasignada de entre familias voluntarias.

Yo algunos fines de semana visité a un familiar y en la mayoría de los casos asistía a lo de mi familia sustituta. Lo hacía con 2 compañeros, un lituano y un coreano. La familia sustituta estaba en las afueras de Lancaster y teníamos que viajar unas 3 horas en tren haciendo un trasbordo, esto nos ayudaba a entrenarnos en orientación y movilidad y nos permitía afianzar nuestra independencia.

También algunos fines de semana el colegio nos proponía visitas, encuentros, actividades deportivas, espectáculos y viajes.

Por ejemplo, un fin de semana visitábamos la Casa Blanca y diversos museos. Otra vez participamos en un Concierto de la Filarmónica de Filadelfia, también estuvimos en recitales de rock. Visitamos la Universidad de Harvard y participamos en una competencia deportiva. Practicábamos deportes y hacíamos gimnasia y natación durante la semana.

Cursábamos materias bimestrales, al final de este período teníamos una evaluación.

Algunas eran obligatorias (ej.: inglés, computación, orientación, movilidad, actividades de la vida diaria y japonés) otras eran optativas (ej.: música, esperanto, deportes).

El primer bimestre fue duro, a partir de este momento adquirí gran facilidad para comunicarme en inglés y para apoyarme con la computadora. Desde el segundo bimestre, y en adelante las cosas mejoraron sustancialmente.

Hay jóvenes voluntarios externos de Filadelfia que suelen apoyar al programa y así me hice muy amigo de Tony Carossi, con quien solía salir algunos fines de semana o a veces durante la semana en algunas horas libres o para asistir a algún espectáculo o para hacer compras. Las prácticas de Orientación y Movilidad son personalizadas, es decir que hay una atención individual y también algunas actividades de grupo. La atención es individual, según la situación y el aprestamiento de cada uno.

El primer mes insistieron mucho en el uso del Braille en computación y en todo mi entrenamiento. Después desde el segundo mes y en adelante, debido a un cambio de estrategia, insistieron en el entrenamiento del resto de mi visión y dejaron de lado el uso intensivo del Braille. En esta decisión intervinieron especialmente las profesoras de Orientación, Movilidad y de Computación.

Las computadoras personales están equipadas con teclado común y teclado Braille, con un sintetizador de voz, con impresora común y con impresora Braille y también con monitores especiales que por el tamaño de las letras y el contraste de color permiten ejercitara quienes cuentan con un resto visual.

La computación es un excelente medio para acumular información, trabajar con velocidad, comunicar al ciego con el no ciego y permite la autocorrección que es fundamental para ejercitarse y trabajar.

Lo más interesante es que la computación independiza al ciego y al disminuido visual para trabajar y autoapoyarse.

Creo que la computación nos permite proseguir y facilitar los estudios, y también nos permite un gran apoyo para desempeñar actividades laborales, por ejemplo facturar en un negocio, vender pasajes, programar, etc.

Si bien, aún yo no me he incorporado al mundo del trabajo, estoy seguro que la computadora me será de gran utilidad en cualquier actividad que inicie en el futuro.

Me parece importante destacar que el programa fue para 34 estudiantes de entre 16 y 21 años y para 10 profesores en proceso de especialización.

El personal estable del programa lo componen la directora, una secretaria administrativa, una directora de estudios, una docena de profesores y el personal de apoyo (cocina, limpieza y caseros).

Respecto a la integración de los participantes, si bien al principio hay un intercambio entre todos, con el tiempo surge una mayor integración con algunos grupos, según sea su origen cultural y sus valores personales. Yo no tuve problemas con ninguno, pero como es natural desarrollé una fuerte amistad con algunos participantes.

La relación con los directivos y el cuerpo docente, fue excelente, incluso en algunos casos los profesores nos invitaron a compartir su casa.

Con mi familia sustituta, que tiene una pequeña granja, no sólo compartíamos la vida en el fin de semana, sino que ayudábamos en las tareas. Por ejemplo, apilábamos troncos para el invierno, juntábamos y envasábamos huevos y otras actividades propias de la granja.

Las primeras veces me sentí incómodo, hasta que conocí el lugar y especialmente los valores humanos de la familia. Luego me integré muy bien y guardo muy gratos recuerdos y ejemplos de vida.

Creo que éste es un buen modelo de lo que pueden hacer algunas familias granjeras, o que tengan talleres o comercios, para integrar discapacitados al trabajo. Permitiéndoles conocer la actividad, entrenarse y adquirir confianza en sí mismo.

Mi familia sustituta se componía del padre y la madre (Carol y Bill, de 48 y 50 años), sus hijos mellizos (Jason y Bill), además compartían su vida con 3 discapacitados, 2 discapacitados mentales y uno sensorial (Tony, Bruce y John), también están en guarda un japonés (Koji, 20 años), y un coreano (Sounk-Ok, 21 años) que son disminuidos visuales, concurren al programa de la Overbrook Scholl y ahora siguen cursando en la Universidad.

Finalmente, deseo expresar mi convicción del valor que ha tenido esta experiencia en lo humano, cultural, pedagógico y técnico para mi formación y entrenamiento.

Ello, supone para mí un gran desafío, puesto que por lo que he recibido debo esmerarme para que le sirva a los demás.

TALLER N° 5 “REHABILITACIÓN Y ORIENTACIÓN Y MOVILIDAD”

Coordinador: Kigo. Néstor DE LEON
Secretario: Prof. Ana Silvia ROBERT FANJULL

Asistieron a este taller 47 participantes, en su mayoría vinculados a la educación de nivel primario. Se presentaron tres trabajos, que fueron leídos, debatidos y concluidos separadamente.

Conclusiones correspondientes al trabajo N° 1 “Aportes de la psicomotricidad a la Orientación y Movilidad”.

- 1) Dada la relevancia de la creación del vínculo afectivo entre el Rehabilitador y el Rehabilitante se destaca otorgar especial atención a las situaciones de apego y de desapego que implican el inicio y la finalización del proceso.
- 2) En el proceso de rehabilitación se ha de propender a afianzar la seguridad a través del entrenamiento a los efectos de facilitar la independencia del rehabilitante.
- 3) La “situación de necesidad” actúa como productora de interacción entre los órganos sensoriales, **motores** y su registro en el sistema nervioso central.
- 4) La adecuación de las técnicas de O y M ha de establecerse respetando los ritmos personales y las motivaciones del rehabilitante en situaciones oportunas.
- 5) Deben relacionarse armónicamente las propuestas del rehabilitador con las potencialidades del rehabilitante, a efectos de no implementar exigencias inadecuadas.
- 6) La inclusión de la familia en el proceso de rehabilitación favorece su apoyo al mismo, evitando interferencias.
- 7) La Interacción de lo cultural y lo afectivo es importante para lograr el “espacio social” necesario para la rehabilitación.
- 8) Entre el emisor y el receptor de la información deben existir códigos claros de comunicación para favorecer el desarrollo del proceso.
- 9) El término “navegación” utilizando en su más amplio sentido es adecuado para relacionarlo con el cuerpo en el espacio en situación activa.

Conclusiones correspondientes al trabajo N° 2: “Evaluación de funciones auditivas periféricas y centrales en un grupo de personas ciegas buenas detectoras de obstáculos”

El mismo fue leído en el taller e inicialmente analizado. Al estar ausentes sus autores no pudo profundizarse el tema de acuerdo con las expectativas suscitadas en el grupo. Hace hincapié en esta estimación, el hecho de que la propuesta presentada consiste en una investigación de laboratorio, para lo cual hubiera sido necesario tener un mayor conocimiento del desarrollo de los trabajos científicos inherentes.

Conclusiones correspondientes al trabajo N° 3: 'La inmovilidad de Orientación y Movilidad en Latinoamérica'

- 1) Se considera necesario concretar un temario específico sobre O y M para las próximas Jornadas de A.S.A.E.R.C.A.
- 2) Propender a la organización de los profesionales del área.
- 3) Dada la situación de diversificación sobre programas de O y M en los distintos niveles en que las técnicas del área se consideran, se concluye:
 - a) En el abordaje del proceso de la rehabilitación se ha de dar prioridad a las técnicas de O y M, formando parte del enfoque interdisciplinario, en virtud de la importancia del área para la integración social de las personas con discapacidad visual.
 - b) Efectuar revisión sobre el desarrollo del área con el enfoque de la rehabilitación, integrando al mismo lineamientos de socialización y comunicación en interacción dinámica.
 - c) Con referencia a los Institutos Superiores de Formación Docente: establecer programas que aborden también especialización de post-grado.
 - d) Con referencia a los Centros de Rehabilitación, hacer efectivos programas de O y M que incluyan la problemática de las personas con multidiscapacidad relacionada con la función visual.
 - e) En el análisis de las condiciones requeridas para ejercer el rol de rehabilitador de O y M se recomienda la elaboración del perfil correspondiente a este desempeño incluyendo el enfoque ético. Asimismo, se concluye que este análisis permitirá el establecimiento de las relaciones entre O y M y Educación Física que al momento adolecen de precisiones delimitativas.
- 4) Dada la necesidad de intercambio de información específica y de experiencias entre profesionales del área, es conveniente que A.S.A.E.R.C.A. incluya en sus programaciones la correspondiente a Encuentros para equilibrar esta situación. Se sugieren dos temas puntuales como iniciación de este hecho:
 - a) "Abordajes sociales en todas sus connotaciones" y
 - b) "Análisis de técnicas de movimientos básicos".Asimismo, procurar la difusión entre Instituciones de Rehabilitación y Profesionales, de la información que pueda reunirse sobre cursos y/o Becas a nivel nacional e internacional.

APORTES DE LA PSICOMOTRICIDAD A LA ORIENTACIÓN Y MOVILIDAD

Prof. José Ricardo CORONEL

Dentro de la problemática de la ceguera es la Orientación y Movilidad la disciplina que pone en evidencia los inconvenientes que acarrea la imposibilidad de poder organizar el medio, tener conciencia del cuerpo, sus segmentos, sus posibilidades y limitaciones. Inconvenientes de expresarse, de comunicarse, de tomar una actitud personal para adaptarse activamente al ambiente.

Es la Orientación y Movilidad el reflejo de las posibilidades, imposibilidades, conquistas, frustraciones. Es en esta área donde la persona ciega descubre y toma real conciencia de sus posibilidades, porque no sólo es el cuerpo el que acciona sino todo su ser donde se manifiesta toda la dimensión de su persona en diversas situaciones que lo obligan a actuar, pensar, comunicarse, vivenciar el mundo externo.

Para poder construir este proceso, la Orientación y Movilidad necesita del aporte de elementos de otras especialidades que le sean útiles conformando así una epistemología convergente. ¿Por qué convergente? Porque es el aporte de otras disciplinas en temas comunes de estudio pudiendo así nutrir, ampliar, enriquecer y comprender más profundamente los temas que hacen al estudio de la discapacidad.

Una de ellas es la Psicomotricidad, considerada actualmente como una disciplina científica, que posee un objeto de conocimiento que es el cuerpo, el movimiento, las interrelaciones que existen con respecto a este cuerpo con el espacio, los objetos, los demás. Es decir, desentrañar los aspectos semánticos, el campo de significación que el cuerpo y el movimiento generan en relación a los demás y a su proceso de desarrollo.

Hay disciplinas que aportan para el conocimiento del hombre y de la sociedad, como la Anatomía, la Fisiología, la Neurología, la Antropología, la Sociología, la Historia, la Economía, la Política, que contribuyen a la concepción del movimiento, de la sociedad como productos, como emergentes de sus condiciones concretas de existencia, es decir de las relaciones de su vida cotidiana en una comunicación constante con otros hombres y que determinan una parte importante de su estructura, porque a pesar que existen muchos elementos desde lo biológico que tienen que ver con nuestra organización particular de la especie humana, también es cierto que la realidad compleja de cada persona está determinada por esta inter-relación, inter-conexión entre la estructura potencial biológica que cada hombre tiene, y las condiciones concretas con las que se generó desde el momento mismo de la concepción, es decir cómo se ha ido organizando, produciendo este hombre que es hoy.

Además del objeto de estudio, la Psicomotricidad posee un método de análisis dialéctico de la realidad del hombre, del cuerpo y del movimiento. Método que nos propone ver la realidad a partir de los opuestos y de la multiplicidad que implica cada elemento, cada fenómeno, donde cada persona es una y al mismo tiempo son muchas. A la evidencia sensorial, las cosas son y no son al mismo tiempo, parece casi un error de pensamiento, pero la realidad es contradictoria y lo que se percibe son oposiciones entre un fenómeno y otro, por ejemplo, se percibe el día porque existe la noche, se percibe el claro porque existe lo oscuro, se percibe lo alto porque existe lo bajo, se percibe y se actúa en el adentro porque existe el

afuera, son los elementos contradictorios que hacen a la existencia de las cosas. Estos opuestos, además, están relacionados entre sí, por ejemplo, el movilizarse con placer o displacer está relacionado con la seguridad o inseguridad que esa persona posee, con la necesidad, con los estímulos o los bloqueos. Además de estar relacionados, estos elementos se dependen mutuamente, entonces la posibilidad que el hombre tiene de desplazarse, de expresarse dependen de la relación entre el sujeto con el instructor, terapeuta, docente o con el grupo, pero también de los distintos personajes internos que se despliegan en estas situaciones, relacionado con la propia historia de cada uno, a “como” el sujeto fue configurando el miedo a la acción, el sometimiento a la consigna, al orden, y tienen que ver con la familia, con el “se puede o no se puede”, “cuidado que te golpeé”; está ligado también con la estructura social que hacen que un chico ciego que vive en la calle tenga una habilidad para el reconocimiento y la orientación en el espacio muy grande en relación a otro chico que vive en su departamento, que es llevado por su mamá, que no tuvo oportunidades de manifestarse, de vivenciar distintas experiencias.

Son entonces, la organización social, la estructura económica, la historia del país que inciden para que la persona tenga miedo a algunas cosas y se anime con otras. Es por eso que cada uno de los elementos no se pueden ver en forma aislada, sino que están inter-relacionados con lo biológico, lo ambiental, lo genético y la impronta social.

De estos opuestos, surge una relación de fuerzas que estarán en equilibrio o desequilibrio, desequilibrio que provocará el movimiento, el desarrollo, porque si las fuerzas estuvieran permanentemente equilibradas, se anularían entre sí.

Y es la Psicomotricidad una disciplina científica porque tiene un objetivo (que no es exclusivo de esta disciplina) que es el desarrollo pleno de las potencialidades de la persona para vivir mejor con los otros, para no ocultar cuáles son las condiciones que producen que el hombre esté mejor o peor. Entonces la Psicomotricidad es operativa, interviene comprometiéndose sobre la base de una ideología, sobre la base de un conjunto de ideas organizadas en un método, en un objeto de estudio, en una concepción del hombre y de la sociedad. Un conjunto de ideas que tienen como objetivo el estar al servicio de la libertad del hombre, libertad que es la toma de conciencia de su necesidad y esta conciencia es el “motor” que provoca la acción procurando la satisfacción de esta necesidad.

Es así que esta disciplina intentará analizar las relaciones que existen desde la oposición, entre el individuo y la sociedad. Lo importante será desentrañar cómo es esta relación, cuál es la fuerza que determina que una persona se quede aislado o se asimile al grupo, que acepte la totalidad de las determinaciones sociales y se produzca una adaptación pasiva o que en esa lucha exista la posibilidad de resistencia y transformación de la sociedad, del otro, del grupo. El poder analizar la calidad de las relaciones, los factores determinantes de estas relaciones, solamente es posible desde un pensamiento dialéctico, porque la Dialéctica es el método de la relación.

VÍNCULO DE APEGO - PULSIÓN DE APEGO

El bebé desde que nace está abierto al registro de lo que pasa en el medio, esto significa que existe un sistema de alerta, de búsqueda que tiene todo organismo viviente para entrar en una relación de adaptación con el medio en el cuál vive. Para poder entrar en relación con ese medio geográfico y humano, depende de determinadas características, de determina-

das posibilidades que las tiene construídas genéticamente desde la misma estructura biológica. Tiene órganos sensoriales, órganos motores, tiene posibilidades de registro de la realidad según el nivel en que su sistema nervioso esté desarrollado y estas relaciones son mucho más precoces de lo que anteriormente se las consideraba. El motor de esta interacción son las necesidades y el bebé al nacer necesita de alimento, afecto, higiene, actividades que pueden ser realizadas solamente por uno o varios adultos quienes son los encargados de satisfacer las necesidades de este bebé que todavía no puede hacerlo por sí mismo. Es así como el bebé va a poder construir con el adulto un sistema de relaciones que será la génesis de una rudimentaria comunicación “no verbal” que Ajuriaguerra denominó “diálogo tónico”. En este encuentro con el adulto, entre la posibilidad del chico de emitir señales que sean codificadas acertadamente por el medio, que motiven una respuesta eficaz o no, se va a crear en el niño la sensación placentera de la satisfacción de la necesidad y en el adulto la sensación placentera de que pudo entender y actuar con el otro. Este mutuo placer va a crear un ambiente que refuerza las posibilidades de encuentro, la atención de uno sobre el otro, la disponibilidad para poder acordar las dificultades, o por el contrario, ante la ineficacia de la acción mutua, se instalan sentimientos de desacuerdos, de hostilidad, de irritación, de fastidio, de incomprensión, es decir se van a crear huellas displacenteras, sensaciones de desacuerdo.

Es entonces de destacar, la manera cómo se va a construir este vínculo en el cual el niño tiene mucho que ver por sus condiciones internas, por su capacidad expresiva y el adulto por la disponibilidad, las ganas, el acuerdo y la inteligencia de poder resonar con las necesidades del otro y desarrollar interacciones eficaces, creando entre ambos un vínculo al que Bowlby llamó “vínculo de apego” y que es fundamental en la vida del niño porque va a determinar parte de su desarrollo. Es desde este vínculo como él va a interactuar en la satisfacción de sus necesidades y según la calidad o cualidad de esta inter-relación va a determinar si este vínculo es o no adecuado.

Esta conducta considerada como uno de los organizadores del desarrollo psicomotriz, según M. Chokler, se establece alrededor de los 6 meses y se va incrementando a lo largo del segundo año de vida y a principios del tercero. Según Bowlby existe un origen biológico en el apego, Aucouturier agrega un matiz importante: el niño se apega a este otro solamente si ha reconocido que es aquel que le procura placer, es decir, la fuerza para satisfacer esta necesidad nace de motivaciones internas y al mismo tiempo en el contacto con este mundo confuso, múltiple, lleno de colores, tamaños, sonidos, de cercanía, de lejanía, provocando en el niño un aumento de toda la actividad motora y de la actividad psíquica que va construyendo.

Motiva el aumento del tono muscular, del movimiento, del alerta y de la atención a través de la interacción con un mundo desconocido. Y cuando este tono muscular incrementado no puede ser descendido, canalizado, produce rigidez, espasmos, dolor, desorganización o parálisis.

Esa partir de la necesidad de seguir relacionándose con el medio, que el niño resuelve todos estos excesos a través de un comportamiento de apego, donde hay un adulto quien logra bajar la ansiedad, el miedo, el tono muscular, relajarlo, disminuir el alerta, es decir, que un niño para poder explorar, apropiarse de las condiciones del mundo externo, para poder conectarse, necesita que en cada momento en que el exceso de ansiedad, de miedo o de

excitación le provoque una barrera contra el miedo, esta barrera sea neutralizada a través de una figura de apego.

Cuando esta figura está internalizada, es cuando un adulto debe sentirse suficientemente seguro porque se siente acompañado de aquellos personajes internos con quienes fue creciendo. Si un niño ha tenido situaciones muy dificultosas en este primer vínculo de mucha inestabilidad, mucha inseguridad, la figura internalizada no le proveerá la suficiente tranquilidad que lo aseguren, y es así que nunca sabe si quiere o no quiere, “si confía en sí mismo”, “si no confía, si es capaz, si no es capaz”.

“Esta Pulsión (unión profunda entre el soma y la psiquis) se convierte entonces en un refugio donde las zonas táctil, auditiva, visual, olfativa, son los medios que utiliza el niño para apegarse al otro...” (Del Curso “La Ayuda Terapéutica Psicomotriz”, B. Aucouturier).

PULSIÓN DE DOMINIO

A partir del momento en que el niño se apega a la persona que le produce placer, vive simultáneamente otra fuerza que lo vuelve hacia el exterior y le permite despegarse para investir el medio externo y es a través del movimiento que él va a vivir esa Pulsión de Dominio, donde el niño va a encontrar lo que podemos llamar lo real, es decir aquello que es diferente a él, y se va a manifestar en un principio sobre otra persona. ¿Qué es sino la sonrisa del bebe para hacer venir al otro? ¿Qué son las acciones y vocalizaciones? Dominar al otro, pero al mismo tiempo dominar su cuerpo utilizándolo como objeto de dominio, que luego será el dominio sobre la madre. Esta Pulsión va a vivirse a través de la prensión de los objetos, del dominio del espacio, el dominio de la verticalidad, el placer de ponerse de pie, del dominio de su propio cuerpo.

Apego y Dominio son dos fuerzas que llevan al niño a una dependencia ya la independencia en función de la aceptación que tenga el exterior, de la actitud para dejarlo vivir estas dos fuerzas y poder entrar en la dialéctica de lo cercano y la dialéctica de lo lejano (no hay un cerca sin un lejos, desde lejos el niño puede volver a lo cerca) en función de cómo la madre va a aceptar que el chico se apegue o se separe, en el deseo más o menos conciente de favorecer demasiado el Apego, o de favorecer la Dominación.

Es toda la propia historia de la madre, es toda la historia del cuerpo familiar quien crea estos valores sobre el cuerpo, sobre la acción manifestada en la expresividad motriz de su lejos y su cerca, de su Pulsión de Dominio y de Apego.

Desde esta perspectiva podremos organizar el diagnóstico de aquel alumno ciego, analizar no sólo los aspectos de coordinación, equilibrio, posturas, sino también su actitud frente al espacio, a su persona, a los objetos, a los otros, si es capaz de manifestarse y cómo lo hace, poder desentrañar cómo fue su lugar de seguridad, cómo se dirige hacia el mundo exterior y hacia su propio cuerpo, cómo es la acomodación en sus acciones de dominio frente al espacio y a los objetos, y posiblemente podremos acercarnos hacia las profundas causas de su incoordinación, falta de equilibrio, desorientación.

En términos generales, los temas que nos preocupan en Orientación y Movilidad tales como la actitud frente al espacio, el poder ubicarse en relación a los puntos y pistas de referencias, el percibir eficazmente, interpretar y darle un orden lógico a los estímulos del medio, el poder decidir según las distintas opciones que se le presenten, el poder utilizar eficazmente la técnica adecuada según la situación en que se encuentre, no sólo dependerá del sistema

anátomo-fisiológico, de la coordinación dinámica general, de la integración de su esquema corporal, de la estructuración témporo-espacial, equilibrio estático y dinámico, nivel, de abstracción y demás aptitudes para navegar en este medio y en este ambiente, sino que existen además una historia personal en un espacio particular, una experiencia vincular puesta de manifiesto en la movilidad hacia el mundo exterior, una historia de su cerca y de su lejos, un placer con el otro, dimensiones de la persona que se pondrán en relieve en aquellas áreas donde la Orientación y Movilidad interviene.

De esta manera el instructor no sólo será aquella persona que conoce y domina las técnicas de la especialidad, sino también ese docente o terapeuta cuya personalidad estructurante permita contener las angustias, ansiedades, ser ese referente válidos desde el cuál favorezca no sólo el proceso de aprendizaje sino el desarrollo progresivo de las relaciones entre ese cuerpo que crece y las posibilidades de interacción con el mundo externo.

POSTURA, EQUILIBRIO, AUTOMATISMOS

Las primeras conexiones del niño con el mundo externo, se producen gracias a un diálogo no verbal, sino tónico y que, como todo sistema de comunicación se van a construir códigos basados en todo un sistema gestual, de movimiento, de tensión, de mímica, cargado de sentido, de significación y es, entonces, 'que este gesto va a estar investido de una característica particular, que es la de comunicar, es decir la de poder enviar y recibir mensajes.

Pero esto se producirá fundamentalmente por una organización biológica que le permitirá al sujeto desarrollar la construcción paulatina de las posturas. "Postura es la posición del cuerpo en el espacio apta para la ejecución del acto motor, sea éste estático, dinámico, perceptual o expresivo..." Chokler-Beneito, "El bebé hipotónico", Revista La Hamaca.

Es decir que en cada situación adaptativa, el sujeto tiene un elemento postural que le permite adaptarse, acceder, conocer, manipular, acercarse a objetos, al espacio, a otros. A lo largo del desarrollo, el hombre va teniendo las posturas que le permiten establecer sistemas de relaciones con el medio y éstas son posturas de equilibración, donde la sensación de equilibrio, la sensación de poder mantenerse es muy importante, ya que la sensación de pérdida del equilibrio se da desde el momento del nacimiento del bebé.

Esta "disponibilidad corporal", este estado de tensión distribuido adecuadamente del cuál surge el equilibrio entre las funciones tónicas y de motilidad como condición de apertura tanto hacia el otro como hacia la acción, se desprende del "acto motor" como una globalidad funcional, adaptativa, secuencial, compleja con articulaciones múltiples en su desarrollo y con la capacidad de autoconstrucción y autorregulación (M. Chokler).

Si nuestros movimientos no existen por sí mismos, sino en función de ciertas acciones que son su razón de ser y de alguna manera su origen...".

"Si el movimiento aislado nace del sistema y no el sistema del movimiento aislado" (Wallon, H.) podríamos observar que la manera de explorar el medio, la actitud y las posturas que la persona ciega adopta para estos aprendizajes son el producto de la constitución vincular, de los ajustes que el niño hace frente a las condiciones cambiantes del medio, de la acomodación de los músculos para la actividad y de los órganos sensoriales para la percepción.

Es desde esta sensación interna de equilibrio tónico postural que se organizan las coordinaciones, las praxias, la habilidad motora, la adecuación del cuerpo a los objetos. De lo contrario, la impotencia para tomar posición y recuperar el equilibrio, se traduce esencialmente por el desarreglo de las funciones posturales, donde no hay extensión, aparece la crispación, no hay posibilidad de estabilizarse en el espacio con la ayuda de actitudes apropiadas.

Es así que la persona ciega adopta aquellas posturas que le faciliten la tarea, que le hacen sentirse más cómoda, segura de las que obtiene algún resultado, constituyéndose así una matriz en estos primeros intentos que serán los primeros registros de la forma o manera de desarrollar alguna actividad. Y estas formas van a permanecer en la memoria corporal a lo largo de su desarrollo como huellas que aparecerán en situaciones emocionales donde afectaran su tono muscular exteriorizándose una determinada actitud frente a los aprendizajes. Esta matriz de aprendizaje que responde a múltiples factores, hace que por seguridad mantenga el mayor contacto posible con la superficie, arrastrando los pies, sin doblar las rodillas, bajando la cabeza o evitando dar la cara, llevándola hacia un costado, descenso de los hombros, la curvatura de la espalda, el explorar de costado girando todo su cuerpo hacia un costado o recurrir a segmentos corporales que considera más seguros, de allí el uso del pie o la mano para "tantear el terreno". También va a priorizar algunas percepciones sobre otras, estímulos que él considerará útiles configurando así una manera personal, particular de actuar que se instalará en la persona en forma permanente creando lo que se llaman hábitos.

Esta actividad postural relaciona¹ se construye también como consecuencia de ajustes inmediatos a las condiciones cambiantes del medio y de la acción, y van a influir en la adquisición de nuevas conductas y en la incorporación de técnicas que le ayuden a movilizarse, orientarse y protegerse. Va a influir en que la adaptación de la técnica a la persona y de esta a la técnica sea un proceso rápido o lento, con aporte útil y eficaz para sus propósitos o que sean sólo movimientos carentes de significación.

Observando entonces la conformación de posturas en la persona ciega, sería recomendable que aquellas primeras exploraciones de su cuerpo, del cuerpo del otro, de los objetos y del espacio se desarrollen *en* un ambiente de seguridad, de comunicación con aquella figura de apego que sea un continente, permitiendo la expresión como un camino previo y necesario para la creación.

De lo observado en nuestros alumnos en distintas actividades, se puede apreciar que dos son los mecanismos activados en el accionar. Por un lado, las posibilidades de riesgo inminente, producen un incremento en la tensión muscular que influyen en las coordinaciones y en la naturalidad de las ejecuciones relegando a un segundo plano el objetivo de estas ejecuciones.

Por otro lado, una actividad subcortical como respuesta adaptativa al medio, deja de serlo cuando interviene la representación, la toma de conciencia de las partes constitutivas del movimiento, por ejemplo, una ejecución que es realizada automáticamente como el caminar, será modificada si se presta atención en el ajuste del paso a la superficie del pie, el equilibrio, los obstáculos del camino, la dirección, la velocidad, etc., su representación produce de inmediato una desautomatización, una ruptura de la armonía.

Son entonces los requerimientos del ambiente y la intencionalidad los que provocan el acto motor, los desplazamientos, y es a través de una actividad armónica cortical y subcortical

conciente lo que permitirá un mejor ajuste de estos actos para poder adaptarse a las circunstancias perpetuamente cambiantes de lo real en la constante búsqueda de la satisfacción de sus necesidades.

Esto nos permite reflexionar acerca de los métodos reeducativos centrados en el individuo aislado, olvidando que sin actividad colectiva no hay conocimiento, y en el entrenamiento “desde afuera” de algunas funciones como el caminar, el equilibrio, las correcciones posturales, que no contemplan la complejidad y articulación de los factores intervinientes. Es a través de los aportes de la Psicomotricidad que el abordaje en Orientación y Movilidad puede no sólo limitarse a la enseñanza de ciertas técnicas, sino permitirle a través de estos recursos, instaurar o restaurar la comunicación e identidad de la persona ciega.

BIBLIOGRAFÍA

CHOKLER, Myrtha (1988) Los Organizadores del Desarrollo Psicomotor. Bs. As. Ediciones Cinco.

AUCOUTURIER, B.; DARRAULT, I.; EMPINET, J. (1985) La práctica psicomotriz. Barcelona, Científico Médica.

LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B. (1980) El cuerpo y el inconciente en Educación y Terapia, Madrid, Científico Médica.

QUIROGA, A. P. (1991) Matrices de Aprendizaje, Bs. As., Ediciones Cinco.

WALLON, H. (1982) La vida mental, París, Ediciones Sociales.

AUCOUTURIER, B. (1991) Cursos “La Ayuda Terapéutica Psicomotriz”, Bs. As.

CHOKLER, M.; BENEITO, N. (1992) Apuntes, Conferencias de la Escuela de Psicomotricidad, Mza.

APORTES DE LA PSICOMOTRICIDAD A LA ORIENTACIÓN Y MOVILIDAD RESUMEN

La Psicomotricidad es una disciplina que tiene como objeto de conocimiento el cuerpo, el movimiento y sus relaciones con el espacio, los objetos y los demás.

Posee un método de análisis de la realidad y de sus componentes que son contradictorios y dependientes entre sí. Y además posee un objetivo que es el desarrollo pleno de las potencialidades del hombre para vivir mejor en relación con los demás.

Este objeto de conocimiento, este método de análisis y este objetivo, tienen estrecha relación con la Orientación y Movilidad cuya tarea se realiza con el cuerpo, el movimiento y la compleja realidad con el fin de utilizar y acrecentar las posibilidades del sujeto ciego o deficiente visual.

Este trabajo analiza cómo la Pulsión de Apego y la Pulsión de Dominio marcan la postura, el equilibrio y los automatismos. De esta manera, existen aspectos comunes en cuanto a la concepción del hombre, a los vínculos que este realiza con su entorno, a las posturas que va adoptando para enfrentarse al mundo en la construcción de la identidad de la persona ciega y de su medio ambiente.

EVALUACIÓN DE FUNCIONES AUDITIVAS PERIFÉRICAS Y CENTRALES EN UN GRUPO DE PERSONAS CIEGAS BUENAS DETECTORAS DE OBSTÁCULOS

Claudia ARIAS	Profesora en Educación de Ciegos. Miembro del CONICET en la Universidad Nacional de Córdoba
Carlos CURET	Doctor en Medicina. Profesor Titular de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Córdoba
Horacio FERREYRA MOYANO	Doctoren Medicina. Profesor Titular de la Universidad Nacional de Córdoba
Silvia JOEKES	Estadística. Miembro de la Universidad Nacional de Córdoba
Nidia BLANCH	Estadística. Miembro de la Universidad Nacional de Córdoba

Evaluación de funciones auditivas periféricas y centrales en un grupo de personas ciegas buenas detectoras de obstáculos

1- INTRODUCCIÓN

Los comentarios sobre la habilidad de algunas personas ciegas de percibir y sortear obstáculos, llamada por algunos “visión facial”, son de larga data (Diderot, 1749). Sin embargo, recién en la década del 40 se iniciaron una serie de experimentos cuidadosamente controlados que arrojaron la drástica conclusión de que la base sensorial de esta habilidad es la audición (Dallenbach et al. 1944, 1947, 1950, 1953), sugiriéndose que un cambio en el altura tonal del sonido emitido era la condición necesaria y suficiente para detectar la presencia de un obstáculo.

Definimos a la ecolocación como el procesamiento de la información contenida en los ecos y sonidos reflejados, destacando que recién en esa época se establece una clara conexión entre la ecolocación humana-la mayoría de las personas ciegas generan espontáneamente sonidos (clicks, chasquidos, siseo, vocalizaciones, etc.) cuando se movilizan-y la ecolocación animal, área que recibiera los valiosos aportes de Galambos y Griffin (1958, 1967), Simmons et al. (1989), Au et al. (1989), entre otros.

Los trabajos posteriores más importantes sobre ecolocación humana fueron realizados para determinar su poder discriminatorio concluyéndose que los sujetos podían realizar juicios precisos sobre presencia y ausencia de blancos y sobre algunas de sus características físicas como distancia, tamaño, material y hasta discriminar entre formas geométricas simples (Kellog (1962); Kohler (1964); Rice, (1965, 1967b, 1969).

Bassett et al. (1964), Bilsen (1980), Schenkam (1985) entre otros, realizaron importantes aportes al campo de la ecolocación humana desde diferentes aspectos.

Se asume la existencia de dos modalidades de ecolocación apoyadas en mecanismos psicoacústicos diferentes. En la ecolocación a distancias mayores-más de 2 a 3 mts. y hasta aproximadamente 5 mts. entre sujeto y obstáculo- la persona escucha claramente separadas la señal emitida y la reflejada siendo posible que el mecanismo subyacente sea la

detección de la intensidad de la señal reflejada. En la ecolocación a distancias menores - menos de 2 a 3 mts. entre el sujeto y el obstáculo- la señal emitida y la reflejada no se perciben separadas. Bajo ciertas condiciones el sistema auditivo fusiona ambas señales y las procesa como un único estímulo percibiéndose un cambio en la altura tonal de la señal emitida. Es posible que su mecanismo subyacente sea la detección de similitudes o periodicidades. La primera modalidad le permitiría a la persona detectar la presencia del obstáculo mientras que utilizando la segunda, podría localizarlo y conocer algunas de sus características físicas (Schenkman op. cit.).

Entre los fenómenos de percepción de altura tonal estudiados en personas con visión normal, el que guarda una estrecha relación con la ecolocación humana ha sido descrito en la literatura con diferentes nombres: tono de reflexión (Hermann, 1912); tono de diferencia de tiempo (Nordmark, 1963); altura tonal de separación de tiempo, TSP (Thurlow et al., 1955); altura tonal del ruido ondulado (Yost et al., 1978) y altura tonal de repetición, RP (Bilsen, 1977, 1969/79, 1970). Se describe como la altura tonal percibida toda vez que se escucha un sonido al que se le ha sumado su réplica luego de un breve retardo 'de tiempo, lo cual corresponde a la señal emitida y la reflejada respectivamente, en un paradigma de ecolocación.

Por otra parte, la hipótesis de la compensación sensorial ha dado lugar a numerosos estudios de investigación en los que se comparaban los rendimientos de un grupo de personas ciegas con un grupo de personas con visión normal en una serie de pruebas para determinar si los primeros tenían habilidades no visuales superiores. En general se observó que no existían diferencias significativas en relación a una serie de variables. Sin embargo, las personas ciegas rendían mejor, por ejemplo, en las pruebas de localización auditiva (Rice, 1969.1970) y rendían peor en las pruebas de mantenimiento y juicios de ritmo (Stankov et al., 1978). Starlinger et al. (1981 a y b) que utilizaron, entre otras pruebas, los potenciales evocados tardíos auditivos concluyeron que las personas ciegas congénitas con las que trabajaron mostraban un rendimiento claramente superior en las pruebas que evaluaban los procesos de integración de los niveles más altos del trayecto auditivo.

Sobre la base de este trabajo desarrollamos nuestro abordaje que consistió en evaluar las funciones auditivas periféricas y centrales en un grupo de personas ciegas buenos detectores de obstáculos y en un grupo de personas con visión normal. Incluimos en las pruebas de potenciales evocados (BERA, CERA y P300) un paradigma de ecolocación que se describe más adelante.

El presente artículo describe los resultados obtenidos en las pruebas de función periférica y central incluyendo los potenciales evocados de corta latencia (BERA) administradas a ambos grupos.

El objetivo que perseguimos con el proyecto global que, además, incluye un simulador de obstáculos en las pruebas experimentales (actualmente en desarrollo) es poner a punto un abordaje integral para el estudio de la ecolocación humana y sus mecanismos psicoacústicos subyacentes. De esta manera podrían sentarse las bases teórico prácticas de un programa de entrenamiento en ecolocación y así contribuir a que el discapacitado visual logre superar la grave limitación que le impone la ceguera en su movilidad independiente.

II - MÉTODO

Sujetos

El grupo experimental estuvo conformado por 8 discapacitados visuales (visión O y visión luz) buenos detectores de obstáculos (según el juicio del profesor de Orientación y Movilidad), de ambos sexos (6 varones y 2 mujeres), de entre 25 y 44 años de edad (edad promedio: 33 años) y con patología ocular congénita/hereditaria y adquirida (más de 20 años de instalada).

El grupo control estuvo conformado por 8 personas de ambos sexos (6 varones y 2 mujeres) con visión normal, sin trastornos auditivos declarados y cuyas edades oscilaron entre 25 y 45 años de edad (edad promedio: 33 años).

Pruebas

Todos los sujetos fueron sometidos, en primer lugar, a un examen otológico de rutina y a una timpanometría para verificar la integridad de los órganos auditivos y la presencia de función auditiva básica normal (hasta 20 dB de pérdida auditiva). Con posterioridad, fueron administradas las siguientes pruebas de función auditiva periférica:

- a) Audiometría tonal biaérea: Investiga umbrales mínimos de audición para cada oído por separado en tonos puros de 125 - 8000 Hz en intervalos de octava.
- b) Prueba SISI: Prueba supraliminar que investiga para cada oído, el umbral diferencial de intensidad con incrementos de 1dB a 20 dB HL por encima del umbral en tonos puros de 1000 - 4000 Hz en intervalos de octava.
- c) Reflejo acústico: Prueba supraliminar que investiga el umbral de contracción refleja del músculo estapediano en tonos puros de 500 - 4000 Hz en intervalos de octava.

Las pruebas de función auditiva central fueron:

- d) Logoaudiometría: Prueba que investiga para cada oído la inteligibilidad de los vocablos de prueba.
- e) Potenciales evocados precoces o de corta latencia (BERA): Técnica objetiva electrofisiológica que investiga las respuestas nerviosas del tallo cerebral a estímulos acústicos dados.

El paradigma de ecolocación que utilizamos consistió en un tren de un sólo click, simulando ausencia de obstáculo, que denominamos "estímulo estándar" (E). La presencia del obstáculo fue simulada por trenes de pares de clicks idénticos (serial directa y reflejada) con dos retardos diferentes entre los miembros de cada par: el retardo de 2 ms que corresponde a una distancia de 0,34 mts. entre el sujeto y el obstáculo, definió la situación experimental que llamamos "estímulo de ecolocación T=2ms" (T2) y el retardo de 4 ms que corresponde a una distancia de 0,70 mts. entre el sujeto y el obstáculo, definió la situación "estímulo de ecolocación T=4ms" (T4). Los trenes de pares de pulsos idénticos fueron producidos por un generador de pulsos especialmente diseñado a tal fin que conectamos al módulo integrador del equipo de potenciales evocados.

Para cada situación experimental (E, T2 y T4), utilizamos 1024 estímulos clicks de 1 ms de duración a un ritmo de 15 estímulos por segundo pasados a través de auriculares a ambos oídos conjuntamente a 80 dB HL.

Administración

Las pruebas fueron administradas individualmente en dos sesiones, en días diferentes, de aproximadamente 1 hora de duración cada una. Las pruebas de función periférica y la logaudiometría fueron realizadas por dos fonoaudiólogas y los potenciales evocados fueron obtenidos por dos médicos otoneurólogos.

III - RESULTADOS Y CONCLUSIONES

a) Audiometría tonal biaérea

Se observó una mayor homogeneidad en las respuestas de los sujetos con visión normal como asimismo diferencias importantes respecto de los desvíos estándares y un coeficiente alfa que resultó el más bajo de todas las pruebas, razón por la cual se consideraron los resultados obtenidos en los test no paramétricos.

Los resultados indicaron una diferencia significativa entre las respuestas de ambos grupos para las frecuencias 250 y 500 ($p < .0249$ y $p < .0364$ respectivamente), a favor de los sujetos ciegos. Podemos señalar además, una tendencia a favor de los sujetos con visión normal a obtener umbrales más bajos en la frecuencia 8000 ($p < .1345$). Es interesante destacar que las frecuencias bajas y medias serían las que están mayormente involucradas en el fenómeno de la ecolocación humana.

b) Prueba SISI

Se observó una diferencia significativa a favor de los sujetos ciegos para las frecuencias 2000 Hz y 4000 Hz mientras que no hubo diferencia significativa entre el rendimiento de ambos grupos para 1000 Hz.

c) Reflejo acústico

Los rendimientos para ambos grupos fueron prácticamente idénticos, resultado coincidente con los hallazgos de Starlinger et al. (op. cit.).

d) Logaudiometría

Se observó una diferencia significativa entre los grupos ($p < .087$); los test F univariados nos indican una diferencia prácticamente constante cada porcentaje de palabra escuchada, a favor de los sujetos ciegos ($p \leq .04$).

f Potenciales evocados: BERA

No hubo diferencias significativas ni entre los grupos ni entre los estímulos para los valores de latencia obtenidos en la Onda I. No se evidenció tampoco una diferencia significativa entre los grupos de los valores de latencia obtenidos en la Onda III. Sin embargo, se observó una diferencia significativa ($p < .03$) entre los estímulos. El análisis univariado nos informó que

no existen diferencias entre los estímulos de ecolocación (T2 y T4) pero si diferencias significativas entre el estímulo estándar y el estímulo de ecolocación T2 ($p < .066$) y entre el estímulo estándar y el estímulo de ecolocación T4 ($p < .014$).

Este resultado parece indicar que los estímulos de ecolocación se procesan, más lentamente que el estímulo estándar, a nivel del complejo olivar superior de la protuberancia, estructura anatómo fisiológica donde presumiblemente se genera la Onda III del BERA.

En relación a los valores obtenidos en la Onda V, no hubo diferencias significativas entre los estímulos, sin embargo se observó una diferencia significativa entre los grupos a favor de los sujetos ciegos ($p < .044$), evidenciándose un acortamiento en los valores de latencia. El test univariado indicó que esta diferencia a favor, estaba presente para los tres estímulos (E: $p < .070$; T2: $p < .054$ y T4: $p < .044$).

Nos interesa destacar que Starlinger et al. encontraron que los sujetos ciegos evidenciaban un acortamiento (mejoramiento) en las latencias de los potenciales evocados tardíos que realizaron, específicamente de la onda N1. Bach-y-Rita y otros también encontraron un acortamiento en las latencias de las ondas N2, P2y N3 de los potenciales somatosensoriales que administraron aun grupo de sujetos ciegos. Sin embargo, no hemos encontrado ninguna evidencia anterior que describa un acortamiento en las latencias de los potenciales evocados precoces en sujetos ciegos.

En síntesis, nuestros resultados parecen indicar que los sujetos ciegos buenos detectores de obstáculos -en relación con los sujetos con visión normal- con los que trabajamos tienen umbrales de audición más bajos en las frecuencias de 250 Hz y 500 Hz y umbrales diferenciales para intensidad más bajos en las frecuencias de 2000 Hz y 4000 Hz, destacándose que son las frecuencias bajas y medias las que parecerían ser relevantes en el fenómeno de la ecolocación humana. Los resultados obtenidos de los potenciales evocados precoces parecen indicar, por una parte, que los estímulos de ecolocación se procesan en los niveles bajos de la vía auditiva, en el complejo olivar superior de la protuberancia. Por la otra, que la superioridad en los procesos de integración de los niveles más altos de la vía auditiva observada en los sujetos ciegos por Starlinger y otros, ya se evidencia a nivel del colículo inferior del cerebro medio presunto generado de la Onda V del BERA.

Estos resultados preliminares son relevantes para entender el proceso de ecolocación humana implicando, además, una valiosa y potencial herramienta futura para ser usada en la educación y rehabilitación de personas ciegas. En esta dirección Bach-y-Rita et al. (op. cit.) ha sugerido que el cambio observado en los potenciales tardíos somatosensoriales de sus sujetos ciegos puede ser considerado el correlato objetivo del proceso de aprendizaje. Leguire et al. (1992) ha demostrado recientemente que el grupo de infantes discapacitados visuales sometidos a un programa de estimulación visual evidenciaron un acortamiento (mejoramiento) significativo en las latencias de los potenciales visuales. Aún más recientemente, Miller (1992) ha concluido en su excelente artículo de revisión bibliográfica que descartar un mecanismo de compensación auditiva por parte del discapacitado visual puede ser un error.

BIBLIOGRAFÍA

- AMMONS, C.H.; WORCHEL, P.; DALLENBACH, K-M. (1953). Facial vision: the perception of obstacles out of doors by blindfolded and blindfolded-deafened subjects. *The American Journal of Psychology*, 66, 4, 519-553.
- ARIAS, C. (1989) Human echolocation: Studies of the obstacle-perception process in visually impaired people. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 83,9,479-482.
- ARIAS, C.; CURET, C:A.; FERREYRA MOYANO, H.; JOEKES, S.; BLANCH, N. (1992) Peripheral and central auditory function assessment in good obstacle detector blind people. (en prensa).
- AU, W.W.L.; MOORE, P.W.B.; MARTIN, S.W. (1987) Phantom electronic target for dolphin sonar research. *Journal of the Acoustical Society of America*, 82,2, 711-721.
- AU, W.W.L.; MARTIN, D.W. (1989) Insights into dolphin sonar discrimination capabilities from human listening experiments. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 86,5, 1662-1670.
- BAHC-y-RITA (1973). Somatosensory evoked responses: latency differences in blind and in sighted persons. *Brain Research*, 60,219-223.
- BASSETT, I.G.; EASTMOND, E.J. (1964): Echolocation: measurement of pitch versus distance for sounds reflected **from a flat surface**. **The Journal of the Acoustical Society of America**, 36.5, 911-916.
- BILSEN, F.A.; RITSMA, R.J. (1969/70). 'Repetition pitch and its implications for hearing theory. *Acustica*, 22,63-73.
(1970) Some parameters influencing the perceptibility of pitch. *Journal of the Acoustical Society of America*, 47, 469-475.
- BILSEN, F.A. (1977) Pitch of noise signals: Evidence for a "central spectrum". *The Journal of the Acoustical Society of America*, 61, 1, 150-161.
- BILSEN, F.A.; FRIETMAN, E.E.E.; WILLEMS, W. (1980) Electroacoustic obstacle simulator (EOS) for the training of blind persons. *International Journal of Rehabilitation Research*, 3,4,527-564.
- COTZIN, M.; DALLENBACH, K.M. (1950) Facial vision: the role of pitch and loudness in the perception of obstacles by the blind. *The American Journal of Psychology*, 63,485-515.
- DALLENBACH, K.M.; SUPA, M.; CORZIN, M. (1944) Facial vision: the perception of obstacles by the blind. *The American Journal of Psychology*, 53,2, 133-183.
- GRIFFIN, D.R. (1958) *Listening in the Dark*. Yale Univ. Press, New Haven, Conn.
(1967) Discriminative echolocation by bats. In *Animal Sonar Systems: Biology and Bionics*, edited by R. G. Busnel (Laboratoire de Physiologie Acoustique, Jouy-en-Josas, France), 273-300.
(1960) *Ecos de Murciélagos y Hombres*. Ed. Universitaria de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- HAUSFELD, S.; POWER, R.P.; GORTA, A.; HARRIS, P. (1982) Echo perception of shape and texture by sighted subjects. *Perceptual and Motor Skills*, 55, 623-632.
- HERMANN, L. (1912) Neue versuche zur frage der unterbrechungstone, mit einem anhang uber reflexionstone usw. *Arch. Physiology*, 146,249-294.

- KELLOGG, W.N. (1962) Sonar systems of the blind. *Science*, 137, 399-404.
- KOHLER, I. (1964) Orientation by aural clues. *American Foundation for the Blind. Research Bulletin*, 4, 14-53.
- LEGUIRE, L.E.; FELLOWS, R.R.; ROGERS, G-L.; BREMER, D.L.; FILLMAN, R.D. (1992) The CCH vision stimulation program for infants with low vision: preliminary results. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 86, 1, 33-36.
- NIEMEYER, W.; STARLINGER, I. (1981 b) Do the blind hear better? Investigations on auditory processing in congenital or early acquired blindness. II Central functions. *Audiology*, 20, 510-515.
- NORDMARK, J. (1963) Some analogies between pitch and lateralization phenomena. *Journal of the Acoustical Society of America*, 35, 1544-1547.
- RICE, C.E.; FEINSTEIN, S.H.; SCHUSTERMAN, R.J. (1965) Echo detection ability of the blind: size and distance factors. *Journal of Experimental Psychology*, 70,3,246-251.
- RICE, C.E. (1967b) Human echo perception. *Science*, 156,656-664.
- (1969) Perceptual enhancement in the early blind? *The Psychological Record*, 19, 1-14.
- (1970) Early blindness, early experience and perceptual enhancement. *American Foundation for the Blind. Research Bulletin*, 22, 1-22.
- SCHENKMAN, B. (1985) Human echolocation: the detection of objects by the blind. Doctoral Dissertation. *Acta Universitatis Upsaliensis*. Uppsala.
- SIMMONS, J.A. (1973) The resolution of target range by echolocating bats. *Journal of the Acoustical Society of America*, 54, 157-173.
- SIMMONS, J.A.; CHEN, L. (1989) The acoustic basis for target discrimination by FM echolocating bats. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 86,4, 1333-1350.
- STANKOV, L.; SPILSBURG, G. (1978) The measurement of auditory abilities of blind, partially sighted and sighted children. *Applied Psychological Measurements*, 2, (4), 491-503.
- STARLINGER, I.; NIEMEYER, W. (1981a) Do the blind hear better? Investigations on auditory processing in congenital or early acquired blindness. I. Peripheral functions. *Audiology*, 20, 503-509.
- THURLOW, W.R.; SMALL Jr.A.M. (1955) Pitch perception for certain periodic auditory stimuli. *Journal of the Acoustical Society of America*, 27, 132-137.
- WORCHEL, P.; DALLENBACH, K.M. (1947) Facial vision: perception of obstacles by the deaf-blind. *The American Journal of Psychology*, 60, 502-553.
- YOST, W.A.; HILL, R. (1978) Strength of the pitches associated with ripple noise. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 64,2, 485-492.
- (1979) Models of the pitch and the pitch strength of ripple noise pitch. *Journal of the Acoustical Society of America*, 66,2,400-410.
- YOST, W. (1982) The dominance region and ripple noise pitch: a test of the peripheral weighting model. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 72,2,416-425.

LA INMOVILIDAD DE ORIENTACIÓN Y MOVILIDAD EN LATINOAMÉRICA

Prof. Alfredo COSIO PIÑEYRO

Especialista en Orientación y Movilidad; Consultor Externo de la Organización Internacional del Trabajo; Director del Instituto Nacional de Ciegos "Gral. Artigas".
Montevideo, Uruguay.

A quién podría ocurrírsele pensar o hablar de Rehabilitación de personas ciegas y/o disminuidos visuales sin pensar en Orientación y Movilidad como un elemento fundamental de la misma, sin embargo con asombro y muchas veces con desazón y enojo somos testigos de que aunque nadie discuta su importancia, Orientación y Movilidad está ausente en algunos procesos de Rehabilitación.

Les cuento que hace relativamente poco, participé como responsable de la delegación uruguaya al IV Campeonato Latinoamericano y Juegos Deportivos para Ciegos, realizado en Buenos Aires. Les diré que fue una experiencia muy especial para mí, era la primera vez que participaba en un evento sin ir en mi carácter de especialista en O y M, eso me permitió estar en un campo de dominio absoluto de los Prof. de Educación Física. Puedo decirles que toda la competencia fue brillante, desde su organización hasta la actuación de los atletas ciegos que en muchos casos no tendrían nada que envidiarles a los atletas con vista. Pero lo lamentable fue la prácticamente ausente independencia de los atletas, la gran mayoría de ellos carecían de O y M, ignoraban las técnicas de protección mínimas, se manejaban en "trecito", se golpeaban frecuentemente y permanentemente eran llevados. Buenos Aires fue para mí un muestrario latinoamericano, pues casi todos los países o por lo menos muchos de ellos estaban representados ahí. Desde atletas con hermosos y modernos bastones americanos que no sabían manejar, hasta atletas de Centro América que viajaron muchos miles de kilómetros sin bastón.

Esta experiencia, fue en realidad lo que motivó el presente trabajo que hoy les presento. Hasta no hace mucho tiempo se pensaba que la persona ciega y/o disminuida visual, terminaba su pasantía por un Servicio de Rehabilitación, cuando totalizaba su pasaje por lo que llamamos áreas de la Rehabilitación Funcional; hoy sabemos que debemos ir más lejos, fundamentalmente en la integración a nivel de estudio, a nivel social ya nivel laboral. De ahí que la O y M sea un elemento fundamental e indispensable para una correcta Rehabilitación y por ende para una eficaz Integración.

Pero las preguntas son las siguientes:

1. ¿Estamos conformes con el nivel de Orientación y Movilidad?;
2. ¿Contamos con los profesionales capacitados para a su vez entrenar a las personas ciegas y/o disminuidas visuales?; y en caso de tenerlos, ¿son suficientes?;
3. ¿Estamos haciendo algo para que se instrumenten Cursos de Formación en este área? Habría muchas más preguntas para hacerse, pero pienso que éstas por ahora son suficientes y trataremos de contestarlas.

A través de muchísimos años de trabajar como Prof. de O y M, de haber impartido una treintena de Cursos de Formación en casi todos los países de Latinoamérica y el Caribe, pienso que estoy en condiciones de hacer un balance de lo visto y oído en todo este tiempo.

Comencemos por la primera pregunta: ¿Estamos conformes con el nivel de O y M?; en lo personal digo que NO un NO ROTUNDO, y la prueba más elocuente es que seguimos viendo a personas ciegas totales y a personas con disminución muy importantes, que carecen de los conocimientos básicos de O y M; que portan un bastón que retrotrayéndose a los años 45 y 46 era un símbolo y no una herramienta que posibilite su independencia. Años atrás cuando veíamos a una persona ciega sin dominio de su Esquema Corporal, sin ninguna noción de lo que es todo lo Gestual, que era llevado sin ninguna independencia personal, pensamos (muchas veces por autoengaño), que esa persona no había tenido la oportunidad de acceder a Servicios de Rehabilitación, más teniendo en cuenta que en nuestra América, Orientación y Movilidad se introdujo en la década del 60; pero hoy, 1992 qué cuento nos haremos para seguir con el auto-engaño, cuando vemos que siguen los clásicos ‘trencitos’ que tanto daño le han hecho a la imagen de las personas ciegas; cuando vemos y sentimos que personas que portan una disminución severa no usan ni siquiera un bastón plegable para situaciones comprometidas, y lo que es peor cuando les preguntamos el por qué, nos responden que el “profesor” les ha dicho que no deben pedir ayuda en la calle pues “para eso los ‘entrenamos’”. Esto Sres. no es un invento, es real y ocurre en muchísimos lugares. No dudo que no hay mala intención en tales profesores, pero sí estoy convencido que esos profesores no han tenido una formación adecuada, muchas veces por falta de apoyo de las instituciones y otras por falta de iniciativa propia.

La segunda pregunta de si contamos con los profesionales capacitados yo diría que tampoco. Existen unos pocos brillantes profesionales en O y M pero son los que han tenido acceso a CURSOS DE FORMACION serios y en serio; otros de brillantes condiciones personales sólo han podido acceder a CURSILLOS que no son de formación sino de información; y estaría un tercer grupo que son los que no han tenido ninguna de las dos posibilidades anteriores, pero por necesidad institucional o por imposición o vaya a saber por qué (muchas veces por la insólita razón de que es el único hombre en el Equipo) cumplen la tarea.

La tercera pregunta, de si estamos haciendo algo para que se instrumenten Cursos de Formación, yo diría que tampoco. Puedo decirles que en infinidad de oportunidades recibo correspondencia de personas a quienes no conozco que dicen estar trabajando como Instructores de Orientación y Movilidad, pero que no tienen formación, y por tal o cual razón se han enterado de mi existencia y me solicitan la posibilidad de realizar una pasantía en Montevideo, o la posibilidad de que me traslade a sus lugares de origen a los efectos de brindar mis conocimientos pero todas las comunicaciones tenían algo en común: la falta de recursos, no sólo para venir a Montevideo sino para un posible traslado mio. Y Sres. aquí también lo estamos viendo, ¿acaso la mayoría de nosotros no hemos tenido que solventar nuestros gastos para poder participar de estas importantes Jornadas?; pero ojo, esto no es una crítica a nadie, simplemente una realidad, y lamentablemente una realidad muy latinoamericana. La realidad de nuestros países nadie la puede negar, la falta de recursos termina trabando y frustrando las ideas, y las expectativas de efectivizar proyectos a este nivel; nos queda entonces mirar al exterior, y es aquí donde ciframos nuestras esperanzas en los Organismos Internacionales, pero éstos también padecen problemas económicos ocurriendo que el panorama se complica cada vez más.

Puedo decirles que a partir del año 1978 y hasta 1985, la Organización Internacional del Trabajo apoyó a distintos países y financió becas para la realización de Cursos de

Orientación y Movilidad en muchos países de Latinoamérica y el Caribe. Quedaría por averiguar el por qué de la ausencia de otros Organismos Internacionales en el apoyo de Cursos de Formación en Orientación y Movilidad. ¿Qué ocurre?; ¿es que no existen solicitudes de los gobiernos o de las instituciones?; ¿o es que los Organismos piensan que la independencia que da la O y M a las personas ciegas y/o disminuidas visuales no es necesaria y no es un obstáculo para acceder a puestos de trabajo? La Organización Internacional del Trabajo al ser un Organismo vinculado a la problemática laboral de los discapacitados, considera como criterio elemental la independencia de estas personas a fin de lograr su inserción laboral. De allí proviene el apoyo a tales Cursos de Formación.

También sabemos que en los lugares en que existen Profesorados para la especialización en el área ceguera, las horas cátedra que corresponden a Orientación y Movilidad son tremendamente insuficientes y dictadas muchas veces por profesores que nunca han tenido o participado en forma “vivencial” de una formación como instructores de O y M. Esta carencia hace que desarrollen la cátedra en un aula y que los estudiantes practiquen con antiparras y bastón muy poco tiempo. Esto a mi juicio son manejos irregulares que no los podemos seguir aceptando. Los egresados de tales Profesorados salen con la idea de que la disciplina de Orientación y Movilidad la dominan; pero ¿cuál es la realidad? Uds. creen que dichos egresados están en condiciones de ejercer como instructores de O y M.

Existen otros temas relacionados con la problemática de la disciplina de O y M; por decir el tema remuneraciones, esto implica una realidad que nos hace perder día a día gente muy capacitada, que sus propias necesidades hace que busquen otros campos mejor pagos. Además hay cosas que me preocupan terriblemente, y es ver que han pasado más de 20 años desde que comencé a trabajar en O y M, y los mismos problemas que tuvimos que enfrentar nosotros, se siguen repitiendo todavía. Latinoamérica se sigue moviendo por las “cuotificaciones” políticas, son los votos y no los conocimientos los que hacen que persona no idóneas manejen Ministerios o Instituciones; se siguen consiguiendo becas o se participa en eventos con la ayuda de “padrinos”; todo esto desmoraliza y cansa. Sé que todo esto es muy difícil de revertir, pero por lo menos deberíamos sentarnos para ver si podemos encontrar todos juntos algunas soluciones.

Propongo que ésta sea la hora de que “USEMOS EL BASTON PARA COMENZAR A MOVILIZARNOS”, que comencemos a hablar un idioma común, que Orientación y Movilidad tenga programas comunes y tiempos comunes, que Orientación y Movilidad sea una sola, aquí o en Japón, que comencemos a dignificar nuestra profesión y que las personas ciegas y/o disminuidas visuales reciban de nosotros un entrenamiento de calidad en un sentido Utilitario y Realista, para posibilitar de una vez por todas una verdadera INTEGRACION, que ya no admite más postergaciones.

Por todo lo expuesto anteriormente, me gustaría poder sugerir algunas acciones que dependerían pura y exclusivamente de nosotros:

- 1) Si estamos convencidos que el nivel de Orientación y Movilidad en nuestros países no es el ideal, deberíamos estar en permanente comunicación para ver si entre las Instituciones podemos realizar intercambios.
- 2) Solicitara las autoridades de ASERCA, ejerza su influencia entre las Instituciones de Argentina y de otros países a los efectos de poder lograr facilidades para la concurrencia de sus técnicos a cursos o eventos que eleven el nivel del personal.

- 3) Solicitar a las autoridades de ASAERCA la realización de un banco de datos a los efectos de saber quiénes y cuántos somos.
- 4) Debemos jerarquizar de una vez por todas la profesión; a Orientación y Movilidad nadie la niega pero se la posterga: Orientación y Movilidad no puede ni debe estar ausente en el proceso de Rehabilitación.
- 5) Solicitar nuevamente por medio de ASAERCA a la Unión Latinoamericana de Ciegos (ULAC) la creación de una Comisión de Orientación y Movilidad en ese organismo, a los efectos de lograr salir de ese relegamiento que más que perjudicar a los técnicos, perjudica a las personas ciegas y/o disminuidas visuales.

TALLER N° 6 “REHABILITACIÓN Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA”

Coordinadora: **Prof. Norma Edith PASTORINO**
Secretaria: **Prof. Mercedes Inés VENENCIA**

Este taller estuvo compuesto por 24 participantes, que procedían de 10 provincias distintas entre quienes estaban 10 estudiantes, 2 Terapistas Ocupacionales, 2 Maestras Jardineras de escuela común, 9 Maestras Especiales. Además integró el equipo una persona ciega auto-rehabilitada.

Si bien el grupo fue numeroso, no fue posible profundizar en el tema, ya que ningún participante tenía experiencia en trabajo con adultos discapacitados visuales, y algunos la tenían en A.V.D. pero con niños y adolescentes.

Resultó necesario establecer inicialmente un concepto consensuado sobre rehabilitación en A.V.D. Se consideró fundamental el deseo de la persona con discapacidad visual de solicitar la rehabilitación. También se hizo hincapié en la necesidad de la familia de reestructurarse ante la nueva situación.

En una segunda instancia, surgió un intercambio de opiniones acerca de la conveniencia de creación de Centros de Rehabilitación para discapacitados visuales, o incluir la atención de personas con discapacidad visual en Centros de Rehabilitación ya existentes que actualmente no las incluyen. Esta inquietud surgió de la realidad observable: que se carece de Centros Especializados y que en muchas ciudades se dispone de Centros de Rehabilitación que atienden otras discapacidades.

CONCLUSIONES:

Sobre la base del reconocimiento del concepto de RESPETO por la persona o rehabilitante, que incluye sus necesidades, intereses y su criterio para la realización de sus actividades cotidianas, el grupo arriba a las siguientes conclusiones, producto de la interacción establecida en el mismo:

- 1) Dada la necesidad de delimitar el área de A.V.D. en el abordaje de la rehabilitación, se elabora el siguiente concepto: “En el área de A.V.D. se integran procesos por los cuales la persona con discapacidad visual adquirida, sintiendo primordialmente que **puede**, accede a hacer lo que hacía antes, mediante técnicas que le permiten conservar su independencia y su sentimiento de ser útil, a los fines de su reinserción social”.
En este proceso participan: a) la familia, b) el Centro de Rehabilitación y c) la Sociedad en general.
- 2) El logro de la independencia personal y aceptación de la discapacidad por parte del rehabilitante conduce a considerar el área de A.V.D., entre los pasos iniciales de su rehabilitación. De esta manera se logrará mayor participación de la familia.

- 3) Con referencia a las técnicas aplicables en A.V.D., al no existir recetas únicas, es conveniente partir de la propia técnica que utiliza o utilizaba el rehabilitante, desde las cuales pueden sugerirse otras alternativas para su elección en la situación actual.
- 4) La idea de ORDEN en todas las actividades a realizar, como asimismo, el respeto por **su orden** en el hogar, deben tener prioridad.
- 5) Para cada rehabilitante corresponde en forma individual la planificación de actividades.
- 6) Cada región, de acuerdo con su idiosincrasia, necesidades y posibilidades, debe tender a la creación de Centros de Rehabilitación que cuenten con equipos de profesionales idóneos. Incluir equipos itinerantes de rehabilitadores.
- 7) Los logros que puede alcanzar la persona con discapacidad visual en A.V.D., integrando el proceso de rehabilitación, deben ser concientizados en la comunidad, correspondiendo a los docentes especializados y/o estudiantes transformarse en agentes activos de la información que atañe a este tema.
- 8) La difusión de bibliografía sobre experiencias concretas o temas referidos a A.V.D., ayuda a la concientización citada y beneficia el intercambio de conocimientos a nivel profesional. Esto puede constituir un objetivo de A.S.A.E.R.C.A. a corto plazo.

PAUTAS INTRODUCTORIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS PROGRAMACIONES DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA CON REFERENCIA A LA RELACIÓN INSTRUCTOR-PARTICIPANTE

Prof. Norma PASTORINO

La dependencia es uno de los problemas más difíciles que debe enfrentar la persona discapacitada visual. Si su discapacidad visual es congénita, se le presenta este problema desde el primer momento que intenta relacionarse con el medio ambiente, pues generalmente sus padres al preocuparse por su seguridad, limitan las actividades y desplazamientos de su hijo. Similares problemas enfrenta el adulto que pierde la vista, pero su reacción ante la dependencia se ve afectada por factores adicionales. Su familia puede estimularlo a que dependa de ella o puede empujarlo hacia una independencia poco realista. En cualquier caso, sus reacciones se ven influidas por el hecho de que durante muchos años ha gozado de su independencia, antes de perder la vista; y cuanto más profunda es la pérdida de su visión, mayor será la diferencia entre todo lo que antes podía hacer y hoy ya no puede.

El problema específico de la persona discapacitada visual consiste en determinar qué constituye **dependencia realista** o **no**. En todas las actividades eminentemente visuales, la pérdida de la visión crea una **verdadera dependencia**, por ejemplo: la elección de la ropa según la moda; maquillarse; la decoración del hogar; etc.; pero, la mayoría de las actividades cotidianas que realiza una persona pueden desempeñarse utilizando técnicas alternativas basadas en los sentidos restantes, la memoria motriz, elementos adaptados, etc. Si el participante está motivado para recuperar su anterior independencia o la mayor independencia posible, tratará por cualquier medio de conseguirla: intentará y descubrirá qué cosas puede hacer por sí mismo, y qué otras no puede hacer, o por lo menos, no tan fácilmente.

Ayudara la persona a manejar de manera realista su situación de dependencia es una forma de ayudarla a enfrentarse con sus propias necesidades para poder superarlas.

Durante el proceso de rehabilitación surgen alternadamente situaciones basadas en la dependencia e independencia, a medida que el participante progresa en el dominio de sus destrezas para las diversas actividades; del espacio circundante y el desarrollo de sus sentidos restantes. El participante confía en su instructor y se permite depender de él; esto le da la posibilidad de avanzar hacia tareas más riesgosas o complejas. La dependencia, en este sentido, facilita el proceso de rehabilitación, en la medida que el instructor pueda mantener el equilibrio entre dependencia e independencia.

La liberación de la dependencia determina cómo la persona se sitúa con respecto de sí misma y de su entorno.

- Por todo lo antedicho, es fundamental para el correcto desarrollo del proceso de rehabilitación, **la relación instructor - participante**. Es prioritario que conserve una correcta Distancia Profesional, entendiendo esta expresión como una cierta reserva que el instructor mantiene a fin de controlar la interacción entre él y su participante. El control es esencial si el instructor desea asegurar el éxito en el entrenamiento que imparte. No sólo debe controlar los aspectos técnicos; sino que ha de controlar también las relaciones afectivas que pueden facilitar o interferir en el proceso.

Como consecuencia de las actividades que se realizan en el área; la edad de los participantes: la gratificación y satisfacción que supone el logro de las diversas técnicas; etc., pueden desarrollarse entre instructor y participante, ciertos compromisos afectivos que si no se clarifican resultarían dañinos para la consecución de los objetivos propuestos. Existe diferencia entre ser amable, gentil, con los participantes a desarrollar una amistad estrecha. Esto no quiere decir que el instructor deba ser totalmente formal o autoritario en su relación con el participante; simplemente significa que debe controlar la interacción de manera que no sea libre y casual a tal punto de interferir en el proceso de rehabilitación. Como parte de la planificación prevista, se puede tomar un café o almorzar juntos, pero pueden presentarse otras situaciones como la invitación a tomar un trago, o ir al cine o al teatro. Si el instructor accede, las situaciones pueden acortar la Distancia Profesional y entorpecer la capacidad para controlar la interacción.

- Por cierto que el instructor será quien juzgue qué es esencial en la actividad y qué puede ser negativo, pero debe saber también que cualquier situación que afecte la relación instructor-participante, afecta los resultados del entrenamiento, por eso es esencial que el instructor se empeñe lo suficiente para controlar la correcta relación.

Otra problemática a considerar es la Autoimagen o imagen que tiene de sí mismo el participante en relación a los otros, porque a veces, ello interfiere con su progreso.

Quien es tímido o inhibido reacciona negativamente ante el hecho o la posibilidad de que se lo observe. Se siente que es el centro de atención y se preocupa porque piensa que se lo ve incompetente, torpe o tonto. La base de esta actitud yace en la expectativa de aprobación social. Si derrama algo mientras come está seguro que quien lo observa lo califica de inepto; si tropieza al movilizarse tiene la certeza de que quien lo ve asume que es torpe o descuidado. El efecto de este sentimiento es la inhibición de la conducta, lo que lleva a la persona a evitar cualquier actividad que pueda llamar la atención.

En muchos casos se pierde la libertad y llega a convertirse, verdaderamente, en una persona torpe porque piensa que todos así lo consideran.

Aunque la ceguera o baja visión no son las causantes de la inhibición, ésta afecta definitivamente la habilidad funcional del individuo. Cuando veía podía saber si era mirado. De esta forma realizaba cualquier actividad con la certeza de no ser observado. Sin visión no tiene esta referencia, por lo tanto se siente permanentemente observado.

Otro factor que aumenta la inhibición es la imagen negativa que muchas personas tienen respecto de los ciegos. El estereotipo común es aún el del individuo inútil y dependiente. Una persona con una pobre autoimagen se podrá identificar con la idea estereotipada y sentirá que quien la ve piensa lo mismo de ella: que llama negativamente la atención y que es rechazada.

Algunas personas desarrollan una autoimagen más equilibrada. Al comenzar el curso puede que sientan algunos temores y reparos, pero a medida que avanzan en la adquisición de técnicas pueden afianzar su seguridad. Es necesario que el instructor sepa transmitir seguridad, deseos de independencia y de autosuficiencia. Cuando los sentimientos negativos son muy profundos y realmente interfieren con el entrenamiento, es aconsejable que la persona discapacitada visual sea derivada a psicoterapia para ayudarla a superar la situación.

Finalmente, reflexionemos acerca de la satisfacción del instructor de A.V.D. en lo que hace a su trabajo con el participante discapacitado visual; este sentimiento ayuda a mantener una sana relación con el entrenante, juega un papel importante en los progresos del participante y mantiene el interés por el proceso de rehabilitación. Son muchos los orígenes de la satisfacción: saber que se contribuye al bienestar de otra persona, ayuda a sentirse bien; observar que la persona progresa hacia el logro de su independencia, gratifica. El instructor es consciente que su accionar mejora la calidad de vida de sus participantes.

Es gratificante para el instructor ver el crecimiento de los principiantes que llegaban como individuos prácticamente inútiles, caminando inseguros, guiados por familiares y amigos que realizaban sus actividades por él. Poco a poco los cambios se observan, la tan deseada independencia se logra. Por cierto que mucho depende de la inteligencia y condiciones generales del participante, pero no hubiera obtenido los mismos resultados sino hubiera contado con la capacidad y la ayuda profesional del instructor.

Es importante tener en cuenta estos sentimientos, no solo porque implican gratificación personal sino porque tienen un efecto alentador sobre los participantes. Las palabras y la voz del instructor transmiten sus estados de ánimo y así logra una respuesta adecuada al logro de los objetivos.

Si bien todas estas reflexiones acerca de la satisfacción del instructor son comunes a lo que experimenta todo docente en el proceso enseñanza-aprendizaje, la diferencia fundamental consiste en la variable temporal, pues los resultados y logros de la rehabilitación en A.V.D. se observan en cada sesión y se retroalimenta permanentemente, por lo que cada encuentro con el participante resulta jubiloso.

TALLER N° 7

“REHABILITACIÓN Y DEPORTES”

Coordinador: **Klgo. Carlos Pedro MORONI**
Secretaria: **Prof. Gabriela IANNIZZOTTO**

Con la presencia de 28 participantes, este grupo constituido por docentes especializados, estudiantes y profesionales, con la coordinación del Lic. Carlos P. Moroni, arribó a las siguientes conclusiones:

- 1) El aprendizaje y la práctica del deporte, son fundamentales en el desarrollo psicofísica e integral de las personas con discapacidad visual. Es importante aplicarse enunciado al proceso de rehabilitación.
- 2) Para el abordaje del deporte en rehabilitación se han de tomar todos los recaudos y seguir las indicaciones y contraindicaciones que correspondan al orden médico.
- 3) Se fomentará la actividad físico-deportiva en las organizaciones de y para discapacitados visuales tanto oficiales como privadas.
- 4) Se tratará en lo posible que este tipo de práctica se efectúe en los mismos lugares en que los ejecuta la comunidad en general, con el fin de fomentar la integración social.
- 5) El profesional a cargo de la actividad deportiva deberá estar preparado en el área de la discapacidad visual, como así también consustanciado con el quehacer tifológico.
- 6) Se sugiere que tanto los deportistas como sus instructores cuenten con conocimientos en primeros auxilios a fin de atender en forma eficiente aquellos accidentes que en la práctica puedan acontecer, especialmente en los lugares donde no se cuente con servicios médicos cercanos.

Considerando la importancia que el tema SIDA reviste, se han de implementar las medidas de bioseguridad correspondientes en las prácticas deportivas.

- 7) Se instará a las instituciones, escuelas, centros, clubes de y para discapacitados visuales, a informar sobre los recursos con que cuentan, con el objeto de que la persona discapacitada sepa adonde debe recurrir para el aprendizaje y práctica del deporte.
- 8) Propender a través del deporte, al desarrollo psicomotriz del rehabilitante.
- 9) Tratar de evitar exhibicionismo tanto de los discapacitados como de los profesionales y organizaciones, en el desarrollo de lo deportivo.
- 10) Impulsar el intercambio de conocimientos y experiencias.
- 11) Cooperar, a través de las vías que correspondan, con aquellas regiones del país en las cuales se hayan detectado carencias sobre el tema.

TALLER N° 8

“REHABILITACIÓN Y TIEMPO LIBRE”

Coordinador: **Lic. Carlos Pedro MORONI**
Secretaria: **Prof. Gabriela IANNIZZOTTO**

Este taller trabajo fusionado con el correspondiente a Deportes, y tras las consideraciones realizadas por los asistentes, se arribó a las siguientes conclusiones:

- 1) Las personas con discapacidad visual, al igual que las demás personas que componen el tejido social de cualquier comunidad, tienen derecho a disponer de su tiempo libre.
- 2) Las entidades públicas y privadas de y para discapacitados visuales, darán prioridad a que estas personas tengan sus necesidades básicas satisfechas, como mínimo.
- 3) El tiempo libre es decisión de la persona con discapacidad visual, tanto en el aspecto de actividad como el de no actividad; pudiendo para ello contar con la orientación del equipo de rehabilitación que corresponda.
- 4) Fomentar que las entidades de y para discapacitados visuales difundan en la comunidad los diferentes recursos con que cuentan: artísticos, musicales, recreativos, deportivos, educativos, sociales, entre otros, a fin de que las personas discapacitadas accedan a un espectro lo más completo posible de los lugares adonde recurrir.
- 5) Facilitar que este tiempo libre pueda ser desarrollado y cumplimentado en los mismos ámbitos que los que la comunidad destina en general a tales efectos.

PAUTAS INTRODUCTORIAS PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE PARA REHABILITANTES CON DISCAPACIDAD VISUAL

Lic. Carlos Pedro MORONI

Desde hace algunos años, tiene vigencia la expresión “Utilización del tiempo libre” con valor y aplicable a todo tipo de personas. Debo confesar que me resulta difícil entenderla.

Quizás la clave resida en la palabra “libre” cuya definición etimológica es: “que goza de libertad-sin carga u obligación”. Mientras que utilización es: “aprovecharse de algo, emplear útilmente una cosa, mejorar algo, valerse de algo...”.

Realmente es difícil conocer los alcances de esta expresión y reconocer cuál es “el tiempo libre”. Me pregunto sin tener respuesta, si el tiempo libre es el que queda luego del trabajo, estudio o descanso. Para despejar (o complicar aún más la cosa) recurro nuevamente al diccionario y observo que “ocio” es: cesación de trabajo - inacción; diversión u ocupación agradable; obra de ingenio que uno forma en los ratos que les dejan libre sus ocupaciones principales. Sinónimo: holganza. Holganza: quietud - descanso - ociocidad - diversión - placer”.

Existen tratados que hablan de la anatomía, fisiología y patología del ocio. Hay estudios sobre el ocio organizado y creativo.

Haciéndome eco del título del taller que nos aboca en esta ocasión, estimo que:

- Cuando la persona discapacitada visual, está en proceso de rehabilitación puede ser orientada a capitalizar de la mejor forma, el tiempo libre que dispusiera, respetando obviamente su voluntad y características.
- El equipo de rehabilitación que en algún momento debe orientar en este aspecto, será sumamente cuidadoso, deberá analizar individualmente, en cuanto edad, sexo, posibilidades y muchas otras circunstancias, para que ese tiempo, que llamamos libre, le resulte beneficioso a la persona discapacitada visual.

Por otro lado, cabe ponerse en el tapete del análisis o discusión algunos puntos:

- 1) Definición del tiempo libre
- 2) De qué forma debe utilizarse este tiempo
- 3) Cuál es el rol de la persona en cuanto a su tiempo libre
- 4) ¿Debe indicarse, orientarse, prescribirse?
- 5) ¿Tiene relación con lo físico, psíquico, espiritual, social, etc.?
- 6) ¿Hay fórmulas, sistemas, técnicas para el buen empleo del tiempo libre?
- 7) ¿Es tarea del equipo de rehabilitación manejar, indicar, orientar, prescribir el tiempo libre de la persona, en este caso, discapacitada visual? De ser así, ¿es de carácter terapéutico?
- 8) De existir fórmulas o técnicas, ¿son de aplicación individual o general?
- 9) Qué piensa o entiende la comunidad en cuanto al tiempo libre de las personas discapacitadas visuales
- 10) ¿Está preparada para integrarla en este aspecto?
- 11) Hacia dónde debe ser canalizado el tiempo libre: deportes, juegos, lectura, viajes, etc.
- 12) ¿Cuál es el objetivo del tiempo libre, diversión, placer, educación, rehabilitación, etc.?
- 13) ¿Existe información sobre posibilidades o lugares donde el discapacitado visual pueda recurrir, en este aspecto?
- 14) Las organizaciones, instituciones, de y para ciegos, ¿pueden, deben considerar este aspecto? ¿Están capacitadas para ello?
- 15) ¿Conocemos de alguna carrera, profesión que contenga los conocimientos necesarios sobre esta cuestión?
- 16) ¿Puede ser considerada como tarea interdisciplinaria?

Este listado podría continuar largamente. Estimo también que las respuestas, soluciones, enfoques, deben surgir con la participación de todos; en primer lugar, con el de las personas discapacitadas visuales, en segundo, de aquellos cercanos a ellas, educadores, profesionales, técnicos, instituciones, y obviamente de la comunidad.

Sobre el tiempo libre ya hay gente que trabaja y así lo vemos (1) reflejado en el N° 76 (Julio -Agosto 1992) de la Revista Perfiles de la ONCE en donde aparece un artículo cuyo título es "Apuntes sobre el Ocio", en donde entre otras cosas dice:

“El tiempo libre es algo necesario para todo el mundo, pues nos elimina de las tensiones del trabajo y de la vida cotidiana en las grandes y pequeñas ciudades. Hay personas a quienes les gusta pasear por la ciudad, sentarse en un café, leer, pintar, aprender idiomas, ir al cine, al teatro, quedarse en casa tranquilamente, escuchar música, aprender a tocar un instrumento, acercarse a espacios verdes, o salir a la naturaleza, con amigos, solo o con su animal de compañía, también hay quien gusta más del bullicio y asiste a lugares de copas, conciertos musicales, etc.”

En este artículo ofrecen diferentes alternativas como ser exposiciones, acontecimientos culturales, históricos, cursos universitarios de verano, etc. de los cuales se puede participar. La ONCE entre sus empresas, tiene desde 1989, la Agencia de “Viajes 2000” donde ofrecen un amplio abanico de posibilidades para el ocio.

Dice Paloma León, directora de la agencia:

“Sin estar especializados en funciones específicas, sí somos especialistas en la prestación de aquellos servicios que nuestro colectivo preferencial mayoritario precisa”. También dice:

“En Viajes 2000 no somos especialistas en viajes de minusválidos por que la integración consiste en que sean uno más”

Editada por El País - Aguilar se ha publicado una guía de viajes para minusválidos.

TALLER N° 9 “REHABILITACIÓN Y TERCERA EDAD”

Coordinadora: **Prof. Sonia HURTADO de DOLCE**
Secretario: **Prof. Javier Leonardo FORMIA**

Participaron de este taller cinco estudiantes de Profesorados en educación y rehabilitación de discapacitados visuales y tres profesionales con experiencia en tercera edad.

Fue presentado un trabajo cuyo título es: “Rehabilitación y tercera edad”. Del debate que suscitó la lectura del mismo y los aportes consecuentes de los asistentes, se arribó a las siguientes conclusiones:

- 1) Sobre el significado de la expresión Tercera Edad, se adopta el enunciado por la OMS que registra que las transformaciones biológicas y psicológicas que llevan al envejecimiento se dan en el período comprendido entre los 55 y 65 años, comenzando a partir de los 65 años de edad la etapa denominada vejez.
- 2) En el trabajo concreto de rehabilitación el término Tercera Edad no se circunscribe a la edad cronológica que el ser humano atraviesa sino al momento en que aparecen los síntomas que acompañan y precipitan a un envejecimiento físico y/o mental.
- 3) Estos cambios específicos se manifiestan en las conductas sociales y conllevan a que en el proceso de rehabilitación con personas de tercera edad se adopten estrategias dirigidas a satisfacer las necesidades básicas, reales y actuales de dichas personas.
- 4) Los lineamientos esenciales hacia los cuales se debe orientar el trabajo Son:
 - Reconocimiento del esquema corporal actual;
 - Alcance y limitaciones de las funciones motoras;
 - Organización espacial y re-estructuración del ambiente;
 - Movilidad independiente y recursos útiles.
- 5) Se considera importante no apoyar en modelos tecnicistas la rehabilitación de las personas de tercera edad para asegurar el logro de objetivos propuestos.
- 6) El servicio domiciliario es respuesta apropiada para la rehabilitación de personas de tercera edad por las siguientes razones:
 - a) aprovechamiento de la memoria del cumplimiento de actividades hogareñas;
 - b) la conservación espontánea de los vínculos afectivos;
 - c) comprobación por la familia en forma participativa del correcto desempeño del rehabilitante;
 - d) aumento de la autoestima del rehabilitante y de su núcleo familiar por la rapidez en el logro de objetivos concretos.
- 7) La incidencia de la familia es esencial e insustituible ya que son ellos quienes deben continuar y completar el trabajo del rehabilitador.
- 8) Los planes de trabajo deben ser puntuales con objetivos a corto plazo. La elaboración de los mismos, de ser posible, conviene se realice conjuntamente con el rehabilitante y su familia.
- 9) Es importante la confrontación de las personas de tercera edad con sus pares a través de grupos de apoyo.

- 10) El trabajo físico y el apoyo fisioterapéutico integrando el proceso de rehabilitación aumentan las posibilidades de éxito.
- 11) En algunas situaciones la mecanización mediante la repetición de movimientos permite acceder a mayor seguridad en las respuestas que se requieren.
- 12) Cuando el medio, por diferentes motivos no permite una integración efectiva se puede utilizar como recurso la incorporación de personas de tercera edad sin discapacidad visual a las actividades del Centro.
- 13) Intensificar la difusión para detectar y atraer al Centro a personas de tercera edad que se encuentren asilados en sus hogares. De este modo se contribuye a romper con antiguos modelos donde la tercer edad era sinónimo de invalidez.
- 14) Cuidarlos plazos y los tiempos en el proceso de rehabilitación de las personas de tercera edad para no caer en la hospitalización o la sobreprotección.
- 15) El trabajo de rehabilitación ha de apuntar a que el rehabilitante de tercera edad encuentre en su medio un lugar significativo con obligaciones y compromisos, sin establecer juicios de valor sobre su importancia.
- 16) Tratar de convertir permanentemente las dificultades o los errores en logros para evitar estados depresivos o de negación que limiten al rehabilitante en las actividades.
- 17) Dirigir esencialmente la integración del individuo a las entidades del medio (sociales, recreativas, culturales, etc.) con el apoyo necesario tratando de comprometer a la sociedad para que se haga responsable de sus miembros.
- 18) Implementar estrategias necesarias para que, sin modificar la estructura de los Centros de Rehabilitación, se pueda intensificar el trabajo en el medio donde el rehabilitante se desenvuelve, con el objeto de acortar los tiempos del proceso de rehabilitación.

REHABILITACIÓN Y TERCERA EDAD

Prof. Marta Elena RAPETTI

Prof. Alicia Inés MOREIRA

“Los viejos son todos enfermos o discapacitados”. Esta apreciación establece una sinonimia muy fuerte entre viejo y enfermo. En geriatría los términos salud-enfermedad deben contemplarse con algunas variables distintas de las que se emplean en otros momentos del ciclo vital.

La Organización Mundial de la Salud señala que la salud se define como un estado de completa satisfacción física, mental y social, y no solamente por ausencia de enfermedad. Más allá de esta definición, la salud de los viejos se describe en función de la presencia o ausencia de enfermedad o en función de cuán satisfactorio es su funcionamiento en cualquiera de las tres áreas de las conductas mencionadas. Debe hacerse un diagnóstico más funcional en geriatría, ya que provee una herramienta más conceptual que el modelo médico.

El avance de la terapéutica y la medicina modernas han elevado los índices de supervivencia y longevidad. Esto trae aparejado como lógica consecuencia el incremento de la población de ancianos. Es necesario diferenciara la ancianidad biológica de la ancianidad patológica.

El envejecimiento es el período comprendido entre los 55 y 65 años, aquí comienza según la OMS la **VEJEZ**.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS FACTORES BIOLÓGICOS

El esquema corporal del anciano se modifica respecto del esquema de la adultez. El cuerpo y sus funciones comienzan a disminuir. Las funciones ya no son anabólicas como en las primeras etapas de la vida, sino que se van tornando catabólicas. El cuerpo disminuye su volumen por pérdida de agua contenida en los tejidos. El esqueleto se vuelve más frágil y quebradizo (osteoporosis). En la columna vertebral se van sucediendo una serie de modificaciones que dan como resultado una cifosis senil a nivel dorsal.

La piel se torna más seca, pierde hidratación, produciéndose gran cantidad de arrugas, además aparecen las pecas características de la vejez, especialmente en manos y tronco. Existen alteraciones autoperceptibles de funciones oculares y auditivas, por ello se les debe hablar en forma más lenta. Los músculos pierden potencia y disminuyen su velocidad de conducción, aumentando la fatigabilidad.

Las articulaciones se tornan menos móviles, los cartílagos articulares pierden elasticidad y por lo tanto aparecen rigideces y/o posiciones viciosas a causa de las mismas y sus movimientos son más limitados. La silueta se torna “pesada” (gordura localizada en abdomen y caderas). Los cabellos encanecen y se hacen escasos.

La circulación se realiza con mayor dificultad debido al endurecimiento arterial, a causa de la edad y muchas veces por otros factores concomitantes como los ateromas que se forman en sus paredes. Aparecen varicosidades.

La respiración es más superficial debido al endurecimiento de la caja torácica, en consecuencia disminuye la entrada de aire y la oxigenación. Si a todas estas modificaciones que son fisiológicas agregamos las nosológicas, observamos que en las personas de tercera edad con deficiencias visuales producidas por diferentes causas, el movimiento corporal está muy reducido, especialmente por el temor a golpearse, a sufrir una caída o a la postración.

FACTORES SOCIOLÓGICOS

Desde el punto de vista social los viejos son discriminados en nuestra sociedad por su edad. Esto se denomina vejeísmo. Son considerados como enfermos, deprimidos, rígidos, asexuados, pasados de moda, etc. Se los ignora, no se tienen en cuenta sus necesidades económicas y sociales.

El desapego es la segregación, por parte de la sociedad, del geronte, pero no es natural ni inevitable y ocurre por falta de oportunidades que la sociedad brinda a los viejos para que puedan seguir ejerciendo sus roles sociales.

El geronte discapacitado visual tiene las mismas características que los restantes más las que se agregan por la adquisición de la discapacidad.

El grupo social al que pertenezca determinará el tiempo que pase entre la pérdida de su visión y la decisión de rehabilitarse. Sin embargo, podemos considerar que en la mayoría de los casos ha pasado más de un año puesto que el duelo de la pérdida no ha podido elaborarse antes. Muchos individuos se aíslan por temor, algunos por abandono familiar, otros por sobreprotección.

FACTORES PSICOLÓGICOS

Entre los factores psicológicos propios de esta etapa podemos destacar un incremento de la interioridad, es decir que se intensifica la preocupación por el mundo interno, énfasis en la introspección y en el balance vital. Este proceso intrínseco se atribuye a la edad.

Hay un cambio en la percepción del tiempo. Se mide el tiempo en función de lo que le falta por vivir, aparece la conciencia de que el tiempo es finito.

La personalización de la muerte está íntimamente relacionada con lo anterior. La muerte de pares y amigos hace que ésta se convierta en una realidad para uno mismo, es un problema personal. Se determina de distinta manera según los sexos. El hombre aparece preocupado por la proximidad de la muerte, la mujer está preocupada por su inminente viudez.

La depresión en la vejez puede ser considerada según los casos como un síntoma, síndrome o enfermedad de distintos grados abarcativos. El síntoma principal del síndrome depresivo es la tristeza con la que se enlazan otros síntomas. Su desencadenante o motivo es la pérdida y la reacción es: desmedida o exagerada. El motivo es parte insoluble de la vida misma, ésta transcurre con reiteradas situaciones de pérdida desde el nacimiento. La reacción podrá ser normal o patológica. Se produce entonces el duelo normal que se tornará patológico si no es resuelto.

CAUSAS DE CEGUERA O DISMINUCIÓN VISUAL

Las más comunes en este periodo son las siguientes, en este orden: diabetes, retinitis pigmentaria, glaucoma, cataratas, trastornos vasculares.

Los principios rehabilitativos del anciano en general y del discapacitado visual en particular son:

- mantener su máxima movilidad.
- mantener o restaurar la independencia en actividades de la vida diaria.
- darle cooperación y confianza.
- crear atmósfera optimista y esperanzadora.
- aplicar tratamientos simples.
- sesiones cortas.
- personal técnico que sea un equipo integrado.

La movilidad continua evita lesiones articulares o invalideces sobreañadidas. El ejercicio reglado y adecuado es una necesidad terapéutica, siendo esta actividad no competitiva.

El mantenimiento o restauración de la independencia depende de las actividades mencionadas anteriormente. El equipo que trabaje con ellos deberá estar bien identificado con el espíritu de la rehabilitación. Se utilizarán todos los resortes conocidos olvidando la actitud negativista ante los "casos incurables". Se los orientará hacia una vida lo más completa y normal posible. Los tratamientos serán, dentro de las posibilidades, colectivos o grupales. El objetivo es dar máxima independencia y que el anciano se sienta feliz.

EXPERIENCIA REALIZADA CON UNA POBLACIÓN DE GERONTES DISCAPACITADOS VISUALES

En nuestra escuela sobre una población de 75 alumnos, 20 son personas de más de 60 años, es decir, el 26% de ellos pertenecen a la llamada tercera edad, 11 son varones y 9 son mujeres. Casi todos ellos perdieron la vista en edad adulta, la gran mayoría estuvo varios años en su hogar antes de integrarse a nuestra institución.

Por todas las razones antes mencionadas el motivo de esta experiencia en psicomotricidad fue conformar un grupo de personas de la tercera edad con déficit visual, a las que una clase de Educación Física común podría perjudicar ya que el esfuerzo que se realiza en la misma es superior al de sus propios límites.

Los objetivos propuestos fueron:

- aumentar la capacidad respiratoria, mejorando así la oxigenación.

- mejorar la circulación, especialmente el retorno venoso, dado que la inmovilidad produce éstasis sanguíneo, especialmente en miembros inferiores.

- mejorar la postura.

- afianzar y mejorar el equilibrio.

- movilizar activamente todas las articulaciones corporales para promover la mayor amplitud de movimiento de las mismas.

- mejorar el tono y las contracciones musculares.

- dar mayor agilidad y flexibilidad al cuerpo.

- concientizar las nociones de esquema corporal que es distinto al de la edad adulta.

- tomar conciencia de las limitaciones físicas.

- aumentar la resistencia a la fatiga.

- socializar a la persona con déficit visual poniéndola en contacto con otras que posean trastornos similares.

- lograr una mejor relajación, modificando la tensión que determinan sus afecciones.

- llegar a la sensación de bienestar y de alegría de vivir que produce la actividad física, sin la búsqueda de un récord o cantidad de movimientos, sino tratando de concientizar que hay un cuerpo que puede moverse con total libertad a pesar de la edad y las limitaciones físicas.

Las actividades fueron propuestas en forma individual para concientizar su propio cuerpo, sus posibilidades y sus restricciones. Luego grupales o en pareja para conectarse con otros cuerpos, otros roles que se encuentran en situaciones similares y que brindan su apoyo, su amistad, su solidaridad, su compañerismo, su amor.

Estos objetivos contribuyeron a sentar las bases y el desarrollo del plan de trabajo de Orientación y Movilidad que en esta etapa tiene características particulares.

Toda esta actividad permitió elaborar los diferentes planes de rehabilitación teniendo en cuenta no sólo los intereses del alumno sino también sus condiciones vitales. De ahí que algunos planes lleguen a la movilidad independiente dentro del hogar o la escuela, mientras que otros llegan a una movilidad totalmente independiente.

La adaptación del geronte al uso del bastón no siempre es fácil. Tiene que realizarse una tarea conjunta del equipo para permitir alcanzar el equilibrio entre lo positivo (independencia y seguridad) y lo negativo (representación de incapacidad) que el entrenamiento representa. He aquí algunas de las experiencias vividas por los integrantes del grupo:

“Encontré una nueva vida. Me he renovado espiritualmente y disfruto. Estoy mas tranquilo y me entretengo mucho” (Héctor, 65 años, aún no se moviliza solo).

“Antes estaba incomunicado. Estaba sentado y me daban la radio. Iba hasta la puerta de calle. No salía, me estaba atrofiando. Me cambió la vida” (Luis, 62 años, se moviliza solo).

“Regresé a la escuela después de varios años; con el ingreso a este grupo renació mi interés por ella, encontré muchos cambios. Es el medio para seguir viviendo, suple la falta de entretenimiento o esparcimiento que tienen otros. Mis amigos se fueron muriendo y quedé solo, por eso regresé” (Walter, 61 años, había sido rehabilitado hace 12 años, se moviliza solo).

“Deseo que empiecen las clases, con eso les digo todo” (Lilián, 82 años, se moviliza sola).

“Me siento bien con otras personas a las que les pasa lo mismo que a mí” (Pepe, 66 años, se moviliza solo).

“Entre los videntes me siento disminuido” (Ramón, 68 años, se moviliza solo).

“La escuela es parte de mi vida. La soledad me enferma mucho” (Clara, 60 años, se moviliza sola).

RESUMEN

Se narra una experiencia realizada con un grupo de alumnos de tercera edad, teniendo en cuenta los factores biológicos, psicológicos, sociológicos y su discapacidad visual.

Los objetivos apuntan a mejorar la calidad de vida, al mismo tiempo el logro del autovalimiento, la independencia, la revalorización de sus posibilidades y la socialización.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto respecto de la tercera edad y de la rehabilitación del discapacitado visual debemos apuntar que nuestra conducta hacia los viejos, cualquiera sea el rol que ocupemos, sea la de tratar que éstos se mantengan apegados a sus objetos y actividades la mayor cantidad de tiempo posible, y cuando no, tratar de encontrar sustitutos derivados. Esta es la única forma de hacerles sentir que la vida aún vale la pena ser vivida.

BIBLIOGRAFÍA

- La educación de adultos: perspectivas mundiales. John LOWE
- O y M para todos. International Council for Education of the Visually Handicapped. 'CHRISTOFFEL BLINDENMISSION.
- Tratado de rehabilitación médica. R. GONZÁLEZ MÁS.
- El cuidado del paciente geriátrico. COWDRY.
- La rehabilitación física. LAPIERRE.
- Psicogeriatría. Teoría y Clínica. Leopoldo SALVAREZZA.

DATOS DE LAS AUTORAS:

Marta Elena Rapetti: Licenciada en Kinesiólogía. Maestra Especial de Psicomotricidad en la Escuela de Educación Especial N° 34.

Alicia Inés Moreira: Profesora de Discapacitados Visuales. Maestra Especial de Estenografía y Mecanografía Braille. Maestra de Sección en la Escuela de Educación Especial N° 34.

TALLER N° 10

REHABILITACIÓN Y FAMILIA

Coordinadora: **Prof. Beatriz RICCIUTI**
Secretaria: **Prof. María Fernanda DIAZ**

El taller contó con la presencia activa de 28 participantes. Al no haber presentación de trabajos, se adoptó una dinámica basada en el intercambio de experiencias, incluyendo la participación de un panel de personas de nuestro medio: rehabilitadas y familiares. Sobre la base de la presentación de situaciones puntuales se pudieron determinar actitudes y sentimientos familiares ante la aparición de la discapacidad:

- Sentimiento de frustración, soledad e incertidumbre;
- Actitud de encierro y ocultamiento del integrante discapacitado; en algunos casos, la familia se deja “absorber” por el problema;
- Actitud de sobreprotección hacia el familiar con discapacidad;
- Búsqueda de soluciones médicas en desmedro del inicio del proceso de rehabilitación;
- Desintegración, en algunos casos, del núcleo familiar por aislamiento de sus integrantes ante la nueva situación;
- Sentimiento de desprotección, en especial, en aquellos casos en que adquiere la discapacidad visual el integrante que-es sostén de la familia;
- En ciertos casos, la familia “delega” su responsabilidad;
- Cuando la familia vive en zona rural, la situación se agrava por la falta de centros especializados y de referentes que le brinden orientación.

Considerando las situaciones analizadas, y desde un ENFOQUE SISTEMICO DE LA FAMILIA, se acordó que la adquisición de la discapacidad visual de un integrante produce desequilibrio en los roles y vínculos. Por lo tanto, la rehabilitación ha de incluir al grupo familiar.

Desde este punto de vista, se elaboraron las siguientes propuestas:

- 1) Desde las instituciones dedicadas a la rehabilitación, se impone asumir una actitud de escucha, tendiente a conocer los “códigos” de cada familia y sus demandas.
- 2) Emprender programas de difusión y concientización en cada región.
- 3) Implementar estrategias convencionales y no convencionales para establecer relaciones con médicos y entidades de salud, lo cual favorecerá la oportuna derivación de casos.
- 4) Facilitar la formación de grupos de apoyo y auto-ayuda para que el rehabilitante y su familia se relacionen con Yreferentes”.
- 5) Crear espacios abiertos de reflexión sobre la temática.
- 6) Cuando se trate de adolescentes y jóvenes, promover la creación de Escuelas de Padres.

- 7) Incluir al núcleo familiar en la programación y realización de actividades, tendiendo a la formación de un equipo **transdisciplinario**.
- 8) Procurar que el proceso de Rehabilitación tenga como meta final el acceso a una pronta salida laboral, especialmente en los casos en que la persona discapacitada visual es el sosten de la familia.
- 9) Establecer estrategias, de acuerdo con cada situación para acompañar los distintos "tiempos" de la familia, dirigidas a la aceptación de la nueva situación.
- 10) Implementar cursos a distancia para capacitar profesionales; favorecer el intercambio entre las instituciones de la 'región y propender a la utilización de los medios de comunicación masiva para difusión y concientización. Priorizar estas recomendaciones para zonas rurales.
- II) Los AGENTES REHABILITADORES han de ayudar a re-establecer el equilibrio perdido, brindando comprensión y contención para que la familia pueda asumir su responsabilidad.
Recobrando la fe y revalorizando el sentimiento que los une, el miembro discapacitado y su familia podran reconstruir su propio proyecto de vida.
- 12) A nivel nacional y provincial se propone que las instituciones dedicadas a la problemática se ocupen de:
 - Promover el cumplimiento de las leyes que protegen a la persona con discapacidad visual y a su familia.
 - Establecer relaciones con Centros de Salud para efectivizar la oportuna derivación de casos.
 - Favorecer la implementación de terapias familiares cuando la situación lo requiera.

PAUTAS INTRODUCTORIAS PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS QUE INVOLUCREN A LA FAMILIA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN

Prof. Beatriz RICCIUTI

FUNDAMENTOS

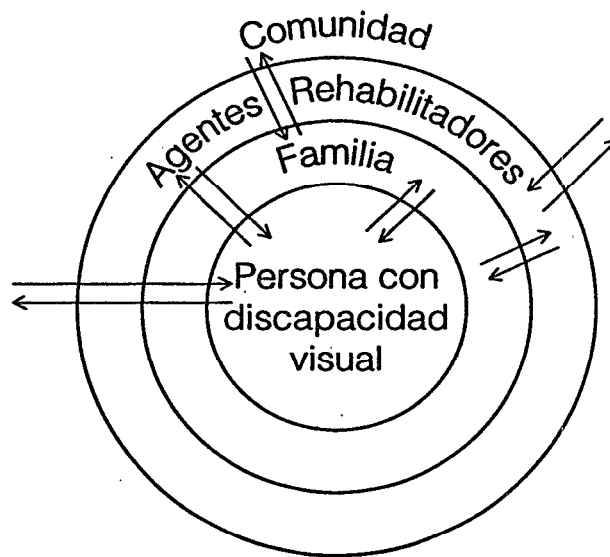
La imagen de "uno mismo", el autoconcepto, se construye en una constante retro-alimentación, a partir de los propios sentimientos, pensamientos y acciones y de los sentimientos, pensamientos y acciones de quienes nos rodean. Los refuerzos positivos que se reciben del medio y **en** especial del núcleo familiar influyen en la construcción de la autoimagen (quien soy) y de la auto-estima (cómo soy). De este **proceso dinámico** emerge el **sentido de Identidad**, no sólo en la infancia sino a lo largo de toda la vida (el hombre es un "ser" y un "siendo"...).

La familia como sistema relacional, es afectada por los cambios que se producen en cada uno de sus miembros. Para mantener dicho sistema, en el núcleo familiar se produce ante el cambio una re-acomodación en busca del equilibrio.

La aparición de un miembro con discapacidad produce un “desequilibrio”, un sentimiento de soledad e incertidumbre. Ante esta situación, la familia, que puede sentirse “discapacitada”, debe realizar un gran esfuerzo para aceptarse a sí misma y emprender el proceso de Rehabilitación. En este proceso, los agentes rehabilitadores (profesores, Instituciones...) realizarán su aporte para que se restablezca el equilibrio perdido.

La familia como unidad de afecto básica es insustituible en su acción estimuladora. Por este motivo el proceso de rehabilitación, deberá respetarla en sus momentos e intereses. Deberá apoyarla y “contenerla” para que recobre la confianza en si misma y en el sentimiento que la une.

- Un proceso de Rehabilitación, basado en los intereses y capacidades del Discapacitado Visual, y con la participación activa de la familia, será el medio propicio para que la persona con discapacidad construya su propio proyecto de vida.



OBJETIVOS DEL TALLER

- Crear con sentido constructivo un espacio de reflexión sobre el respeto de la persona con discapacidad visual y su familia, en el proceso de Rehabilitación.
- Elaborar propuestas para una participación eficaz del disminuido visual y su familia en el proceso de Rehabilitación.

EJES TEMÁTICOS

Sobre los cuales se centrará el debate en pequeños grupos y el intercambio de experiencias.

A *La familia y la persona con discapacidad*

- 1 - Los momentos que vive la familia a partir de la aparición de un miembro con discapacidad.
- 2 - La modificación de los vínculos familiares ante la aparición de la persona con discapacidad.
- 3 - El respeto de los intereses de la persona con discapacidad por parte de su familia.

B) *Relación de la familia con los agentes de Rehabilitación*

- 1 - La actitud de la familia ante la necesidad de un proceso de Rehabilitación y su influencia en la persona con discapacidad.
- 2 - Dificultades en las relaciones con Instituciones dedicadas a la Rehabilitación.
- 3 - Experiencias de participación de la familia en programas de Rehabilitación.
- 4 - Situación de las familias de zonas alejadas de los centros de Rehabilitación.

C) *Propuestas para un programa de Rehabilitación basado en la familia y su grupo de apoyo*

- Zonas Urbanas
- Zonas Rurales

BIBLIOGRAFÍA

- BERENSTEIN, Isidoro. "Familia y Enfermedad Mental". Ed. Paidós.
- Conclusiones del Taller "Familia y Grupo de Apoyo". I Encuentro Patagónico sobre Discapacidad Visual. Julio 1991.
- FERNÁNDEZ, Alicia. "La Inteligencia Atrapada"
- FERREL, Kay Aliayn. "Trabajo con padres", "Padres como socios y abogados".
- ICEVH El Educador Vol. III N° 1 - Febrero 1990
El Educador Vol. III N° 2 - Julio 1990
Documentos N° 75 - Año 1991
Documentos VIII Conferencia Internacional - Alemania 1987.
- PAJÓN MECLOY, Enrique. "Psicología de la Ceguera".

TALLER N° 11

“REHABILITACIÓN Y COMUNIDAD”

Coordinadoras: **Prof. Mirta PEREYRA y Prof. Nora MASSA**
Secretaria: **Prof. Alicia MASSERA**

El Taller funcionó con veinticuatro participantes.

Se plantearon como objetivos:

- Reflexionar sobre la importancia de la tríada: Escuela - Hogar - Comunidad.
- Favorecer la creación de los mecanismos necesarios para la inserción de la persona con discapacidad visual en la sociedad.

Al hablar de comunidad y mediante el intercambio de experiencias de articulación (distintos ámbitos que hacen a la Comunidad integral) definimos que todos somos participantes activos (familia, educación, salud, cooperativas, Poder Ejecutivo, Legislativo, Judicial, municipal y provincial, empresas, medios de difusión, vecinos en general).

Desde estos lugares somos gestores de hechos que luego se plasman en políticas públicas y en leyes que las encuadran.

Se procede al análisis de los siguientes temas en relación: trabajo, barreras arquitectónicas y participación comunitaria en general.

- En el tratamiento del tema inserción laboral de la persona con discapacidad visual, se observa la existencia de algunas leyes no reglamentadas, cuando no, ignoradas.

Dos dificultades se muestran:

- 1) La no aplicación de la ley por parte de los organismos pertinentes.
- 2) La no exigencia de su cumplimiento por parte del supuesto beneficiario, por desconocimiento de la misma.

Hubo servicios de colocación laboral selectiva que fueron desmantelados por falta de recursos y existen otros que no cumplen con los objetivos para los que fueron creados.

- Referente a la problemática de las barreras arquitectónicas, se estableció diferencia entre aquellas que son obstáculos concretos y otras que obstaculizan por su ausencia. Ej.: - Rampas en ochavas.

- Falta de indicadores del límite entre la construcción y la vereda.

Se detectó que para solucionar el problema de las barreras físicas se buscan modelos de otros países de avanzada, que no pueden ser aplicados por escasez de recursos y por no ajustarse a nuestras realidades.

Además se analizó que algunas soluciones son válidas para un determinado tipo de discapacidad pero no para otras.

- Otra experiencia de participación comunitaria revela la importancia de un programa institucional que contemple el trabajo en talleres de expresión artística, lo cual responde a dos objetivos generales: la formación educativa y el desarrollo cultural y personal.

Como sugerencias en respuesta a estas problemáticas, se propone:

- 1) El Estado debe cumplir con su rol de legislar en función de las necesidades de la población, hacer ejecutar las leyes reglamentadas y controlar la aplicación, sancionando a través del Poder Judicial a quienes no lo practicaran.
- 2) Conocer y hacer conocer la legislación vigente respecto de los temas relacionados con las distintas discapacidades, de manera que sean aplicadas y pueda exigirse su aplicación.
- 3) Establecer como estrategia ante la problemática de inserción laboral, un trabajo paralelo entre:
 - Estudio del mercado laboral;
 - Concientización de los empleadores;
 - Capacitación de los postulantes a puestos de trabajo.

Estas estrategias se pueden canalizar a través de la creación de servicios de ubicación laboral selectiva en cada provincia. Mientras se consolidan las pequeñas estructuras, sería necesario que aquellos entes nacionales que cuenten con este servicio interactuaran con sus experiencias y su información con el resto del país.

- 4) Detectar barreras arquitectónicas, a través de una investigación: analizando las mismas se llegaría a una planificación de las soluciones de modo que beneficie a todas las discapacidades.
- 5) Para dar continuidad y sistematizar la participación de la Comunidad a través de sus representantes (Cultura, Centros de Jubilados, etc.) en lo referente a la expresión artística, se considera fundamental remunerar las horas dedicadas a las distintas disciplinas, ya sea a través de cargos, reconocimientos de horas cátedra, subsidios o sistema de reconocimiento de servicios.
- 6) Tomar las experiencias realizadas de participación comunitaria y trasladarlas a los ámbitos de formación de docentes comunes, capacitándolos así para trabajar eficazmente con personas discapacitadas.

La aplicación de estas propuestas exige una interacción dinámica entre Estado y Comunidad, con el fin de clarificar roles y obligaciones para que los derechos sean ejercidos libremente.

REHABILITACIÓN Y LA COMUNIDAD

Prof. Mirta Teresa PEREYRA
Prof. Nora Iris MASSA
Asistente Social Alicia Susana MASSERA

OBJETIVOS:

- Reflexionar sobre la importancia de la trinomía: Escuela - Hogar - Comunidad.
- Favorecer la implementación de los mecanismos necesarios para la inserción del discapacitados visual en la sociedad.

Considerando que:

- Etimológicamente el término “adulto” procede del verbo latino “adolescere”, que significa “crecer”, y es la forma del participio pasado “adultum”, que significa “el que ha terminado de crecer, el crecido”.
Según el lenguaje corriente, “adulto” es el individuo situado entre la adolescencia y la vejez, considerado como alguien que posee esas **misteriosas libertades** de que carecen los niños y adolescentes.
Jurídicamente equivale al sujeto que vive y actúa en la sociedad según su propia responsabilidad y no bajo la tutela de otros.
Psicológicamente es sinónimo de **madurez de la personalidad**.
- La Educación permanente ha reivindicado la edad adulta debiendo posibilitar al sujeto la elaboración de una interpretación coherente y positiva de sí mismo de manera que adquiera plena conciencia de su dignidad personal y de los valores que él es capaz de aportar al mundo que lo rodea.
Lo primero que se impone es ofrecer verdaderas herramientas de trabajo que puedan seguir empleando a lo largo de toda la vida.

Y teniendo en cuenta:

- Que la Rehabilitación como proceso comienza apenas se detecta la discapacidad y termina cuando se reubica a la persona en la Comunidad. De acuerdo con la aptitud de cada uno se alcanzará distintos niveles (destreza en O y M, destreza en comunicación, destreza en el diario vivir, adiestramiento laboral).
Siendo imprescindible para esto el idear y ejecutar acciones directas con la participación de los vecinos, gobierno provincial, autoridades municipales e instituciones intermedias, tratando de ajustar planes relacionados con las necesidades sentidas.

NUESTRA ESCUELA

Inicia el trabajo sistemático con representantes de la Comunidad en el Encuentro Patagónico (julio 91), que se continuó con tres talleres más donde:

- Se reflexionó sobre conclusiones del mencionado encuentro.
- Conocimiento de la discapacidad por parte de los invitados.
- Se determinó necesidad de trabajo conjunto para el logro de la integración.
- Se fijó formación de una Comisión que luche por los intereses comunes.

REPERCUSIÓN:

- Inserción Laboral en el medio al cual pertenece el Discapacitado Visual.
- Nexos con autoridades para que se tome las previsiones del caso en: ubicación de carteles, toldos, equipos de aire acondicionado, etc.).
- Toma de conciencia de las autoridades pertinentes sobre el otorgamiento de pases libres a niños discapacitados (transporte urbano).
- Surgimiento de colaboradores especiales para el trabajo que realiza la Escuela.

Por todo lo expuesto los puntos básicos sobre los que girará el taller serán:

- a) Aspecto Laboral
 - experiencias
 - leyes actuales
 - propuestas
- b) Mejoramiento Ambiental
 - Experiencias
 - Principales dificultades
 - Ordenanzas actuales y vigentes
 - Leyes
 - Propuestas
- c) Experiencias Locales, Nacionales e Internacionales
 - Artísticas: Taller de Libre Expresión
 - Educativas: Taller "Hablemos de Discapacidad"
 - Recreativas: Taller de Lectura
 - Cuerpo y Movimiento como factores de comunicación.
 - Educación y Rehabilitación basada en la Comunidad. Un nuevo desafío para América Latina.

Lista invitados especiales al Panel

- Periodistas (diarios, radios, TV)
- Representantes Cámara Diputados:
 - Bloque Justicialista
 - Bloque Radical
 - Bloque Convocatoria Independiente

- Representante Concejo Deliberante Municipal (Bloque Justicialista, Bloque Radical, Bloque Convocatoria Independiente)
- Acción Social - Municipalidad
- Presidente y/o representante Concejo Administración C.P.E. (Cooperativa Popular de Electricidad)
- Representate Cámara de Comercio
- Presidente Instituto de Seguridad Social
- Representante Partidos Políticos
- Subsecretaría de Cultura - Casa del Jubilado
- Departamento de Rehabilitación - Ministerio de Bienestar Social
- Escuela de Bellas Artes
- Centro Polivalente de Arte
- Representantes: Club de Leones, Rotary, Rotarac, Leo Renoval
- Colaboradores Especiales
- Representante de A.P.C.C.A. (Asociación Pampeana con Ciegos y Amblíopes)
- Representante Empresa Telecomunicaciones
- Representante Bancos provinciales
- Director Colegio Ajax Guiñazú
- Representante Escuelas Especiales

Nota: No podemos especificar principal desempeño de cada uno en Rehabilitación porque estamos trabajando juntos a partir de la creación del cargo de adultos 13/8/90, de acuerdo a la fundamentación explicada antes (Educación Permanente).

BIBLIOGRAFÍA

- Fundamentación y Conclusiones Encuentro Patagónico sobre Discapacidad Visual. Organizado C.O.C.E.N.U.C.I. (Comisión Cooperadora Escuela N° 1 "Ciegos y Disminuidos Visuales") - Julio 1991.
- Andragogía o Educación del adulto. Roque L. LUDOJOSKI. Editorial Guadalupe.
- Organigrama - Contexto Ideológico - Objetivos - Programa. "Departamento de Rehabilitación" - Subsecretaría de Promoción y Asistencia a la Comunidad - Ministerio de Bienestar Social. Form. n° 80.213/2-5.000-VIII-91.
- Educación y Rehabilitación basadas en la Comunidad. ASAERCA, Mendoza, 1988.

En el Taller se presentó:

- Material referido al trabajo con la comunidad realizado por la Escuela N° 1 "Ciegos y Disminuidos Visuales" - Santa Rosa (L. P.)
(Se elevó al Comité Científico de ASAERCA con fundamentación sobre el desarrollo en forma separada del Taller N° 11 Rehabilitación y Familia y el N° 12 Rehabilitación y la Comunidad).
- Educación y Rehabilitación basados en la Comunidad. Un nuevo desafío para América Latina - Profesora Susana Crespo. Córdoba.
Cuerpo y Movimiento como factores de Comunicación - Norma Fopiani. Mendoza.

TALLER N° 12

“REHABILITACIÓN Y DERECHOS HUMANOS”

Coordinador: Dr. Roberto Luis RAMOS
Secretario: Lic. Jorge Horacio RAICES MONTERO

Este Taller estuvo integrado por treinta personas procedentes de distintas provincias del país, representativas de diversas profesiones y realidades. El aporte de sus experiencias y criterios así como los trabajos presentados, dieron lugar a un proficuo debate que arrojó por resultado las conclusiones que se consignan seguidamente:

- Siendo la rehabilitación, conforme se define en el "Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad" (aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su 37° Período de Sesiones, por resolución 37/82, del 3 de diciembre de 1982), "un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida"; y conforme se señala en el mencionado Programa, en concordancia con la "Carta para la Década de los Años 80 -1980/1990-" (aprobada por la Asamblea de "Rehabilitación Internacional" de la Organización de las Naciones Unidas, en su 14° Congreso Mundial, Winnipeg, Manitoba, Canadá el 26 de junio de 1980): que la rehabilitación suele incluir los siguientes tipos de servicios: "a) Detección temprana, diagnóstico e intervención. b) Atención y tratamientos médicos. c) Asesoramiento y asistencias social, psicológica y de otros tipos. d) Capacitación en actividades de autocuidado, incluidos los aspectos de la movilidad, la comunicación y las habilidades de la vida cotidiana, con las disposiciones especiales que se requieran, por ejemplo, para las personas con deficiencia auditiva, visual o mental. e) Suministro de ayudas técnicas y de movilidad y otros dispositivos. f) Servicios educativos especializados. g) Servicios de rehabilitación profesional (incluyendo orientación profesional, colocación en empleo abierto o protegido). h) Seguimiento":

Por todo ello: la rehabilitación es un derecho humano.

Lo es, porque el acceso y la consecución de la misma, importa el acceso y la consecución de bienes morales, sociales y jurídicos esenciales a la condición humana, como lo son la libertad y la igualdad; la salud y el bienestar; la capacitación y el trabajo; la posibilidad de constituir y sostener una familia.

- 2 - Este derecho está convalidado especialmente en dos trascendentes documentos que forman parte de los instrumentos internacionales sobre derechos humanos:
 - a) la "Declaración de los Derechos de los Impedidos", proclamada por la 2431° Sesión Plenaria de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, el 9 de diciembre de 1975 (artículos 5, 6 y concordantes); y
 - b) la "Declaración de los Derechos de la Persona Sorda y Ciega" aprobada por la Conferencia Mundial "Helen Keller" sobre Servicios para el Joven y el Adulto Sordo

y Ciego, aprobada el 16 de setiembre de 1977 (artículos 3,4,5 y concordantes), de cuyo texto tomó nota en su Decisión 1979-24 del 9 de mayo de 1979, el Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas.

III- El respeto por los derechos humanos de las personas que demandan los servicios de las instituciones de rehabilitación, debe constituir el principio rector que impregne sus objetivos y procedimientos.

Entre los derechos fundamentales específicos de las personas en proceso de rehabilitación, que deben ser particularmente considerados por quienes planifican, dirigen y ejecutan desde el ámbito de la institución especializada dicha labor, se encuentran: el derecho a la información médica, rehabilitacional y tiflológica más amplia, incluyendo la gama de recursos disponibles y necesarios; el respeto a las decisiones personales de aquéllas; a la libre expresión de su singularidad; a sus tempos individuales.

Vulnerar estos empinados derechos personales -pautas básicas de la rehabilitación- malogra el proceso rehabilitatorio, infiriendo un daño grave y en ocasiones irreparable a la persona que procuró su rehabilitación y confió en el sistema, en la institución y en los profesionales.

IV- Al logro de la rehabilitación de las personas discapacitadas visuales, concurre eficazmente la formación de grupos de reflexión y autoayuda. Al compartir sus miembros una problemática común, el grupo sirve de soporte, posibilita el intercambio de experiencias, coadyuva a la desmitificación de la ceguera, transforma un "problema" en una situación pasible de ser resuelta.

Como ejemplos eficaces de grupos de reflexión y autoayuda, cabe citar el del Centro de Rehabilitación "Prof. Dr. Gabriel Porto" (dependiente de la Universidad Estadual de Campinas, San Pablo, Brasil), y fuera del ámbito tiflológico "Alcohólicos Anónimos", "Jugadores Anónimos", "Lugar de Mujer", Etc., Etc. Cabe consignar que estos grupos están compuestos no sólo por las personas directamente afectadas, sino también por sus familiares y allegados (son ejemplo de ello: Al-Anon, Al-Atin, etc.).

V- Al logro de una rehabilitación pronta y eficaz, concurre útilmente la participación en los referidos grupos y en otras áreas de la institución de rehabilitación, de profesionales ciegos -docentes, técnicos o expertos- que aporten a la par de sus conocimientos especializados, su condición de "modelos de identificación", su carácter de ejemplo de lo que es posible lograra través de la rehabilitación.

Cabe destacar que en este sentido se pronunció el "Encuentro de Instructores de Orientación y Movilidad", realizado en el marco de las "VIII Jornadas Argentinas de Tiflogía" de A.S.A.E.R.C.A. (Posadas, Misiones, octubre de 1986).

Asimismo, resulta oportuno recordar la ilustre figura de Homero De Gregorio, fundador del Centro de Rehabilitación "Tiburcio Cachón"(Montevideo, Uruguay), paradigma para sus pares de voluntad y rehabilitación.

- VI - La plena vigencia de los derechos humanos de las personas discapacitadas visuales en general y en particular cuando se hallan en proceso de rehabilitación, se cimienta:
- a) En una actitud solidaria por parte de la comunidad (la que debe ser adecuadamente ilustrada acerca de las necesidades, posibilidades y derechos de las personas discapacitadas);
 - b) En una actitud comprensiva y solícita -pero no sobreprotectora- por parte de la familia de la persona discapacitada (grupo éste que requiere igualmente de su adecuado soporte por parte de la institución de rehabilitación, a la par que la más amplia información en materia tiflológica);
 - c) En una actitud responsable y respetuosa por parte de los profesionales que actúan en el ámbito de la rehabilitación (los que deben gozar de condiciones dignas de trabajo, tanto en lo económico como en su desarrollo profesional);
 - d) En una actitud abierta, en un compromiso personal, en una clara conciencia de su rol protagónico en el proceso de rehabilitación por parte de las personas discapacitadas mismas (las que deben contar con toda la información y todos los servicios que hagan a su rehabilitación).
- VII- Las XI Jornadas Argentinas de Tiflogía convocan a todas las personas discapacitadas visuales que han podido acceder a la educación, a la rehabilitación, al trabajo, a una vida autónoma y plena: para que, ya desde la acción institucional ya desde el plano de las relaciones personales, del contacto humano, sean modelos útiles y solidarios de identificación para sus pares, agentes de cambio de la realidad individual y colectiva de los mismos.
- VIII - Se considera de la mayor importancia el que tanto en las instituciones de servicio (incluidos los centros de rehabilitación), como en las instituciones de gestión, se habiliten áreas o comisiones destinadas a:
- a) recopilar y proporcionar información jurídica al público en general ya la comunidad tiflológica.
 - b) concurrir en defensa de los derechos de las personas discapacitadas visuales. Es amplia la gama de acciones disponibles en tal sentido porque son muchos los derechos tutelados. Al respecto es dable recordar: el derecho individual y colectivo a "peticionar a las autoridades" (artículo 14 de la Constitución Nacional); el recurso administrativo y las diversas acciones del derecho común; los recursos de hábeas corpus y de amparo -Ley Nacional 16986-; la Instancia Internacional -Corte Interamericana de Derechos Humanos-. Un párrafo especial merece la Ley Nacional 23.592 Antidiscriminatoria-, que incluso sanciona penalmente a quienes, por ejemplo, desde la función pública producen actos discriminatorios. Dentro del plexo de derechos que con amplitud gozan las personas discapacitadas visuales, podemos citar los derechos políticos: las mismas pueden elegir y ser elegidas (de las personas discapacitadas visuales que han sido candidatos a cargos electivos: el Dr. Aquiles Fortunio se desempeñó como Diputado Nacional, el Dr. Liberato Garneró como Concejal de Morteros, Córdoba y el Sr. Jorge Omar Elías como Concejal en la comuna de Trelew, Provincia de Chubut).

En el ámbito de los derechos civiles, para las personas discapacitadas visuales se registran en el código de la materia sólo dos inhabilidades: la del artículo 990 (inhabilidad para ser testigo en instrumento público) y la del artículo 3708 (inhabilidad para ser testigo en testamento público). La inhabilidad para ejercer la tutela y la curatela (artículo 398, inc. 2 Cod. Civ.) fue removida por la Ley Nacional 23.647, fruto de fundadas e intensas gestiones de las personas ciegas y sus organizaciones representativas. Asimismo cabe recordar que la firma de la persona ciega tanto en instrumento privado (v- gr. contrato de locación, pagarés, recibos, etc.) como en instrumentos públicos (escrituras traslativas de dominio, poderes, actas de matrimonio, etc.) es plenamente válida.

El Decreto del Poder Ejecutivo Nacional 1876 de 1985 (fruto igualmente de largas y fundadas luchas de las personas ciegas y sus organizaciones), reconoce a las personas discapacitadas en general el derecho a realizar estudios de carácter pedagógico y a ejercer la docencia.

No obstante la somera relación de derechos efectuada, de hecho o por normas subalternas, aún se vulneran los derechos humanos y las facultades legales de las personas discapacitadas.

- IX - Constituyendo la salud psicofísica un derecho humano, se reputa necesario entre otras acciones respecto del proceso de rehabilitación de las personas discapacitadas visuales:
 - a) Que en las instituciones de rehabilitación se proporcione asesoramiento y atención pedagógica, de conformidad a lo señalado en el "Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad" y en la "Carta para la Década de los Años 80 -1980/1990-".
 - b) Que en todo evento que verse sobre rehabilitación, el aspecto psicológico tenga un tratamiento específico y tan amplio como el que se otorgue a otras áreas de la rehabilitación.
 - c) Que se ha tornado necesario, en atención a las nuevas circunstancias sociales, proporcionar en los centros de rehabilitación, información sexológica al más alto nivel, científico, particularmente a las personas jóvenes, teniendo en cuenta la creciente posibilidad de embarazos no previstos, el recrudescimiento de las enfermedades de transmisión sexual y la letal aparición del SIDA.

- X - La capacitación permanente del personal que actúa en el campo de la rehabilitación de las personas discapacitadas visuales, constituye tanto una necesidad, k habida cuenta del significativo rol que desempeña como un derecho esencial de dicho personal; derecho en cuya consecución deben empeñarse las instituciones de servicio y de gestión, los profesionales involucrados y las mismas personas discapacitadas, como beneficiarias fundamentales de la excelencia de la rehabilitación

REHABILITACIÓN Y DERECHOS HUMANOS - Documento de Trabajo

Dr. Roberto Luis RAMOS

I - REHABILITACIÓN: CONCEPTO - REHABILITACIÓN: UN DERECHO HUMANO

Si, conforme se define en el “Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad” (aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su 37° Período de Sesiones, por resolución 37/82, del 3 de diciembre de 1982), **“La rehabilitación es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida”**, y conforme se señala en el mencionado Programa, en concordancia con la “Carta para la Década de los Años 809 -1980/1990-” (aprobada por la Asamblea de “Rehabilitación Internacional” de la Organización de las Naciones Unidas, en su 14° Congreso Mundial, Winnipeg, Manitoba, Canadá el 26 de junio de 1980): que la rehabilitación suele incluir los siguientes tipos de servicios: **“a) Detección temprana, diagnóstico e intervención. b) Atención y tratamientos médicos. c) Asesoramiento y asistencias social, psicológica y de otros tipos. d) Capacitación en actividades de autocuidado, incluidos los aspectos de la movilidad, la comunicación y las habilidades de la vida cotidiana, con las disposiciones especiales que se requieran, por ejemplo, para las personas con deficiencia auditiva, visual o mental. e) Suministro de ayudas técnicas y de movilidad y otros dispositivos. f) Servicios educativos especializados. g) Servicios de rehabilitación profesional (incluyendo orientación profesional, colocación en empleo abierto o protegido). h) Seguimiento”**. Pues bien si la rehabilitación se define de tal modo y comprende los servicios enumerados: la rehabilitación es un derecho humano.

Lo es, en efecto, porque el acceso y la consecución de la misma, importa el acceso y la consecución de bienes morales, sociales y jurídicos esenciales a la condición humana, como lo son la libertad y la igualdad; la salud y el bienestar; la capacitación y el trabajo; la posibilidad de constituir y sostener una familia.

Abona por otra parte lo afirmado, la “Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social”, documento que forma parte de los instrumentos internacionales sobre derechos humanos, y que fuera proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, por Resolución 2542 -XXIX-, del 11 de diciembre de 1969, la que en su artículo 19 y en lo atinente a los “medios y métodos” para la consecución de los objetivos de la Declaración, señala la necesidad de -inc. d)- **“La institución de medios apropiados para la rehabilitación de las personas mental o físicamente impedidas, especialmente los niños y jóvenes, a fin de permitirles en la mayor medida posible ser miembros útiles de la sociedad.. ...”**.

II -DEFICIENCIAS - DISCAPACIDADES - MINUSVALÍAS

A fin de clarificar (o no) los términos del epígrafe, podemos acudir al “Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad” que, en concordancia con la “Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud”, define las mismas de la siguiente manera:

“Deficiencia (impairment): toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”.

“Discapacidad (disability): toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano”.

“Minusvalía (handicap): una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales)”.

III–DERECHOS HUMANOS: CONCEPTUACIÓN–CATEGORIZACIÓN–ENUMERACIÓN

Precisar los derechos humanos mediante un concepto o su categorización o enumeración, es un empeño tan difícil como riesgoso; pues, en el primer caso pueden quedar al margen categorías e institutos jurídicos trascendentes; mientras que, en el segundo, pueden omitirse derechos en particular igualmente fundamentales.

Sin embargo, procuraremos esbozar un concepto de derechos humanos, acudiendo al artículo 1° de la “Declaración Universal de Derechos Humanos”, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217A.-III-, del 10 de diciembre de 1948, en el que se expresa: **‘Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente /os unos con los otros?’**

Tomando esos rasgos eminentes de la persona y sus derechos esenciales, podemos insinuar una conceptuación acciológica de los derechos humanos en el siguiente sentido: **un derecho reviste la jerarquía de “derecho humano” cuando respetando la dignidad y la libertad del hombre y sustentándose en la legalidad y la solidaridad, tiende a la igualdad en el disfrute del patrimonio común de la humanidad y de los bienessociales esenciales, por parte de todos los pueblos y todos los miembros de la familia humana.**

En cuanto hace a la categorización y enumeración de los derechos humanos, podemos acudir a una clasificación generalizada entre los autores. Así tenemos:

- 1) Derechos personales o de primera generación (la referencia a derechos de “primera”, “segunda” o “tercera generación”, se relaciona con el momento en que se consolidan formalmente, aunque no siempre materialmente). Decíamos, derechos personales o de primera generación: derecho a la vida, ala integridad física, psíquica y moral, ala libertad y a la igualdad, a la personalidad jurídica y al debido proceso, a la intimidad y al honor, a asociarse con fines útiles y a peticionar a las autoridades, a los derechos civiles y a los derechos políticos, etc. Tras ese primer avance jurídico y político que significó la Declaración de Derechos (Bill of Rights), Inglaterra, 1689: encontramos la Constitución de los Estados Unidos de América-1787-y la Declaración de los Derechos del Hombre

y del Ciudadano proclamada por la Asamblea Constituyente francesa-I 789-, antecedentes fundamentales del gran movimiento constitucional del siglo XIX. Sin embargo, como ejemplo de que la sanción formal de las normas no se compadece con su vigencia efectiva, como sucede con nuestra Ley 22.431 (Sistemas de Protección Integral de los Discapacitados) y sus análogas provinciales: baste recordar que en Estados Unidos existió de hecho y de derecho la esclavitud hasta 1863; y que en Francia acaecieron episodios horribles en el llamado “período del Terror” -1793/1794-, y que hasta 1938 funcionó el oprobioso presidio de Cayena.

- 2) Derechos sociales o de segunda generación: derechos a la salud y a la alimentación, a la vivienda y a la seguridad social, a la educación y a la cultura; a la rehabilitación, a la capacitación y al trabajo, a la formación y al sostenimiento de una familia, al bienestar en general -o “calidad de vida” como se le llama actualmente-. El surgimiento del Constitucionalismo Social, que encabezan las Constituciones de la U.R.S.S. -1917-, México -1917- y Weimar -1919-, que en nuestro país estuvo representado por la Constitución Nacional de 1949, y a la abrogación de ésta por el vigente artículo 14 bis, agregado en 1957 al texto constitucional de 1853 -que hoy nos rige-: comienza el desarrollo y consolidación de los derechos sociales; los que reciben por otra parte un vigoroso impulso desde 1945 a través de la Organización de las Naciones Unidas, sus organismos, pactos y declaraciones.
- 3) Derechos de los pueblos o de tercera generación: derechos a la paz, al medio ambiente, al desarrollo sostenido, etc. Estos derechos se formalizan en el ámbito de la comunidad internacional, impulsados por la ONU, organismos especializados y regionales, recogidos en instrumentos como, v. gr. la “Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos” de 1981, y se proyectan en las constituciones nacionales modernas.

IV - NORMAS Y ORGANISMOS INTERNACIONALES SOBRE DERECHOS HUMANOS

El plexo de normas internacionales sobre derechos humanos, se asienta en la Carta de las Naciones Unidas, instrumento constitutivo y rector de la Organización de las Naciones Unidas, firmada en San Francisco, E.E.U.U., el 26 de junio de 1945, entrada en vigor el 24 de octubre del mismo año, aprobada por nuestro país el 8 de setiembre igualmente de 1945, por ley N° 12.195.

Fracasada en su momento la Sociedad de las Naciones en su objetivo fundamental de consolidar la paz en el mundo y concluido el dantesco conflicto de 1939/1945: la comunidad internacional se dio a la urgente tarea de crear organismos y normas supranacionales que, a más de propender a la paz, impulsaron el más pleno y equitativo desarrollo espiritual y material de todos los seres humanos y todas las comunidades.

Así, la Carta de las Naciones Unidas contiene declaraciones y disposiciones concretas en materia de derechos humanos. Su preámbulo resa: **“Nosotros los pueblos de las Naciones Unidas, resueltos.. . a reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas... hemos decidido aunar nuestros esfuerzos para realizar estos designios. . . ”**. Y agrega la Carta en su artículo 1°, referido a los **“Propósitos y**

Principios’? artículo 1° “Los propósitos de las Naciones Unidas son: . . . 3- Realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario, y en el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos ya las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión”.

Pero, ya señalamos que la Carta de la ONU **no se** circunscribe a la enunciación de la existencia de los derechos humanos, sino que otorga competencia específica sobre el tema a algunos de sus organismos: la Asamblea General, el Consejo Económico y Social y el Consejo de Administración Fiduciaria, previendo asimismo la creación de un Comité de Derechos Humanos, lo que se concretó en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. A los organismo mencionados se agregan otros que igualmente bregan por la vigencia, desarrollo y universalización de los derechos humanos como, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, la Organización Internacional del Trabajo, etc.

El avance de la conciencia internacional acerca de la necesidad de asegurar y profundizar en el mundo entero la paz, la libertad, la justicia social y el desarrollo pleno de las personas y los pueblos, llevó a sus diferentes organismos a la celebración de pactos y convenios así como, a la proclamación de Declaraciones de la más elevada significación. A mero título ejemplificativo podemos recordar: el “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966, aprobado por Ley de la Nación 23.313, El “Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos”, igualmente adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966 y ratificado por la Ley 23.313 (que asimismo reconoce competencia al Comité de Derechos Humanos creado por el Pacto).

“Declaración de los Derechos del Niño”, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959, aprobada por Ley de la Nación 23.849.

“Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer”, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979, aprobada por Ley de la Nación 23.179. Las ya referidas “Declaración de Derechos Humanos” y la “Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social”.

En el ámbito americano cabe señalar: la “Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre”, aprobada el 2 de mayo de 1948. “Convención Americana sobre Derechos Humanos” (o Pacto de San José de Costa Rica) suscripto el 22 de noviembre de 1969, aprobada por Ley de la Nación 23.054.

En el ámbito específico de la discapacidad, caben ser citados: “Declaración de los Derechos del Retrasado Mental”, proclamada por la 2027 Sesión Plenaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1971. La “Declaración de los Derechos de los Impedidos”, proclamada por la 2433 Sesión Plenaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 9 de diciembre de 1975. La “Declaración de los Derechos de la Persona Sorda y Ciega”. aprobada el 16 de setiembre de 1977 por la “Conferencia Mundial Helen Keller sobre Servicios para el Joven y el Adulto Sordo y Ciego”, habiendo tomado nota de su texto el Consejo Económico y Social de la ONU, en su decisión 1979-24, del 9 de mayo de 1979.

V - LA DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS IMPEDIDAS

Si partimos del principio universal e inmutable de que **“todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”**(art. 1° de la “Declaración Universal de los Derechos Humanos”) y adoptados que fueron la “Carta de las Naciones Unidas” y la mencionada Declaración: aparecen como ociosos pactos y pronunciamientos referidos a grupos específicos como, por ejemplo, mujeres, niños, emigrados, impedidos, etc.

Pero en el seno de la comunidad internacional se ha comprobado y hecho conciencia de que, ya el prejuicio con su compleja trama psicológica ya el desorden y la injusticia social; marginan especialmente a determinados sectores comunitarios, **tornándose indispensable recordara los individuos, a los grupos y a los gobiernos que la paz en el mundo, la felicidad de todas y cada una de las personas que lo habitan y la supervivencia misma de la especie y el planeta, dependen de la plena vigencia, del respeto irrestricto de los derechos humanos.**

Analizando someramente la “Declaración de los Derechos de las Personas Impedidas”, podemos señalar que por una parte hace referencia a institutos jurídicos comunes a todos los hombres, v. gr.: derechos civiles y políticos (art. 4°); derechos a la salud ya la educación (art. 6°); derechos a la formación y a la readaptación profesionales (art. 6°) ya una ocupación útil, productiva y remunerativa (art. 7°); a la seguridad económica y social (art. 7°).

Pero, por otra parte, la Declaración remarca la necesidad del debido respeto a la dignidad humana de la persona impedida. Así el art. 3° expresa: **“El impedido, cualesquiera sean el origen, la naturaleza o la gravedad de sus trastornos y deficiencias, tiene los mismos derechos fundamentales que sus conciudadanos de la misma edad, lo que supone, en primer lugar, el derecho a disfrutar de una vida decorosa, lo más normal y plena que sea posible”**.

“Decoro”, “normalidad”, “plenitud”: conceptos acerca de los cuales cabría reflexionar profundamente. Y qué decir a la referencia al goce de derechos vinculados con la edad de la persona impedida. Sobre la materia nos asalta el recuerdo y la preocupación de actitudes sobreprotectoras o hiperafectivas (o desidiosas) que respecto de las personas impedidas muchas veces ejercen miembros de la comunidad, familiares del discapacitado, e incluso, educadores y técnicos: que al mismo tiempo que agravan la dignidad, por ejemplo de la persona en proceso de rehabilitación, esterilizan parcial o totalmente dicho proceso de normalización.

“El impedido tiene derecho a las medidas destinadas a permitirle lograr la mayor autonomía posible” (art. 5° de la Declaración). Este precepto se enraiza, a las claras, con un derecho humano de la mayor trascendencia: la libertad; la libertad ya no tomada como una posibilidad jurídica sino garantizada por medidas prácticas efectivas, relacionadas con el máximo desarrollo funcional del individuo. Y es de tal trascendencia ese derecho a la autonomía, a la libertad, que el art. 8° de la Declaración afirma: **“El impedido tiene derecho a que se tengan en cuenta sus necesidades particulares en todas las etapas de la planificación económica y social?”**

En fin, queda mucho por analizar: por ejemplo, la definición de “rehabilitación” transcrita en el párrafo 1) que la hace referencia a que dicho proceso es “de duración limitada y con un objetivo definido”, ya está marcando que en el mismo están en juego derechos esenciales:

la autonomía o libertad, la consecución de metas acordes con la edad, las aptitudes y las aspiraciones del individuo, que en el caso de un adulto cuyo compromiso mayor es el visual, sin duda, tales metas tienen que ver con la independencia económica a través del trabajo y con la proyección de la persona mediante la posibilidad de constituir y sostener una familia. Un sentido similar encontramos en el párrafo 1) cuando reseñamos los servicios que hacen a la rehabilitación: al inicio del proceso encontramos la detección temprana, el diagnóstico y la intervención y en su culminación la ubicación laboral.

VI - LA LUCHA POR EL DERECHO

“Por eminentes que sean las cualidades intelectuales de un pueblo, si la fuerza moral, la energía, la perseverancia le faltan, en ese pueblo jamás podrá prosperar el derecho”(Rüdolf von Ihering).

Y el Prof. Carlos Arturo Silveira tuvo la fuerza moral, la energía y la perseverancia que reclamaba el viejo maestro alemán, para emprender una batalla judicial que duro seis años y que culminó con un fallo de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, que a la vez que reconocía la idoneidad del Prof. Silveira para ejercer la docencia (lo hacia en cátedra de música a nivel de enseñanza media), sentenciaba que ***la ceguera no constituía un impedimento para ejercer el magisterio.***

No viene al caso el detalle de tan memorable gesta (que Carlos protagonizo en defensa de su dignidad y dedicó a sus compañeros ciegos), sino el recordar que un camino para acceder al justo reconocimiento de los derechos de las personas ciegas, es el judicial (sin perjuicio de la vía administrativa).

Hoy, a las acciones ordinarias, al hábeas corpus y al recurso de amparo (ley 16.986), utilizado en diversas oportunidades en defensa de su fuente de trabajo por los permisionarios ciegos para la venta de productos en la vía pública, se agrega un importantísimo instrumento legal para luchar contra la discriminación, la Ley Nacional 23.592 “antidiscriminatoria”.

Desde el campo internacional igualmente surgen remedios jurisdiccionales para la preservación de los derechos humanos. En el ámbito de la Organización de los Estados Americanos tenemos la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la que ya está entendiendo en casos elevados desde nuestro país.

Escribe Enrique Elissalde: ***‘La mayoría de los males que hoy padecen las naciones latinoamericanas, así como la falta de libertad, igualdad y justicia que caracteriza a vastas zonas de la región, se debe, principalmente, a que no se cumplen, en su totalidad, los derechos aprobados por la Asamblea de las Naciones Unidas de 1948. Igualmente, buena parte de la problemática y de la situación de marginados que viven las personas ciegas, se debe, directa o indirectamente, a que las propias personas ciegas, por una parte, y la comunidad, por la otra, no están informadas, ni tampoco formadas, para vivir, enseñar y defender sus derechos’.***

Por último, cabe recordar que el ejercicio del derecho constitucional de “peticionar a las autoridades” ya no por parte de las personas individuales sino por parte de las asociaciones tiflológicas en general, ha dado frutos los que, a poco que se intensifique y metodice la acción de las mismas, se multiplicarán útilmente.

El art. 12 de la “Declaración de los Derechos de las Personas Impedidas” señala: “**Las Organizaciones-de impedidos podrán ser consultadas con provecho respecto de todos los asuntos que se relacionen con los derechos humanos y otros derechos de los impedidos**”. Si el acceso al derecho humano a la rehabilitación depende de factores estructurales como lo son los recursos, los programas y la información; la consecución de aquella depende del factor humano: comunidad solidaria, familia comprensiva, profesionales responsables, hombres y mujeres discapacitados con fuerza moral, con energía, con perseverancia.

BIBLIOGRAFÍA

“Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad”. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 1988.

“Carta para la Década de los Años 80 (1980-1990)”. Comisión Especial para Temas de Personas Discapacitadas del Colegio de Abogados del Departamento Judicial de La Plata.

“Derechos Humanos y Personas Ciegas”. Enrique Elissalde. Fundación Braille del Uruguay, noviembre de 1985.

“Derechos Humanos: Instrumentos Internacionales”. Zavalía, 1986.

“Los Derechos Humanos y /as Garantías”. Hortensia D. T. Gutiérrez Posse. Zavalía, 1988.

“Lecciones sobre Derechos Humanos y Garantías”. Miguel M. Padilla. Abeledo-Perrot, 1986.

“Espíritu del Derecho Romano ” en “La lucha por el Derecho”. Rüdolf von Ihering. Perrot, 1958.

CONFERENCIAS

CONFERENCIAS

“Enfoque Histórico de la Rehabilitación en la República Argentina”

Disertantes: ***Prof. Pedro ROSELL VERA***

- Ex-Presidente de A.S.A.E.R.C.A.
- Ex-Director de la Escuela Hadley
- Ex-Profesor del Instituto Superior de Formación Docente N° 9 - La Plata

Prof. Ema M. de ROSELL VERA

- Ex-Secretaria de A.S.A.E.R.C.A.
- Docente con actuación en Provincia de Buenos Aires y Cap. Federal

“Diagnóstico y Pronóstico: informe actual de las patologías oculares del adulto, circunscripto a nuestro medio”

Disertante: ***Dr. Juan B. CANTARUTTI***

- Oftalmólogo de reconocida trayectoria profesional en la Provincia de La Pampa

Panel: “Derecho de las personas ciegas a conocer su diagnóstico”

Disertantes: ***Dr. Emiliano T. ALVAREZ***

- Referente por la Pcia. de La Pampa de la Comisión Nacional de Discapacidad
- Vocal de A.S.A.E.R.C.A.
- Profesor Adjunto de la Cátedra de Epidemiología y Salud Pública en la Universidad de La Pampa, Facultad de Ciencias Veterinarias
- Pertenece al grupo fundador de la Asociación Pampeana de Ciegos

Prof. Beatriz ZOPPI de ALVAREZ

- Directora de la Escuela de Ciegos y Disminuidos Visuales de General Pico
- Especializada en Sordo-Ciegos
- Pertenece al equipo de Rehabilitación de la Ciudad de General Pico - La Pampa

Panel: “Enfoque Psicológico de la Rehabilitación”

Disertantes: ***Dra. Liliana SCHWARTZ de SCAFATI***

- Profesora en Educación de niños ciegos
- Doctora en Psicología
- Profesora en las Universidades de La Plata, El Salvador y Buenos Aires
- Publicó numerosos trabajos científicos referidos a los temas de su especialidad

Lic. Rita BEDERMAN de ALPERT

- Licenciada en Psicología
- Directora del Centro de Rehabilitación para Ciegos Adultos “Román Rosell”
- Experiencia de veintidós años en Rehabilitación

UN ENFOQUE HISTÓRICO DE LA REHABILITACIÓN DE LOS DISCAPACITADOS VISUALES EN LA ARGENTINA

Prof. Pedro ROSELL VERA y Prof. Ema MONTENEGRO de ROSELL

Ha decidido ASAERCA encomendarnos algo así como la portada de éstas sus XI Jornadas Argentinas de Tiflogía, bajo el signo de la "Historia de la Rehabilitación de los Ciegos", mas con enfática recomendación de brevedad; con lo que se les ahorra a Ustedes una pormenorizada y profusa crónica de vicisitudes y el laborioso y consabido análisis crítico, todo ello con más dimensión para un curso que para estimulante portada. Intentaremos un esbozo apenas panoramico y algunos señalamientos que estimamos siempre renovables y oportunos.

La historia es instrumento imprescindible para el devenir, la integración y la consolidación de todo proceso de elaboración o de disciplina social y humano. No obstante, en la brega tiflológica argentina -y creemos que **en** la latinoamericana en alta proporción- se ha descuidado y demorado-y sigue descuidándose y demorándose- ese importante expediente histórico, explicativo de muchas de nuestras contingencias negativas, de nuestros defectos de concepción o de acción, de nuestros fracasos, si bien es cierto que, a la vez, fuente de inspiración y veta ejemplarizadora para el hacer y los hacedores del presente. Pero tenemos que admitir que semejante olvido o negligencia ha venido provocando el condigno reclamo a nivel profesional e institucional para la cabal formación y habilitación de los técnicos, docentes y demás agentes de este campo de la recuperación de los ciegos y los deficientes visuales.

Sin duda que el abordaje intuitivo e inorgánico de necesidades acuciantes, así como la improvisación innovadora, recurriendo a poca o ninguna información puntual ni consulta autorizada y oportuna, a soluciones dadas portradicionales o clásicas, han determinado ésta como alguna otra falencia de nuestros emprendimientos tiflológicos tanto estatales como privados; aunque llevados a cabo y defendidos a capa y espada con amor, con fuerza-y a veces con mucha soledad- por verdaderos trabajadores, por auténticos héroes de esta pauta tan difícil, tan ardua de la acción social ya no tan reciente o acaso mucho menos cercana de nuestra trayectoria social.

Los dos siglos prolíficos y deslumbrantes transcurridos desde el ingreso de los discapacitados y los deficientes sensoriales en la esfera institucional y técnica de la educación, han eclipsado parcial ytransitoriamente la historiavieja-la prehistoria-de laque ahora llamamos rehabilitación de los ciegos- como la de las otras discapacidades por cierto. Desde un punto de vista objetivo y práctico, bien puede afirmarse que la rehabilitación como iniciativa, como proceso, como actitud y determinación espontáneas de la sociedad, ha precedido históricamente ala educación de los ciegos, anticipándosele en siglos y milenios. Quizás su móvil original de mayor presión sobre esa determinación no fue esencialmente humanitaria, sino, más bien, un acuciante y subsistencia1 apremio económico, de cara al enfoque social de cada época o período y, como lógica consecuencia, el reaseguro del individuo -de ese

miembro de la comunidad-, con la revalorización de su condición igualitaria, de su condición humana. Esto era: iniciar y habilitara los ciegos mediante su realización de actividades que se conceptuaron o experimentarían como accesibles a sus posibilidades intelectuales y físicas. Antecedente éste para la inicial decisión de las primeras instituciones de y para ciegos que empezaron a multiplicarse desde el siglo XVIII en adelante. Claro que todo aquello, abonado y acotado a través de las tradiciones de la India y Egipto, como de la Ley Hebrea y la Ley Romana, y salvando los tiempos y regímenes que simple y drásticamente suscitaban la eliminación de sus discapacitados y defectuosos.

La vaga penumbra que acompañaría la larga sucesión de siglos de aquellos ensayos recuperatorios y algunos intentos esporádicos de legislación con la organización de corporaciones, agrupamientos y talleres de ciegos en toda Europa, recién vino a encontrar nuevos despejos, nuevas detonaciones, entre los del Renacimiento y de la Ilustración más tarde, con el advenimiento de las preocupaciones revalorizadoras y liberadoras del hombre, de todo ser humano incluidos los discapacitados (allí estuvieron el Abate de L'Épée junto a los sordomudos y Valentin Haüy junto a los ciegos, y quienes los entendieron y apoyaron en su inspiración y propósitos). Tras la creación por Haüy de la Institución Real de Jóvenes Ciegos de París (1785), se ramificó y dispersó por Europa su proyecto, con las modalidades y la aportación plural de los respectivos seguidores. Y esa cadena de nuevas instituciones, casi todas lanzadas con sello educativo, se asociaba con razón y con fuerza a la función rehabilitadora protegida, alimentada con la sangre enriquecedora del arte y la ciencia de la educación. Fruto y premio capital de esta sorprendente etapa de la proyección social y humana de los ciegos del mundo, adviene la invención del sistema de lectoescritura de Luis Braille (1825)!...

La alfabetización de los ciegos ensancha su ámbito cultural y profesional. Se abre su acceso a la información y al conocimiento. Su horizonte intelectual y estético se aquilata con el ingreso a la literatura y, sobre todo, a la música, campo este último en el que se consagra de veras, por fin, su disposición y su talento tanto en la ejecución como en la enseñanza y la composición.

Ala institución de París siguen casi de inmediato fundaciones similares en Inglaterra, Austria, Alemania, Rusia, Italia, Bélgica, España, con alternativas y combinaciones de diverso grado en la modalidad y la organización.

Alrededor de 1830 arranca la onda fundacional de escuelas e instituciones para ciegos en los Estados Unidos de Norteamérica con un desarrollo dinámico y brillante, con un sello más decididamente educativo y un apoyo legislativo y financiero típico de la fuerza progresista de aquella nación, más derivaciones institucionales, profesionales y técnicas singulares de consulta, acuerdo y promoción asistencial y social dignas de imitación.

La atención institucional y profesional de los ciegos en la Argentina se inicia con la primera clase para ciegos del Asilo de Huérfanos de Buenos Aires en 1886; primero con la concurrencia del ciego español Juan Lorenzo y González, quien introduce la enseñanza del sistema Braille junto con los primeros libros en relieve. Su desempeño se extiende hasta 1892. En 1893 es puesto al frente de la clase el profesor y músico ciego italiano don Francisco Gatti, recién llegado de Montevideo, tras la frustración de un proyecto fundacional por motivos circunstanciales y pese al pleno apoyo recibido del gobierno uruguayo. Gatti, formado en

Nápoles, viene cargado de ideales y de afanes creativos para los ciegos sudamericanos, y sus sueños habían volado -navegado, claro está- hacia el Río de la Plata.

Desde su clase en el Asilo de Huérfanos, sus propósitos no habían cesado, y en 1901 logra fundar la primer Escuela Especial para Ciegos de Ambos Sexos, en Buenos Aires: enseñanza primaria, música, manualidades y oficios, integran su plan y su sostenimiento se costea con las recaudaciones de sus propios conciertos como eximio pianista -que aprovechaba a menudo para demostraciones de la lectoescritura Braille-. Esa escuela será el punto de partida y asiento institucional que el 6 de mayo de 1909, mediante Ley Nacional 5796, se convertirá en el Instituto Nacional de Ciegos. En 1913 la Ley nacional 9339-llamada Ley Agote- crea la Institución Argentina de Ciegos, encargada de administrar y supervisar la acción del Instituto, semillero del subsiguiente desarrollo tiflológico institucional de nuestro país.

En forma paralela se va desarrollando la trayectoria subsumida de la todavía innominada "rehabilitación", configurada por la labor adicional de las nuevas entidades, concretada en los objetivos de recuperación social y económica, en particular, de los no videntes y disminuidos visuales jóvenes y adultos. A un mismo tiempo, empiezan a florecer los centros reivindicativos de los ciegos en pro de sus derechos e intereses, promovidos o liderados -como los educacionales en el resto del territorio- por los ciegos formados en el Instituto Nacional de Ciegos o en su antecesora la escuela de Francisco Gatti, desde 1901.

Con la inspiración y colaboración de Vicente Vercelli, distinguido ex alumno de aquélla, y de Julián Baquero, otro ciego español arribado al país en 1909, nacen la Asociación de Ciegos "Luis Braille", de corta vida, y "La Fraternal" Asociación de Ciegos para Ciegos (años 1915 y 17, respectivamente); y en 1924, con la particular promoción del mismo Julián Baquero (su primer director, por lo demás), se inaugura la Biblioteca Argentina para Ciegos, con su Organismo Oficial "Hacia la Luz" que, aparecerá en 1927 -primera biblioteca y primera publicación braille de Latinoamérica-.

En 1918 inicia su acción el Instituto para Ciegos "Marco Avellaneda" en San Miguel de Tucumán, hoy Escuela para Ciegos "Luis Braille". En 1931 surge en Rosario de Santa Fe la Sociedad "Pro-Cultura al Ciego", con servicio de biblioteca, algunos cursos, asistencia social y promoción laboral. En 1936 se crea en Salta la Escuela para Ciegos "Corina Lona" -nombre de la maestra fundadora-. Tras la suspensión de las actividades del Instituto Nacional de Ciegos por razones de reorganización, se inaugura y queda habilitado en la jurisdicción de San Isidro (Provincia de Buenos Aires) el Instituto para Ciegos "Román Rosell", el que albergara y atenderá en lo inmediato a la educación y formación profesional de jóvenes ciegos del interior del país, en carácter de entidad privada (1939). En 1940 se funda en la ciudad de La Plata "Luis Braille" Sociedad Pro-Ciegos, cerrando, en cierto modo, el desarrollo institucional tiflológico de más de cinco décadas en nuestro territorio.

En 1938, la Institución Argentina de Ciegos creada por la Ley Nacional 9339 del año trece, después de veinticinco años de eficiente orientación y fiscalización técnico-administrativa del Instituto Nacional de Ciegos, y habiendo tenido que superar un par de motines de los internos y las consiguientes intervenciones administrativas, resulta reestructurada con el status de "Patronato" contemplado entre sus fundamentos estatutarios, con el propósito de actualizar y dinamizar las realizaciones ya diseñados en las leyes básicas nos. 5796-09 y 9339-13. Tras un breve lapso de reajuste y reordenamiento del nuevo organismo a favor de

la concentración de experiencia y excelencia social, técnica y docente lograda desde el nacimiento del ex Instituto (1901), más el acertado aprovechamiento de la capacitación alcanzada por los egresados del mismo, así como bajo el signo de su presidenta, doña María Adela Ayarragaray de Pereda -distinguida dama de la sociedad porteña-, secundada por un elenco profesionalmente competente y políticamente influyente, el Patronato comienza a desplegar su multifacético abanico fundacional. Se fundan la primera Escuela Normal de Maestro para Ciegos, la Escuela Complementaria "Gral. San Martín" para Ciegos Adultos y la Escuela de Aprendizaje Industrial -más tarde bautizada con el nombre de "Francisco Gatti", en todo rigor primeros y efectivos centro de **rehabilitación**; los Talleres Comerciales, ya en el plano laboral, como la Banda Sinfónica de Ciegos y el Coro Polifónico de Ciegos; la Editorial "Luis Braille" con su biblioteca braille; los Hogares "Santa Ana" para ancianas ciegas y "San José" para ancianos; Servicio Social y Clínica Médica; el Departamento de Prevención de la Ceguera con dispensarios oftalmológicos distribuidos en la Capital Federal y el interior del país. La continuidad de la labor educativa básica se canaliza a través de los Hogares "Santa Cecilia" para niñas, y "Manuel Belgrano" para varones, con dirección docente en la faz escolar y supervisión de congregaciones religiosas en la faz social. Todo aquello en el apretado espacio de ocho años.

En las décadas de los años cuarenta y los cincuenta, se sucede una serie de nuevos e importantes institutos, escuelas y centros tiflológicos -estos últimos anticipando o siguiendo de inmediato a las fundaciones oficiales- en Córdoba, Mendoza, La Plata y otros puntos del país. La Biblioteca Argentina para Ciegos en el orden privado, y el Patronato Nacional de Ciegos en el oficial y a través de sus diferentes departamentos, auspiciaron a las nuevas entidades del interior y cooperaron a su desarrollo institucional y técnico.

El Decreto-Ley 13.460 del 14 de mayo de 1946 otorgó autoridad técnica y fuerza legal a la acción del Patronato Nacional de Ciegos sobre todo el territorio nacional. La iniciativa cultural y específicamente tiflológica de la Biblioteca Argentina para Ciegos obró de fuente nutricia de las aspiraciones y los empeños de los ciegos de todo el país, con la cooperación de "La Fraternal" alentando derechos e ideales.

El nucleamiento natural de los trabajadores ciegos actuantes ya en las diferentes instancias laborales promovidas por el mismo Patronato, dio nacimiento a la "Asociación Argentina por los Derechos del Ciego" en 1946. Poco después, la preocupación común por la ampliación y el mejoramiento de las condiciones laborales y soluciones, reúne a las entidades de ciegos en la "Junta de Vinculación Tiflológica" -primer antecedente e intento pro-federativo del ámbito institucional tiflológico argentino, cuya primera expresión pública y significativa fue su proyecto de ley de la ceguera del año 1949 (que, con diversas adaptaciones de enfoque y de forma, seguiría renovándose en el tiempo, sin haber alcanzado todavía una sanción adecuada).

Todos estos antecedentes hacen que el Patronato Nacional de Ciegos, ya convertido en Dirección de Prevención de la Ceguera y Asistencia de No Videntes, sobrelleva diversos desplazamientos burocráticos y las consiguientes reestructuraciones técnico-administrativas que, si bien afectaron su dinámica y unidad de acción, no alcanzaron a detener el crecimiento y afianzamiento específicos de sus servicios y dependencias productivas. Asimismo y no obstante, se puso de manifiesto un más justiciero y equitativo reconocimiento de los méritos, capacidades y contribuciones de los funcionarios ciegos y deficientes

visuales en la integración de comisiones consultivas y de estudio para la revisión y actualización de planes y proyectos para las distintas ramas de la acción oficial en favor de los privados de vista.

Con la creación en 1956 en la ciudad de Lima del Consejo Panamericano Pro-Ciegos (C.P.P.C.), y la casi inmediata designación de “asesores y corresponsales nacionales” en todo el continente -representante ante dicho Consejo-, puede decirse que se inicia la etapa de los contactos y las consultas internacionales, con natural incremento de de informaciones e intercambio de experiencias y proyectos, más el establecimiento de una relación interinstitucional y humana sustentada por los ocho congresos panamericanos de ciegos patrocinados por el C.P.P.C., junto con numerosas reuniones continentales subsidiarias, desde 1956, año de su fundación, y 1985 (año de su reemplazo por la actual Unión Latinoamericana de Ciegos, ULAC).

Entre el 13 y el 20 de agosto de 1960, se lleva a cabo en Buenos Aires la primera reunión tifológica internacional de nuestro país: el III Congreso Paramericano de Ciegos del que, en párrafos más, ofreceremos testimonio concomitante con “la Rehabilitación”, nuestro tema de hoy.

Aquel impulso de intercomunicación y cooperación institucional, inspirado y promovido por el Consejo Panamericano Pro-Ciegos nacido en Lima, indujo, sin duda, conductas reflejas en el proceso de asociación y cohesión tifológica interna en Argentina como en otros países del continente. Así fue que en el I Congreso Nacional de Instituciones Tifológicas, convocado en 1965 por APROCIC (“Asociación Pro-Ciegos de Córdoba”), el punto capital de cuyo temario era precisamente la constitución de una federación argentina de instituciones de ciegos, queda instituida la Federación Argentina de Instituciones para Ciegos (FADIC). En 1966 se crea la Asociación de Docentes Ciegos de la Argentina (ADCA), en defensa de los derechos e intereses profesionales y laborales de maestros, profesores, técnicos y expertos ciegos y amblíopes con funciones docentes dentro o fuera de las entidades tifológicas estatales o privadas -de sólo ocho años de vida-.

En las postrimerías de 1971 se constituye, por iniciativa del Dr. Julio Bernaldo de Quirós y un grupo de colegas videntes y ciegos, la Asociación Argentina para el Estudio de la Recuperación del Ciego y el Amblíope (ASAERCA), destinada a la consulta y la investigación científica y técnica, así como al perfeccionamiento y asesoramiento profesional pertinente dentro de los servicios comprometidos con la problemática de la discapacidad visual, en los planos médicos, pedagógico, psicológico y de la rehabilitación integral de las personas discapacitadas visuales. ASAERCA ha venido cumpliendo su cometido a través de reuniones científicas, publicaciones y, muy particularmente, de la organización bianual regular de sus Jornadas Argentinas de Tifología.

En 1973, como una variable de enfoque y dinamización de la acción institucionales representativa, se organiza la “Unión Argentina de Ciegos y Amblíopes” (UACA), con una mayor apertura participativa hacia los diferentes sectores tifológicos. FADIC y UACA terminan fusionándose en asamblea del 13 de diciembre de 1986 y resolviéndose en la Federación Argentina de Instituciones de Ciegos y Amblíopes: FAICA.

Este último lapso de instalación y consolidación institucional tiflológica sirvió de marco propiciatorio al progreso y desarrollo de entidades oficiales y privadas ya existentes, tanto como a la aparición pujante e innovadora de otras en todo el territorio nacional; y la **rehabilitación** como tal -como herramienta de recuperación social de singular importancia- emergió de la semipenumbra conceptual y profesional en que venía desarrollándose y equiparó su acción y sus efectos para con las personas ciegas y deficientes visuales adultas con la misión trascendente de la educación con la infancia y la juventud discapacitadas visuales.

Tras la labor meritoria y extendida de las escuelas Complementaria “Gral. San Martín” y de Artes y Oficios “Francisco Gatti” -principalmente en el plano de la preparación laboral- y siguiendo también los pasos del Centro de Rehabilitación “Tiburcio Cachón” fundado en Montevideo con los auspicios y asesoramiento de la Fundación Americana para Ciegos de Nueva York, comienza también nuestro país la sucesión de centros similares propiamente dichos. En el “Tiburcio Cachón” buen número de ciegos argentino encontraron solución adecuada a sus necesidades y problemas. En Argentina hacen sus primeros ensayos y experiencias el Centro “Julián Baquero” de la ciudad de Córdoba, ASAC en Buenos Aires; más tarde, el Centro de Rehabilitación del Instituto “Román Rosell” en San Isidro; todos ellos con parecidos tropiezos alternando su suerte de eficacia y éxito con dificultades crecientes frente al devenir azaroso de instancias estatales superiores (burocracia, economía, orfandad técnica), o casi estancados en la rutina forzosa de la impotencia y la dependencia institucional de origen. El surgimiento de una serie sucesiva de entidades con intención rehabilitatoria, de integración y promoción social y laboral de las personas ciegas en el resto de nuestro país durante las últimas tres décadas, constituye el proceso de transición entre un comienzo de enfoques y ensayos más o menos empíricos, y la necesaria configuración del perfil profesional y técnico -o su razonable aproximación- de lo que define a un centro de rehabilitación. Señalemos ahora algunos de los centros más antiguos y/o de trayectoria más destacable: Instituto Chaqueño para Ciegos (Resistencia); Centro Amigos del Ciego de Santiago del Estero; Instituto para Ciegos “Valentin Haüy” (Corrientes), en la zona Norte; Centro “Luis Braille” de Bahía Blanca; Centro “Luis Braille” de Comodoro Rivadavia (Chubut); Centro para Ciegos “Pichi-Ruca” de la ciudad de Cipolletti (Río Negro); Centro Integral para Ciegos y Disminuidos Visuales de Mar del Plata (Prov. de Buenos Aires), en la zona Sur. Incluimos, además, el Centro de Rehabilitación del Ciego de Posadas, patrocinado por el obispado de esa ciudad que ha logrado en breve lapso una acción pujante y efectiva, merced a sus dinámicos contactos con la experiencia y adquisiciones en la materia de los países del primer mundo; Centro de Habilitación y Capacitación Laboral de Adultos Ciegos y Disminuidos Visuales de San Fernando (Prov. de Buenos Aires) -ambos de más reciente creación.

Desde luego que los centros cuya mención omitimos corren por cuenta de la síntesis; pero por cierto que hay algunos de más reciente organización que están trabajando con excelente resultado, y creemos que en mérito al aprendizaje meditado y experimentado a través de cuanta contingencia negativa aportó, a veces, nuestra soberbia pseudocientífica o profesional, y otras, en la lucha pequeña y sorda por competencias inmotivadas, en un mundo, en una disciplina que realmente ofrece oportunidad de acción y éxito a tanta gente.

Hasta nuestro siglo XX, podríamos decir que la historia de la **rehabilitación** ha sido simple, pragmática y trascendente a un mismo tiempo: salvar y defender al individuo, salvando a la sociedad, a la humanidad; o, si se prefiere, salvar y defender a la sociedad, a la humanidad, salvando y defendiendo al individuo. Pero ambas versiones se funden fáctica y filosóficamente en nuestro siglo bajo el impacto de dos guerras mundiales y varias regionales o subsidiarias; guerras modernas, refinadas para el progreso de la destrucción como por fortuna, también refinadas en el progreso del arte y la ciencia de la reparación posible. Los méritos de la cultura en acción y de las conquistas tecnológicas, si no nos consuelan del horror que el hombre es paradójicamente capaz de producir, nos realimentan a la vez la esperanza de la superación de nosotros mismos por la solidaridad y la paz.

Esta así consagrada herramienta de la REHABILITACION con mayúsculas necesita, por consiguiente, del ojo atento, de la mente alerta, de la mano dúctil, del tacto y el contacto indoloros del **rehabilitador**. Su cometido es, por tanto, arduo y urgido, pero también cauto y prudente. No puede, no debe apoderarse del rehabilitante. No debe enceguecerse gratuitamente con las recetas y las fórmulas, por novedosas y deslumbrantes que aparezcan, sin analizarlas y digerirlas con paz, serenidad y tiempo. No debe tampoco dejarse atrapar por la rutina, sino más bien, administrarla y remodelarla a la medida y el ritmo de cada rehabilitante. No debe perder de vista el hecho de que la rehabilitación muchas veces, consiste en una nueva habilitación, pues que en este singular planeta netamente humano, hay todavía mucha tierra desconocida, y que su misión bien merece el descubrimiento de nuevos continentes.

A continuación, hace uso de la palabra la profesora Ema Montenegro de Rosell:

Consideremos a continuación las resoluciones y recomendaciones que, al respecto, produjo el III Congreso Panamericano de Ciegos, realizado en Buenos Aires en 1960, que dejara sentadas las bases de la moderna tiflogía argentina. Este congreso abordó los principales temas aún antes de que fueran designados con las palabras que ahora son de uso común. No habló de barreras arquitectónicas, pero sí de una ciudad funcional para las personas ciegas; no tuvo Comisión de Derechos Humanos, pero promovió y obtuvo la liberación de un preso político ciego español; no tuvo Comisión de la Mujer Ciega, pero se ocupó de sus necesidades específicas; no tuvo, en fin, Comisión de Rehabilitación, pero a través de sus comisiones de Educación y de Asistencia Social, emitió los despachos que, en forma sucinta, recogemos a continuación.

COMISIÓN DE EDUCACIÓN

Resolución Núm. 4 - Cursos de Especialización de Maestros para Ciegos

(En homenaje al tiempo vamos a omitir los considerando y sólo señalaremos los puntos estrictamente referidos a la rehabilitación): Art. 2. - "Se propone la más estrecha relación posible de los cursos con una o más instituciones especializadas en la educación y rehabilitación de los ciegos."

Resolución núm. 5. -"Proponer la ampliación de concesión de becas a profesionales ciegos que deseen perfeccionarse en el extranjero, particularmente en el campo de la educación y la rehabilitación de los ciegos."



Recomendación núm. 5. - (De la misma Comisión de Educación) -“Considerando (valga su lectura, pues su enunciación expresa la filosofía que guió a este congreso):

El Congreso Panamericano de Ciegos recomienda: 1º) La creación de centros de rehabilitación, cuya finalidad sea poner a disposición del ciego en edad post-escolar todos los recursos técnicos, materiales y sociales que sean necesarios para orientarlo y estimularlo, proporcionándole entrenamiento o haciéndole accesible el estudio, a fin de darle una sólida preparación que lo habilite a encarar equitativamente las demandas de la vida adulta, en el plano de una satisfactoria integración social y personal.

Art. 2º: La asignación a dichos centro de rehabilitación de las siguientes funciones: a) Orientación educacional, vocacional y profesional; b) Adiestramiento; c) Investigación científica, en los planos que corresponda conforme a los problemas de las personas ciegas asistidas; d) Acción constante en la esfera de la orientación de la opinión pública en favor de la integración del ciego a la colectividad social; e) Organización de cursos de extensión, cuyo tipo y cantidad estén determinados por las necesidades de las personas asistidas; f) Confección, adquisición y distribución de materiales destinados específicamente para el uso de personas ciegas; g) Organización de actividades recreativas.

Art.3º: La colaboración de dichos centros de rehabilitación en la más amplia escala con las demás instituciones de o para ciegos, particularmente con las escuelas especiales y los talleres de trabajo protegido”.

La Recomendación núm. 7 en su Art. 1º dice:

“Que el Consejo Panamericano Pro-Ciegos procure de los organismos competentes de cada país del continente, en cooperación con las instituciones tiflológicas locales, la creación de pabellones o secciones especiales para la educación y rehabilitación de los deficientes mentales ciegos.”

La Comisión de Asistencia Social promueve la Resolución núm. 6, que en su Art. 3º dice: “Propugnar la organización de conferencias y clases alusivas a la rehabilitación de los ciegos, a cargo de los especialistas en la materia y utilizando todos los medios de difusión a su alcance.”

Y, por fin, la Recomendación núm. 16: “Que las instituciones de los diferentes países promuevan la creación de centros femeninos, integrados por mujeres capacitadas, ciegas y videntes, con inclusión de asistentes sociales, para su defensa en aspectos familiares, culturales, profesionales y ocupacionales.”

No por casualidad, estas conclusiones están firmadas “Pedro Rosell, Presidente; Elina T. de Walsh, Secretaria de actas”.

Consignemos, finalmente, una ponencia que plantea la posibilidad de que el centro de rehabilitación asista al individuo ciego que se encuentra en proceso de adaptación a su nuevo trabajo. Pero hace esta salvedad: “. . .sólo sobre la base de una opción libre de la persona ciega.”

Esto es todo lo que atañe al III Congreso Panamericano de Ciegos en relación directa con la rehabilitación, la reedición de cuyas conclusiones sería muy importante poder conseguir.

Una década más tarde, con la fundación de ASAERCA, y sus Jornadas Argentinas de Tiflogía aparece ya en forma explícita el tema de la rehabilitación, con el aporte de expertos brasileños y uruguayos primero la incorporación inmediata de nuestros propios profesionales y la necesaria voz de compañeros ciegos, ya en su carácter de profesionales, ya en el de participantes de los programas de rehabilitación. Factores de orden económico impidieron la publicación de algunos de estos encuentros, y, en ciertos casos, los autores no remitieron copia de sus conferencias. Por tanto, con la anticipada disculpa por alguna involuntaria omisión, pasaremos revista a las ponencias y recomendaciones más significativas concernientes a la rehabilitación.

Advertiremos temas que se repiten, acaso por profundizándose; conceptos que evolucionan: **paciente, cliente, participante.** Metodologías que amagan oponerse, pero en realidad se complementan: pedidos y reclamos reiterados, que testimonian el interés y la preocupación profesional.

Las II Jornadas Argentinas de Tiflogía, realizadas en Buenos Aires en 1974, incluyen un trabajo titulado “La Universidad Estadual de Campinas y su Experiencia en la Rehabilitación de Deficientes Visuales”, por la Prof. Teresinha de Arruda Serra von Zuben. Relata el funcionamiento del centro que depende de la Facultad de Ciencias Médicas, así como el Curso de Formación de Técnicos en Rehabilitación de Ciegos. Destacamos aquí que la selección de aspirantes se basa: 1) en la consideración de sus títulos; 2) en el resultado de entrevistas mantenidas con un psiquiatra y un asistente social -ambos con larga experiencia en el trabajo con ciegos- y con técnicos que trabajan con ciegos.

En las V Jornadas Argentinas de Tiflogía, realizadas, en San Juan (1980), tenemos el trabajo “Evaluación de la Realidad Tifológica Argentina y sus Perspectivas”, por Pedro Rosell. Es una exposición documentada -cuando no vivenciada- del surgimiento de las instituciones educativas, tifológicas, talleres, leyes y reuniones internacionales que precedieron y/o sustentaron la realidad presente. Destaca la trayectoria de los precursores; “colonizadores culturales”, Francisco Gatti, italiano, y Julián Baquero, español; inspiradores a su vez de otros ciegos que fundaron en sus provincias las primeras instituciones: Angel Gentilini, en Tucumán; Samuel Feldman, en Santa Fe; Marcelo López, en Córdoba; etc. Nombres para nuestras instituciones no bautizadas todavía.

Dos películas sobre sendos centros de rehabilitación en las provincias de Buenos Aires y de Río Negro, muestran planos diferentes de la rehabilitación. Digamos que -aunque por razones de tiempo debamos abstenernos de describirlas-, una se refiere al Centro de Rehabilitación del Instituto “Román Rosell” en San Isidro, y la otra a una realidad muy distinta en un centro patagónico.

Las VI Jornadas Argentinas de Tiflogía -Corrientes, 1982-, las primeras organizadas por, un centro de rehabilitación, el Instituto para Ciegos “Valentín Haüy”, incluyen un trabajo sobre “Rehabilitación de Ancianos Ciegos y Deficientes Visuales” de nuestro compañero Alfredo Cosío Piñeiro, del Centro de Rehabilitación “Tiburcio Cachón”, de Montevideo, Uruguay. Trata exhaustivamente el problema del anciano ciego y su rehabilitación funcional, proponiendo un enfoque realista, “Mientras no podamos erradicar las instituciones asilares o semiasilares, como sería el ideal”, Este trabajo, en verdad muy recomendable, sería bueno que lo tuviéramos en cuenta para las presentes Jornadas.

“Nuevas Experiencias Laborales”, de la Prof. Norma Pastorino (directora a la sazón del mencionado Instituto “Valentín Haüy”), y Ana Arnúa, profesora del mismo centro, al igual

que el trabajo anterior, concentra su enfoque sobre el interés del participante en un abordaje individualizado y realista, apuntando a la libre elección de su salida laboral. Se completa con una descripción de la metodología adoptada, estadísticas y relato de un caso.

En estas mismas Jornadas conocemos, acaso como primicia, la investigación de Ana Rizo y otros, un enfoque sobre la situación laboral de la mujer ciega argentina, que más tarde completaría y sería publicado en los Cuadernos de ULAC (Núm. 3). Ana Rizo nos habla de ese sector marginado dentro de un grupo ya marginado socialmente de la imperiosa necesidad de realizar un estudio de los problemas que plantea su situación, en un medio que no demuestra todavía haber medido la real dimensión de tan importante problemática. Detalla, además, la cantidad de instituciones oficiales y privadas que se ocupan, al menos, de algunos aspectos de la rehabilitación en el país.

Pasemos a las VII Jornadas Argentinas de Tiflogía, organizadas en la ciudad de Tucumán en 1984. Dos temas de esta reunión aluden al asunto que nos ocupa. El tema 1), "Modalidades del vínculo entre el profesional y la persona ciega", al que aportó su trabajo el Lic. Carlos Prada, arroja estas conclusiones:

1) Propender a una rigurosa formación profesional con el objetivo de lograr alta eficiencia en la labor educativa y rehabilitatoria.

4) Propiciar un encuentro entre profesionales psicólogos y psicomotricistas que se desempeñen en instituciones dedicadas a la educación y la rehabilitación de personas ciegas, con el objetivo de realizar un exhaustivo análisis del material empleado.

6) Asumir la responsabilidad que compete a los educadores y rehabilitadores de motivara los oftalmólogos para que actúen positivamente frente a la discapacidad.

El Tema 2), "Puntualizaciones Fundamentales entre la Función Educativa y Rehabilitatoria con Personas Ciegas y Deficientes Visuales", presenta un trabajo de Pedro Rosell con ese título, donde encontramos claramente delimitados los objetivos y campos de acción de ambas disciplinas.

Sehalemos finalmente las conclusiones sobre este tema:

11) Es imprescindible que en cada provincia funcione una escuela para niños ciegos y un centro de rehabilitación con objetivos propios y delimitados, con metodologías y técnicas específicas para cada caso.

La núm. 13 dice:

Concientizar a todas las áreas educativas y rehabilitatorias de la discapacidad visual, así como a la comunidad en general, con respecto a la superación de barreras arquitectónicas, focos de peligro, fuentes de electricidad, etc.

La conclusión núm. 20:

Se recomienda la dinamización de las instituciones educativas y de rehabilitación, a fin de que respondan a las necesidades actuales de la mujer ciega.

Las VIII Jornadas Argentinas de Tiflogía (Posadas, 1986), son las segundas organizadas también en un centro de rehabilitación (Centro de Rehabilitación del Ciego de Posadas). El Tema central: Revisión y Actualización de los Programas de Especialización en el campo de la discapacidad visual. El Tema 1, Orientaciones Pedagógicas Vigentes en la Atención de Educandos con Deficiencia Visual, presenta en el punto 3, referido a adolescentes y adultos, las siguientes consideraciones:

"Si bien las personas adultas deberían ser atendidas en centros de rehabilitación, en la práctica se advierte que el número y distribución de los mismos resulta insuficiente. La

necesidad de brindara estas personas una cierta instrumentación, ha originado que otras instituciones, las especiales con distinta estrategia de atención y organizaciones de ciegos, presten servicios para paliar la carencia de centros. Es así como las escuelas admiten la incorporación de adolescentes y adultos en áreas pertinentes: Orientación y Movilidad, Actividades de la Vida Diaria, Dactilografía, Educación Física, etc...”.

Entre las recomendaciones, la núm. 3 dice: “Favorecer encuentros regionales de docentes especializados, etc.”

La Núm. 4: Extender los centros de rehabilitación. Se considera que los principios de normalización deben regir la creación de estos centros y su organización.

La núm. 5: Favorecer encuentros regionales de los diversos técnicos que integran los equipos de los centros de rehabilitación.

Los Planes de Estudio de los profesorado de especialización docente arribados a las VIII Jornadas, respondiendo al requerimiento del punto 2 de su temario, apartado a): La carrera y sus contenidos programáticos por áreas y b) Análisis de las asignaturas que conforman la carrera: objetivos (no los únicos, por cierto) permitieron las siguientes observaciones: El Plan de Estudios de la ciudad de La Plata ofrece como única materia referida a la rehabilitación “Seminario de Rehabilitación e Integración”, materia anual con dos horas semanales teóricas; el Plan del profesorado de Buenos Aires, “Legislación y habilitación Ocupacional, materia anual con dos horas semanales teóricas; y, por fin, el profesorado de la ciudad de Corrientes presenta explícitamente la materia “Rehabilitación”, materia anual **con cuatro horas** semanales.

Debemos señalar aquí el trabajo presentado a las Jornadas por Elba González de Navaja y Ana María Titarelli con el título “Propuesta para la Reestructuración de la Formación Docente Especializada en Ciegos y Disminuidos Visuales, en el marco de una Democratización progresiva de las estructuras sociales e institucionales”. Trabajo muy interesante por cierto y que nos ofrece la novedad de varias áreas de post-grado; entre otras, “Especialización en Rehabilitación de Adultos”.

El tema “Aproximaciones para un perfil del Educador y/o Rehabilitador de Discapacitados Visuales” arroja estas recomendaciones. Núm: 2.- Considerando que la preparación de profesionales que integran los equipos técnico-pedagógicos de las escuelas para ciegos y disminuidos visuales y/o instituciones de rehabilitación, no es abarcadora siempre de la problemática de la discapacidad visual, se recomienda que:

1) Se exija a los profesionales intervinientes en los equipos repectivos dicha preparación; 2) Se recurra, entre otros dinamismos efectivos, a los organismos del medio que registren antecedentes efectivos sobre discapacidad visual; 5) Estimando que es importante lograr la participación de personas discapacitadas visuales en los equipos, por el aporte vivencial que puedan brindar, se recomienda que sea considerado como único requisito para su participación la posesión del correspondiente título habilitante.

El tema “Aproximaciones para un perfil del educador y/o rehabilitador **de** discapacitados visuales”, presentado por los profesores Graciela Mathey y Arnaldo Grilli: estos dos profesores ciegos señalan los aspectos prioritarios de la formación técnico-pedagógica específica, la función del educador y/o rehabilitador, como receptor y emisor de información y sus cualidades éticas, para finalizar con una exposición de algunas de las funciones que el profesional ciego y/o discapacitado visual **puede desempeñar en el equipo** multidisciplinario.

El tema 5), "Rehabilitación o readaptación profesional", presentado por el Prof. Omar Pertusí, es un meduloso trabajo elaborado sobre la experiencia de la O.I.T. a lo largo de cincuenta años; enfoque histórico, servicios de readaptación profesional, su importancia socioeconómica, metodología y desarrollo de estrategias de trabajo. "Trabajo y rehabilitación", del mismo autor, alude a la experiencia del movimiento de cooperativas de incapacitados en Polonia.

"Factibilidad ocupacional para ciegos en establecimientos agrícolas", por Alberto Guisando y Mónica Torres. Es un enfoque detallado y abarcativo de las distintas actividades que puedan desarrollar los ciegos dentro del área.

Recomendación núm. 1.-Considerando que los trabajos presentados resultan sumamente valiosos para el bagaje técnico de los docentes y profesionales que trabajan en el área de la educación y la rehabilitación de los ciegos, se recomienda su publicación y difusión entre las instituciones que operan en el área.

Finalmente, la conferencia de la profesora Nayibe Chamas "La rehabilitación de las personas discapacitadas visuales y la comunidad", destaca la excelente labor del Centro de habilitación del Ciego de Posadas, fundado por Msr. Kemerer, obispo de Posadas, en 1982. La mención de cada objetivo, implica un ejemplo de ética; la relación de sus logros, un ejemplo a seguir.

En las IX - Jornadas Argentinas de Tifología, realizadas, en Mendoza del 10 al 13 de noviembre de 1989, cinco puntos del temario aluden específicamente al tema que nos ocupa. El tema núm. 3, "Educación y rehabilitación basada en la comunidad" presentado por la Prof. Susana Crespo, incluye siete recomendaciones que consignamos a continuación: la.) Tener en cuenta las siguientes pautas básicas: Estar convencidos de la necesidad de evitar el desarraigo del sujeto a educar o rehabilitar, tanto de su medio familiar como de su ámbito cultural; 2a.) conocer las posibilidades de inserción que ese medio ofrece; 3a.) Preparar agentes en el medio que continúen y aporten la acción del equipo itinerante; 4a.) Conscientizar a la comunidad de que el discapacitado visual es uno de sus miembros; 5a.) Propugnar una mentalidad de cambio en los funcionarios para que adviertan que la inversión de recursos que se les propone no es más costosa sino diferente; 6a.) Que la escuela sede esté plenamente identificada con el afianzamiento y la inserción del educando en su medio. 7a.) Se debe ayudara aquel niño o joven hábil que quiere salir de su medio con el apoyo de su familia para que logre las metas que se propone.

El tema 5) se titula "Algunas consideraciones sobre el proceso de rehabilitación"; fue presentado por el Lic. Carlos Prada. Es un hermoso trabajo en el que se rescata principalmente el protagonismo de los ciegos. Véanse las recomendaciones correspondientes: 1°, Incluir en los equipos de rehabilitación a profesionales ciegos aptos para ser un paradigma válido; 2) Propiciar entre la familia o grupo más allegado afectivamente a la persona ciega al o a los profesionales ciegos del equipo de rehabilitación; 3) Simultáneamente al entrenamiento de todos os aspectos instrumentales, organizar una actividad grupal; 4) Destacara aquella persona ciega que logró desempeñar un rol positivo en su comunidad; 5) Informara la persona a rehabilitar sobre las instituciones de y para ciegos a nivel nacional e internacional y las posibilidades que ofrecen; 6) Culminar la actividad grupal impulsando a la persona ciega para que encauce sus esfuerzos en el marco institucional tifológico a fin de que sus logros no sean considerados los de un genio aislado.

Tema 6-, "Rehabilitación en zonas rurales", presentado por el equipo técnico del Centro de Rehabilitación de Discapacitados visuales "Pichi-Ruca", Cipolletti, Río Negro.

Recomendación 1) Posibilitar el acceso del educando ciego a escuelas rurales y en forma extensiva a la escuela secundaria. 2) Difundir las posibilidades de capacitación del disminuido visual en actividades rurales, a fin de que se pueda desenvolverse no sólo como obrero calificado, sino como pequeño productor.

El tema 7), "Educación rural para personas ciegas", un trabajo presentado por el Dr. Emiliano T. Alvarez y la Prof. Alicia H. Ramos. Este trabajo, ya conocido y considerado en toras reuniones, ha constituido el punto de partida y la base de varios cursos sobre la materia dictados por el mismo Dr. Alvarez en nuestro país y también en otros países latinoamericanos.

Así cerramos esta revisión casi a vuelo de pájaro de las ideas y las propuestas que han caracterizado el desarrollo de la rehabilitación en el campo tifológico argentino en las últimas décadas.

Ahora retorna la palabra el Prof. Rosell Vera para las consideraciones finales.

Creemos que es justo y útil consignar una mención sumaria de algunos acontecimientos y contribuciones digamos colaterales, pero insoslayables, que han enmarcado y abonado significativamente la trayectoria de la educación y la rehabilitación de nuestros ciegos y deficientes visuales, así en lo instrumental y técnico como en lo institucional.

A principios de los años cuarenta, y a semejanza del cuerpo de copistas voluntarios que Julián Baquero había desarrollado en la Biblioteca Argentina para Ciegos, pero esta vez bajo los auspicios del Patronato Nacional de Ciegos y en el ámbito de su Editorial "Luis Braille" y propia biblioteca, se constituye el Primer Centro de Copistas Voluntarios "Santa Rosa de Lima", con posteriores ramificaciones en el interior del país. Sus servicios estuvieron -y han continuado hasta nuestros días- primordialmente destinados a satisfacer las crecientes necesidades bibliográficas de los estudiantes y los profesionales ciegos, atendiendo alternativamente a las exigencias programáticas escolares y universitarias como a la demanda particular de sus lectores

Veinte años después, a comienzos de los sesenta, se incorpora a la ya entonces Editora Nacional Braille, el Libro Parlante, mediante el apoyo de la Asociación Cooperadora de la Editora.

La Editora Nacional Braille, en sí misma, amplió y diversificó considerablemente su producción en textos escolares, manuales, obras de consulta y literatura, métodos y repertorio musicales; más sus publicaciones regulares: la Revista General del comienzo, rebautizada "Luis Braille Argentina" en 1952 (centenario de la muerte de Luis Braille); poco más tarde, 'Correo del Sur', orientada a la información corriente y a la difusión del acontecer tifológico nacional e internacional; la revista femenina "Nosotras"; "Nexo", órgano oficial de la Federación Argentina de Instituciones para Ciegos (FADIC-1965); la Revista Infantil "Hola Chicos", contribución de la secretaría de educación de la Unión Argentina de Ciegos y Amblíopes (UACA); así como diversas y sucesivas ediciones de boletines, órganos oficiales de sendas entidades tifológicas, actas, estatutos, y documentación completa de reuniones nacionales e internacionales; todo ello instrumento y recurso para la mejor ambientación y

desarrollo de la empresa educactiva y rehabilitatoria de los discapacitados visuales argentinos y latinoamericanos.

En 1965 se dan en Buenos Aires los primeros pasos para la instalación del Servicio Latinoamericano-Zona Sur de la Escuela Hadley para Ciegos, escuela por correspondencia con matriz en la ciudad de Winnetka, Illinois, U.S.A. Esta nueva modalidad educativa ha ensanchado el horizonte de la educación y la rehabilitación de los ciegos en esta parte del continente, ya respondiendo a la iniciativa de sus propios estudiantes como suplementando la actividad educativa institucional en varios niveles.

En 1944 se lleva a cabo, también en Buenos Aires, el Congreso Argentino de Estenografía Braille, del que resulta el Tratado Argentino de Estenografía, una ampliación y reestructuración de los recursos estenográficos tradicionales, el que servirá de referencia orgánica a subsiguientes reajustes del código hasta llegar de la unificación del Grado Dos de Braille Español acordada en Montevideo en 1964. Dentro del mismo ámbito, se celebrará en 1966 el Primer Congreso de Imprentas Braille de Habla Castellana, que, con la Conferencia Hispanoamericana para la Unificación del Sistema Braille (1973) realizada también en Buenos Aires, consolidará las bases para la consulta y los acuerdos pertinentes y decisivos dentro de esta área.

Al margen o como consecuencia de aquellas aportaciones de orden técnico, se desenvuelve una trama de seminarios, encuentros, creación de bancos de tiempo, círculos de lectores y otros centros similares, de identificación más cercana o explícita con los fines inmediatos o mediatos de la rehabilitación como tal.

La apreciación y la evaluación minuciosas de todo ese proceso deberá ser objeto de un examen más detenido, análisis y de una más puntual documentación.

Todo esto nos hace pensar, una vez más, en la necesidad de proceder en nuestro medio latinoamericano a una consulta y revisión de principios, objetivos y programas, para una mayor y más fina especificación de requisitos y asignaturas, así como para la centralización orgánica institucional de tan compleja y exigente función y disciplina como es la rehabilitación.

No sabemos todavía si su móvil secreto es sólo una mera biológica subsistencia, o un ambiguo y respetable narcisismo de especie, o un sentimiento de imponderable supervivencia.

La empresa rehabilitadora debe afrontar el desafío del abordaje y la interpretación de cada nuevo caso en la imprevisible escala de circunstancias cronológicas, sociales, profesionales y concomitantemente afectivas; para resolver y ajustar con sabiduría, con amor responsable. Porque, asumiendo la natural inspiración de aquellos antiguos que procuraban re-utilizar a sus discapacitados de alguna manera podamos nosotros también trabajar nuestro estilo fin de milenio, por la esencial economía del individuo y de la humanidad, y, para quien quiera y pueda entenderlo, para la suma economía de Dios...

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO: INFORME ACTUAL DE LAS PATOLOGÍAS OCULARES DEL ADULTO, CIRCUNSCRIPTO A LA REGIÓN

Dr. Juan B. CANTARUTI

El aporte que yo pueda hacer sobre las distintas enfermedades, que se producen en el ojo, sería más significativo si acá, en este momento, hubieran personas más allegadas a la medicina que podrían actuar en un término precoz para prevenir y manejar cierto tipos de enfermedades que conducen irreversiblemente a la ceguera. Para darles una guía de las distintas enfermedades que provocan severos trastornos visuales, quería hacer hincapié partiendo fundamentalmente de las enfermedades que se producen a través de las distintas etapas de la vida: entonces ahí el oftalmólogo tendría la oportunidad con su terapéutica, con su diagnóstico precoz y su tratamiento acertado de lograr abortar la enfermedad o curarla; es lo ideal. Si eso ocurre yo creo que el consejo preciso y adecuado es el de que concurra pronto al tipo de escuelas que tanto apoyan este tipo de situaciones; sería lo más correcto. En mi elaboración de estacharla informal quería más o menos hacer hincapié en las distintas etapas de la vida. Después voy a hablar en general de la prevención de la ceguera. Durante el embarazo es importante tener en cuenta diferentes patologías que después pueden llegar a traer trastornos severos; uno de ellas es una enfermedad que yo destaco y que se produce en la mujer embarazada durante el primer trimestre de vida: la rubeola. Es una enfermedad totalmente benigna en el que no está embarazado; en los primeros tres meses, si la mujer está embarazada no tiene que estar en contacto con alguien que padezca rubeola, porque puede llegar a traer trastornos severos al feto, como ser, cataratas congénitas, sordera.

La toxoplasmosis es otra enfermedad que trae trastornos congénitos. La sífilis es una enfermedad que, aunque se piense que está un poco desterrada, que es bíblica, sin embargo aún existe.

Si alguna vez han paseado por la peatonal de Córdoba, habrán visto a unos cieguitos que tocan la guitarra; son heredo sifilíticos todos, yo los conocí cuando pasé por esa ciudad hace muchos años.

Durante el parto, por ejemplo, las infecciones son importantes: el canal del parto, puede infectar de una conjuntivis gonorreica aguda; por eso en el año 1888, en EEUU se decretó una ley de instilarle una gota de nitrato de plata al 1% a todos los recién nacidos.

En nuestro país, esa Ley existe también, pero ha sido modificada y se colocan gotas de penicilina porque con el nitrato de plata podemos llegara equivocarnos y, si en lugar de que la concentración sea al 1%, se hace al 10% entonces ahí es peor el remedio que la enfermedad.

Durante el trabajo de parto se utilizaban y se utilizan los forceps. También han llegado a producir trastornos severos que pueden provocar rupturas, efaselación del nervio óptico, la fractura de la base del cráneo; también producen amputación del nervio óptico. Esto sería durante el embarazo, pero también es aconsejable un estudio genético en aquellos pacientes que son portadores de enfermedades pasibles de ser transmitidas hereditaria-
= mente, como ser, la retinosis pigmentaria y algunas otras enfermedades como las maculo-

patías de estargas. Hay otras más que no tengo en mente. Luego, el consejo genético es importante.

Durante la infancia, una de ellas es la ceguera congénita, que es bastante rara, pero se da y se produce por una falla en el desarrollo embriológico. Es un ciego congénito. Después tenemos la catarata congénita que también es detectada en la primera infancia. El tratamiento tiene que ser precoz, porque sino, no se desarrolla la función visual; entonces, en este momento, la intención es hacer el tratamiento quirúrgico lo más precoz posible, de la catarata congénita. También existe por traumatismos durante el parto o por exceso de oxígeno, o por inmadurez del desarrollo retinal, una enfermedad que había desaparecido hace unos años y ahora ha vuelto otra vez a recrudescer, que se llama fibroplasia retrolental. Se produce en chicos prematuros de bajo peso, debido a una gran inmadurez; entonces, la neonatología, que es una rama que ha tomado mucho auge en los últimos años, hace que chicos de 600, 700, 800, 900 gramos vuelvan a la vida. Luego, como consecuencia de esa inmadurez y los distintos tratamientos que se hacen para que ese chico sobreviva en un medio diferente, en una incubadora, algunos de ellos, no todos, desarrollan una enfermedad que se llama fibroplasia retrolental.

Otra de las enfermedades que son detectadas en la primera infancia, son las miopías degenerativas: para aquellos padres que tienen antecedentes importantes de ser fuertes miopes, es aconsejable la consulta con el especialista para tratar este tipo de miopías degenerativas que generalmente conducen al desprendimiento de retina y a la ceguera: son muy difíciles de tratar. También tenemos, por ejemplo, las alteraciones del nervio óptico, las atrofas del nervio óptico, provocadas, ya sea por tumores, por meningitis. La meningitis no solamente deja como secuelas, convulsiones, alteraciones del desarrollo, oligofrenias, sino que también produce trastornos a nivel del nervio óptico, provocando ceguera. Un tumor que hay que tener en cuenta y una enfermedad importante es la retinoblastoma; también es una enfermedad que se da en la primera infancia. Detectado a tiempo tiene tratamiento. Otra enfermedad y de mucha importancia es el glaucoma congénito. En este caso yo voy a hacer hincapié, porque es una enfermedad de difícil diagnóstico para el pediatra: inclusive yo pienso que el diagnóstico a veces lo hace la familia, o el padre o la madre. Es el chico que tiene los ojos grandes, muy brillosos. Entonces a la mayoría de la gente le llama la atención porque tiene los ojos muy lindos. Bueno, a ese chico llévelo al oculista, porque generalmente puede llegar a tener un glaucoma congénito; tiene un excesivo brillo en la mirada y llora cuando toma la mamadera, porque el chico hace una maniobra de balsalva de presión y aumenta la presión ocular y eso le provoca el llanto y el dolor. Durante el desarrollo causas importantes que traen trastornos visuales son fundamentalmente los traumatismos, o sea las heridas provocadas por flechas, rifles de aire comprimido, por traumatismos en el deporte. Yo siempre hago hincapié en la situación de cuando yo me senté por primera vez en la lámpara de hendidura, porque el ojo es un órgano muy pequeño, que por ahí está en relación generalmente con todas las distintas especialidades de la medicina. Entonces, cuando uno se siente detrás del microscopio, de la lámpara de hendidura (Uds. vieron que todos tenemos un aparato que apoya la cabeza), se ven las arterias y las venas en vivo; es la única rama de la medicina que tiene acceso a este tipo de tecnología. Vemos los glóbulos rojos cómo pasan a través de los vasos, vemos cómo los músculos iriosiliares y músculos del iris trémulan, se mueven, entonces, ante esta situación uno siente un gran respeto por la creación, porque eso trae aparejado en lo que yo quiero hacer hincapié en este momento.

Se produce un traumatismo (nadie valora la visión hasta el momento que la pierde) entonces, fundamentalmente hay que tener excesivo cuidado en todo este tipo de juegos que desarrollan los niños: generalmente, no pasa una semana sin que no tengamos una herida penetrante grave en el hospital. La vemos en el hospital o en el consultorio. No somos tantos, somos pocos habitantes en La Pampa, y siempre, todas las semanas pasa algo.

Eso es muy importante, porque son lesiones que a veces son totalmente irreversibles. A pesar de los tratamientos y de las cosas que se pueden hacer, en este momento son irreversibles. Con respecto de las patologías del adulto, acá fundamentalmente, la enfermedad que más se destaca y que más vemos y que más trastornos produce es, fundamentalmente, el glaucoma.

El glaucoma es una enfermedad caracterizada por el aumento de la presión ocular con deterioro del campo visual y atrofia del nervio óptico.

Fundamentalmente es una enfermedad que comienza después de los 30 años, a veces puede empezar antes, porque se llama glaucomas congénitos tardíos, y que tiene una forma bastante insidiosa, o sea, nadie se da cuenta de que está padeciendo glaucoma o tiene alguna sintomatología en particular, no da síntoma, los únicos síntomas los tiene que detectar el médico cuando alguien va a la consulta, o por alguna conjuntivitis o porque va a cambiarse los lentes, entonces, nosotros habitualmente le tomamos la presión del ojo a todos. Esa es la manera de detectar.

Existen dos o tres clases o cuatro o cinco de glaucomas, glaucomas primarios, secundarios, congénitos, congénitos tardíos, vasculares, hay distintas clases que nos interesan.

Otra de las causas que nosotros vemos de de ceguera del adulto es la retinopatía diabética.

El diabético tiene una sobrevida exactamente igual a aquel paciente que no es diabético.

Eso se ha logrado, gracias al equilibrio hemodinámico, y gracias a la insulina y a todos los adelantos con que en este momento cuenta la medicina.

Los diabéticos generalmente desarrollan una vida normal pero a la retina, que es un órgano muy, muy frágil, generalmente se le producen lesiones que tienen que ser tratadas adecuadamente y en el momento oportuno, porque se producen hemorragias, exudados, que si no reciben un tratamiento adecuado, la ceguera es irreversible.

Otra de las causas que nosotros vemos frecuentemente, es también, el desprendimiento de retina, que es una enfermedad que se da generalmente a consecuencia de las grandes miopías. Aquellos miopes muy, muy altos, son pacientes pasibles de padecer un desprendimiento de retina.

Otra de las enfermedades que nosotros vemos muy habitualmente y con la que a veces tenemos muchas dificultades, fundamentalmente en el tratamiento, porque es muy difícil lograr hacer el diagnóstico etiológico, es la uveítis.

La uveítis es una enfermedad caracterizada por una inflamación aguda, muy violenta, de toda la parte vascularizada del ojo, de la parte media.

La uveítis estaría formada por la retina, la coroides y el cuerpo ciliar, o sea, cuando se afectan cualquiera de esos elementos, que son vitales, generalmente traen graves trastornos.

Nosotros como oftalmólogos, tratamos a veces, cuando nos juntamos con nuestros pares, de indicarles fundamentalmente los métodos de prevención a aquellos médicos que no son oculistas, porque ellos son los que en primer momento están en contacto con el enfermo. Ocurre que si Ud. tiene una inflamación del ojo, supuestamente en cualquier pueblo de La Pampa, concurre al médico: el médico sin ningún tipo de elemento, le hace el diagnóstico

de conjuntivitis y le da unas gotas: este paciente puede tener una uveitis; entonces se perdió una semana de tiempo con las gotas y cuando viene a nosotros ya está en una etapa normalmente distinta, porque la uveitis es una enfermedad que normalmente puede ser violenta y en tres, cuatro días avanzar y quemar muchísimas etapas que no ocurre en otros tipos de enfermedades. Yo, quería, como último racconto, destacar que en la prevención de la ceguera, nosotros pensamos que no es lo mismo el actuar preventivamente en una etapa muy, muy precoz de las enfermedades: inclusive, con un tratamiento adecuado, yo pienso que el ojo humano, es uno de los órganos más caro para el ser humano, probablemente el que lleve el 70% del valor de todos los sentidos, y quizás más. Por eso yo, ante esta reunión y con mi mayor respeto, agradezco poder ofrecer un tratamiento, un alivio o por lo menos un saludo cordial a mis pacientes.

PANEL: DERECHOS DE LAS PERSONAS CIEGAS A CONOCER SU DIAGNÓSTICO

Dr. Emiliano T. ALVAREZ
Prof. Beatriz Z. de ALVAREZ

Cuando hablamos en este panel, de “El derecho de la persona”, no sólo la persona ciega, cabe aclarar, tiene derecho a conocer su diagnóstico; creo que sería prudente primero reflexionar sobre qué significa para cada uno de nosotros la palabra verdad, ya que si manejamos un código, donde la palabra verdad, tiene un sentido muy profundo, en cuanto a valor y principio, puede que entonces tomemos ese derecho y hagamos que ese derecho se cumpla.

Pienso que es en la Biblia, donde la palabra tiene un significado: dice que la verdad nos hará libres. Sin embargo, a veces nosotros decimos: “¡Y se lo dije!”, porque uno considera que se tiene que decir una mentira piadosa.

La verdad, no permite mentiras piadosas y, sin embargo, nosotros nos damos el lujo de decir mentiras piadosas.

Todo esto comienza cuando en una situación “X”, por lo general inesperada, surge un accidente donde nos enfrentamos con un proceso necesario de acudir al oftalmólogo y a los médicos, para saber qué ocurre en esta situación, y allí es donde comienza todo un peregrinar, diría yo, buscando respuesta a qué es lo que va a pasar. Mientras, la enfermedad avanza.

Así le sucedió a mi esposo, evidentemente perdía la vista. Una vez las cosas las intuye más allá de lo que le digan. Concurro un día al oftalmólogo que lo atendía en aquel momento y le expreso que realmente quería saber lo que iba a pasar. Con mucha consideración me explicó perfectamente que era lo que iba a ocurrir y entonces yo pregunté que era lo que había que hacer en este momento. El me respondió, esperar. Esperar porque el que conoce el tema médico se da cuenta de qué es lo que va a ocurrir. Yo me callé la boca; solamente mi director espiritual sabía qué era lo que iba a suceder.

Pienso que transcurrieron seis meses en los cuales me sentí como si encubriera algo, y se continúa haciendo otros encubrimientos para que no se noten determinadas cosas; es como una ola, o una nube o una montaña o una bola de nieve que hace que todo ande mal, porque la primera que incluso no tenía seguridad era yo; creo que hasta mi rostro cambió en aquellas oportunidades.

Gracias a Dios se conoció el diagnóstico y cuando el médico se lo dio, al día siguiente estábamos en el Instituto Román Rosell para hacer el curso de rehabilitación.

Y a todo esto yo me había pasado seis meses en una profunda tristeza. ¿Qué ocurrió después? Todo anduvo sobre rieles y de a poco pudimos ir avanzando, con mucho sacrificio, sobre todo porque en ese momento teníamos cuatro chicos; ahora tenemos seis.

También ellos entraron en el proceso de rehabilitación. Nos costó muchos esfuerzos y más de una vez, realmente hubiera querido borrarlos. Pero, todo proceso lleva tiempo, y mucha gente nos acompañó, nos comprendió, no obstante lo cual destaco que hubo muchas cosas que también podrían haber sido distintas. Entonces busqué en cierta manera cómo poder

acortar esos tiempos, que esos procesos mejoraran, y es así como al cabo de los años, me encontré de cabeza en este tema, sin haber pensado que iba a llegar hasta aquí. Es por eso, que diría que no tengo experiencia en el tema, ya que muy recientemente obtuve este título y sigo con esa especialización a la que se refería Tejerina, pero reconozco que guardo un profundo respeto por la familia y por la persona a las que les sucede este proceso.

Mi compromiso, ahora está justamente centrado con el poder lograr y yo diría hasta fortalecer la relación, entre docente, médicos y todos los agentes comunitarios que participan dentro de un ámbito. ¿Por qué? Porque como docente antes de hacer esta especialización diría que siempre me gustó que el alumno aventajara al maestro y en esto de ser docente de personas ciegas, disminuidas visuales, también el maestro está en segundo plano, porque es esa persona la que tiene que aventajarlo, y tener voluntad para lograr una rehabilitación, para ser útil a la sociedad pero con su voluntad y con la ayuda de todos. Por otro lado, hay que considerar el hecho de poder comprender a la familia, ayudarlos a participar en el proceso, y también hay que considerar fortalecer al oftalmólogo, ya que su rol no es fácil, al tener que decir a las personas lo que ocurre.

Creo y siempre lo creí, que cuando los esfuerzos son compartidos, cuando la gente tiene muy buena voluntad y realmente se abre a las posibilidades del otro, le gusta deponer actitudes, le gusta estar dispuesto al cambio al tener oportunidades de ver lo que necesita el otro, y no decidir por el otro, así se buscará el lugar que a cada uno le corresponde en la sociedad: porque si cada uno de nosotros estamos aquí, por algo será y el espacio lo teníamos antes: no es verdad que lo tengamos que integrar.

Todos tenemos que estar apoyándonos mutuamente.

En el tema de conocer como docente, un diagnóstico para poder trabajar como corresponde con niños, ninguno de los presentes podrá decir que no es importante, ya que si a nosotros, ese oftalmólogo nos indica cuál es la problemática en sí, cómo podemos abordarla, cómo influye el medicamento que el niño está tomando sobre el propio niño, cómo influye la luz, cómo influyen tantas variables que se deben considerar, podemos suponer que nuestro trabajo será mucho más eficiente y también el oftalmólogo podrá contar con nuestra ayuda para evaluar al niño, cuando es difícil obtener respuestas de él, ya que los roles son distintos pero muy compatibles entre sí.

Prof. Beatriz ZOPPI de ALVAREZ

El tema que hoy nos convoca aquí, que es el derecho que tenemos las personas ciegas de conocer nuestro diagnóstico es quizás uno de los temas más discutidos y muchas veces el mismo ha generado grandes y problemáticos debates.

Las personas ciegas solemos echar culpas, porque creemos que nuestra ceguera es culpa de alguien y no pensamos en el que, en el porqué y en el para qué de esa ceguera. Nosotros simplemente nos pusimos a pensar, como dijo Beatriz en el ¿por qué? ¿por qué a mí?, y lo hicimos bastante tiempo; pero nos dimos cuenta que en ese pensar ¿por qué a mí? perdíamos un tiempo valiosísimo y que si nosotros pensábamos ¿por qué no a mí? y encarábamos el problema de la ceguera como correspondía, podría cambiar nuestra situación. ¿Por qué necesitamos la persona ciega conocer nuestro diagnóstico? Uno de los motivos lo dio Beatriz. Muchas veces en la familia (esto en algún Congreso lo dije, y me costó que me quisiesen llamar la atención y sancionar), cuando se discapacita una persona ya sea ésta cabeza, padre o madre, o hijo, todo el grupo familiar se discapacita. ¿Por qué? Porque todos tienen que aprender a convivir de una manera distinta, con uno de sus elementos que se encuentra en condiciones diferentes a los demás.

Observen que he dicho diferentes, no discapacitados, porque muchas veces las capacidades de los discapacitados, son mayores que las de los que nos consideramos capaces. En alguna oportunidad, yo he escuchado a un amigo Down. Por eso creo que a menudo subvalorarnos a las otras discapacidades, siendo nosotros mismos discapacitados, o sea que nosotros somos prejuiciosos también; nos cargamos con los prejuicios que criticamos en los otros y no nos damos cuenta de que nosotros también de alguna u otra forma tenemos algún elemento de nuestro organismo que no es el 100%.

Dicen que cuando hicieron la revisión de aquellas personas jóvenes de EEUU que iban a la guerra, sólo el 16% de esos jóvenes de 18 años estaban en condiciones perfectas, o sea que el 84% restante tenía algún grado de discapacidad. Entonces es fácil darse cuenta de: ¿quién no tiene alguna discapacidad?, pero es necesario que tomemos conciencia como personas de que en todo momento, como lo dijo Beatriz, el derecho que nos asiste es el de conocer cuál es nuestro futuro, ya que de esa forma podemos prepararnos y encarar el futuro desde una manera distinta y que con esfuerzo podemos salir adelante.

A mí un día lunea, me dieron mi diagnóstico de ceguera. Un día viernes un Sr. a quien yo le tengo el mayor de los respetos y el mayor de los cariños, Hugo García Garcilaso, me había dicho que me convenía conocer un Centro de Ciegos y que también él era ciego y que como ciego, él iba a veranear Bariloche, iba al teatro, iba al cine con su familia. Cuando salimos de esa reunión Hugo García Garcilaso, yo le dije a mi Sra.: este ciego está loco, ¿un ciego que vaya a Bariloche; a pasear; un ciego que vaya al cine; un ciego que vaya al teatro?, y encima quiere que yo el día martes vaya a conocer un Centro de Ciegos y yo voy a volver a ver.

El lunes nos dieron el diagnóstico; me lo dio un' amigo, un ex compañero de colegio universitario que era el oftalmólogo que me trataba en ese momento. Se pueden imaginar que tanto para él como para mí, ese hecho fue muy duro y muy doloroso. Pero, al otro día, a mí se me abrió un panorama distinto y por una cosa quizás intrascendente o muy simple: tuve un ábaco en mis manos y como a mí me gustaban las matemáticas, me dí cuenta de que con un montón de bolitas, yo podía volver a hacer matemáticas y si yo podía volver a hacer matemáticas, también podía volver a hacer muchas cosas.

Entonces esos dos hechos fueron trascendentes: el pronto diagnóstico y el conocimiento de la persona ciega de que la ceguera no es el final del camino sino que es el principio de un nuevo camino. Que con el apoyo de los técnicos y con la rehabilitación uno puede volver a ser la misma persona. Ahora bien, hay una cosa que es importante. En algún momento yo escuché una anécdota, de una madre de un niño sordo-ciego, que le dijo a los docentes, esto y que yo lo tomo como palabras mías: yo no elegí ser ciego, pero la mayoría de los que me están escuchando, han elegido ser docentes de ciegos y Uds. tengan en cuenta que son administradores de tres factores que los han hecho los ciegos:

PRIMERO: Son educadores con un método que es el método Braille, que lo hizo un ciego. SEGUNDO: Son administradores de un hermoso método que nos permite a los ciegos el manejo del bastón, que nos da una libertad prácticamente absoluta y lo único que hizo este buen profesor Hoover, es recopilar y estandarizar las formas en las cuales los ciegos se movían en el mundo. TERCERO: Uds. son educadores en A.V.D., actividades de la vida diaria, o A.V.C., actividades del vivir cotidiano, todas esas palabrejas que se le dicen a esa hermosa parte, que es el manejo personal de la persona ciega, y eso es simplemente la recopilación que hacen los educadores de la transmisión que les han ido dando los ciegos, de cómo ellos cocinan, de cómo ellos se lavan, de cómo ellos se manejan independientemente. El compromiso para Uds. es muy grande y nosotros, como ciegos, estamos muy agradecidos, pero queremos, como dijo Beatriz, la verdad. Por ahí algún poeta dijo con la verdad, ni ofendo ni temo, aunque sea dura. Y hoy a la mañana yo recibí una profunda emoción cuando dos amigas de peso, amigas de peso en la Tiflogía Argentina (pese a que algunas de ellas o a las dos, no les gusta que le digan que son de gran peso en nuestra Tiflogía), pero sí son de peso por su ciencia, por su dar y por los años que llevan, recibieron un gran premio de otro idealista. A mí me hizo ver que si ellas han llegado a donde han llegado, es por la ilusión, por la esperanza y por la fe que pusieron en nosotros los ciegos. Y yo, para finalizar, quiero hacer un simple cuento. Se dice que un joven, como los que están frente a mí, quería hacerle una broma a su viejo maestro ciego, como yo; entonces el joven como Uds. dijo: yo voy a poner un pájaro entre mis manos, voy a ir frente al maestro y le voy a decir: maestro, tengo un pájaro entre mis manos, ¿este pájaro está vivo o está muerto? Si él me dice que está vivo, yo apretaré mis manos y lo mataré; si él me dice que está muerto, yo abriré mis manos y lo largaré. Entonces el joven fue a ver al maestro ciego y sabio, y le dijo: Maestro ciego y sabio, tengo un pájaro entre mis manos. ¿Está vivo o está muerto? El maestro ciego y sabio le dijo: Tú tienes la decisión en tus manos.

Maestros de ciegos, educadores de ciegos, Uds. tienen ese pájaro que es nuestra ilusión como ciegos, en Uds. está el apretarlo y frustrar la vida de una persona ciega o abrir sus manos y echar a volar ese ¿pájaro de la ilusión que tenemos los ciegos.

Dr. Emiliano T. ALVAREZ

A continuación el Dr. Juan CANTARUTTI agregó:

Los que abrazamos con mucho cariño, la profesión de oftalmólogos, tenemos un espíritu, a veces diferente, por lo caro que significan los ojos para el ser humano. Normalmente sabemos, somos concientes que nuestro error, ya sea en el diagnóstico o en la terapéutica, el paciente lo llevará como una pesada carga durante el resto de su vida. De eso somos concientes, por eso yo me he preparad.0 durante quizás toda mi vida y trato de seguirme preparando para que no me ocurra lo que aveces suelen comentar los cirujanos, que tienen que tener un corazón de león y la delicadeza de una mano de mujer para poder hacer cirugía de ojo. Yo digo que no, que al contrario, lo que tenemos que tener, fundamentalmente, es un gran respeto por el ojo, un gran respeto por la creación, entonces de esa manera, nunca vamos a ser vanidosos, y vamos a estar en condiciones a veces de resignar un diagnóstico. Yo honestamente les digo: mi especialidad, es tratarcon gente límite, hago cirugía de retina, ya hace unos cuantos años que conozco gente que se ha quedado ciega y que viene a mi consultorio, ciego, tanteando, abrazando las paredes y a alguno de ellos les he devuelto la visión. Por eso es que a veces yo pienso que en el caso particular mío, estamos muy preparados para enfrentar ese tipo de situaciones para las que, a veces, otros médicos, inclusive otros oftalmólogos, no lo están.

Yo, por ejemplo, voy a traer acá el caso de una chica de 20 años que hace aproximadamente tres, hizo una uveitis bilateral, muy grave; le aconsejé que fuera a Buenos Aires a hacerse esos estudios de que habíamos hablado. Ella fue y por distintas razones económicas, de otra índole, consultó por otro lado, y volvió a verme a mí, por temporadas. Yo le dije: “por favor, no te dejes tocar, no te dejes operar, esperá, tené paciencia, el proceso se va a enfriar”, pero no me quedé dormido en los laureles. Ella estaba ciega, estaba tanteando. La mandé a la escuela, las chicas la vieron, le enseñaron a caminar con el bastón, la apoyaron, la ayudaron psicológicamente. Cuando yo lo creí conveniente, se le hizo un transplante de córnea, una cirugía de retina y hoy vé. Tiene 22 años, yo no me quedé dormido. Cumplí con los dos aspectos, o sea, luché por el aspecto médico para el que me preparé toda la vida y, por la otra parte, gracias al apoyo de la escuela también, hice lo que correspondía; pero yo creo que es muy difícil poder decirle al paciente que acá es el final, porque yo creo que nadie, en este momento, como está la ciencia, nadie sabe dónde está el final.

PANEL: ENFOQUE PSICOLÓGICO DE LA REHABILITACIÓN

Dra. Liliana SCHWARTZ de SCAFATI

Lic. Rita BEDERMAN de ALPERT

El tema nos convocó para pensar algo. En este caso, cuando uno inicia algo, le pone un nombre, y a esta Jornada se le puso el nombre de Rehabilitación.

Todos creemos entender de que se trata, parecería que los nombres nos unifican los criterios; pero estoy segura de que cuando lo pregunte, no va a estar tan claro qué es rehabilitar.

Todos van a decir cosas aparentemente distintas, o semejantes y se podrían suscitar muchas discusiones. Sin embargo, voy a intentar demostrar que no hay tales cosas distintas porque vamos a buscar o a reflexionar sobre cuáles son las condiciones que promueven determinadas definiciones y cuando digo cuáles son las condiciones que promueven determinadas condiciones, me refiero al paradigma occidental en relación a nuestra manera de pensar la realidad. Esto es pensar un poco desde cuestiones metafísicas o desde cuestiones filosóficas, pero no hay ningún objeto de ninguna disciplina que exista por sí, independiente de alguna reflexión filosófica; todos los objetos responden a una reflexión filosófica y de acuerdo a la reflexión filosófica que se haya hecho será la manera de entender a ese objeto, en cuanto a su realidad y consistencia.

Los objetos se los puede entender como que existen independiente de su significado o se los puede entender como que son sólo efecto de significación.

Esas son dos maneras opuestas de poder pensar acerca de la realidad. En general en Occidente, (cuando digo occidente, no me refiero a un lugar geográfico, sino a una manera de pensar y de condicionar nuestro pensamiento, en general), decía que en occidente, desde hace 2.500 años se piensa siempre igual.

A pesar de los supuestos progresos que la ciencia dice tener porque la ciencia es un efecto de este pensamiento; entonces cuando yo digo que piensa siempre igual, no me refiero a contenidos, sino a procedimientos para pensar, quiero deslindar bien claro esto, porque aparentemente los contenidos van rotando, van cambiando y se van sucediendo unos a otros, pero siempre condicionados por ciertas particularidades que hacen que los pensamientos y los objetos adopten determinadas formas y no otras. Como le tenemos que encontrar un culpable, digamos, a esta situación en que nos hemos condicionado durante 2.500 años, vamos a poner un culpable, siempre hay que poner un nombre. Este culpable se podría decir que fue Platón, miren qué lejos que nos vamos.

En alguna forma, Platón determina desde aquel entonces, que hay una manera de entender la realidad doble, o inaugura lo que se llama el dualismo.

A lo que nosotros podemos acceder, es siempre y nada más que a las apariencias y que además hay algo del orden de la verdad, que siempre está en otro lado. Esa verdad es algo así como que es la completud, el ideal, una utopía, un absoluto, una perfección, algo a lo que nada le falta; esa verdad en la época platónica, se coloca en lo que podíamos llamar, el logos o mundo de las ideas, mientras que el mundo de la realidad, el mundo donde nos manejamos los sujetos, es el mundo de las apariencias, por lo tanto, ese mundo de las apariencias, es

solo un reflejo, según la alegoría de la caverna, es sólo un reflejo del mundo de la verdad. Siempre la va a faltar algo, siempre es algo incompleto, algo que para poder ser absoluto y perfecto, tiene que acceder a ese lugar de verdad y de ideal. Esto de una vez para siempre armó una realidad, recuerden, un pensamiento dualista, siempre pensamos en términos dualistas, algo es completo, algo es paradigmático, algo es ejemplificador, algo es dueño de la verdad, algo no le falta nada y del otro lado, algo es incompleto, algo está en la falta, algo tiene falla, algo es diferente y hay que organizar una serie de cosas para suplir lo que a ese o a eso le falta, pensando que lo que le falta, lo sabe el que ostenta la perfección.

Esto no lo hemos eliminado nunca en los 2.500 años; siempre pensamos que al otro le falta algo de acuerdo con algún paradigma que sustentamos, de acuerdo con algún ideal que sustentado: siempre hay alguien al que le falta occidente, siempre pienso que a los otros que no eran occidentales les faltaba ciencia, les faltaba educación, les faltaba algo porque la ciencia, la educación, etc. era de este lado. De acuerdo a esto, se instrumentan medidas, programas, planes de todo tipo, culturales, educacionales, de maneras de vivir, de tratamientos y hasta la vida de la gente, o sea, se instrumenta todo porque de acá salen condiciones o problemáticas éticas terribles, con respecto a los derechos de vida de cada una. Esto ha condicionado todo el pensamiento; insisto y pido que reflexionen sobre cómo están acondicionados por esta manera de pensar acerca de que la realidad es doble. Hay un lugar de la completud y un lugar de la incompletud, del defecto, de la falta. Pero esto implica como sistema ontológico -esto se llama ontología-, digamos un sistema explicativo acerca de la realidad.

Esto implica una lógica de pensamiento, que quiere decir cómo operar en esta situación. En esta lógica de pensamiento, la lógica que implica, es la de la negación; nos hemos acostumbrado a pensar en el aparecer, en la realidad, en función de una lógica de la negación; no se afirma o el individuo no aparece como individuo completo, la cosa o del objeto no aparece como algo completo porque se lo necesita siempre comparar con lo que no es.

Entonces se significa siempre por lo que no es, o por lo que es, porque al estar planteando un problema de falta es evidente que nadie va a ser portador de la completud. entonces esto y voy a dar un ejemplo de lo más sencillo, esto es un vaso porque no es una jarra, la palabra lingüísticamente vale no en sí misma, sino por la palabra que le antecede y por la palabra que se pospone, o sea, que la significación del objeto, del ente, del sujeto, del ser pasa siempre por una cuestión de negación y ésta, la lógica de la negación, también tiene 2.500 años de preeminencia en nuestra manera de pensar. Esto trae como se imaginan, consecuencias prácticas diarias, científicas y de todo tipo, cuando nosotros estamos pensando en un accionar como el nuestro, rehabilitatorio.

Podemos sin querer, pensar en que alguien ha perdido algo, que tiene la falta, y que nosotros sabemos lo que le falta; entonces lo rehabilitamos, porque es una manera de darle lo que le falta, por lo cual lo pensamos como un individuo imperfecto, lo pensamos como a alguien al que se le ha acabado algo, se le ha quitado algo, tiene un agujero, tiene algo que le falta. Ahora nosotros podríamos invertir la situación y pensar que cuando una persona cambia de situación en lugar de hablar de pérdida, decimos, cambia de situación, y todos cambiamos de situación, cambiamos de situación a nivel evolutivo, a nivel estado civil, a nivel de roles, a niveles físicos por una cuestión de edad, todos cambiamos constantemente, no permanecemos idénticos desde el mismo momento que nacemos hasta de tamaño cambiamos. Son

distintos tipos de cambio, se cambian y se pierden aparentemente afectos, se pierden muchas cosas, son distintos tipos de cambio, pero ¿qué producen estos distintos cambios?, producen que nos quedemos con un agujero o producen que de última lo que hay es un individuo que en ese momento es diferente, pero no porque es diferente, porque le falta lo que el otro tiene, es diferente a sí mismo porque tuvo cambio en algún momento determinado y de última tendrá que adoptar algún otro tipo de prácticas relacionado con la completud que tiene ahora, no con la completud que tenía antes; no se si me explico. Porque si siempre partimos de la idea de la completud que tenía antes, siempre vamos a ver nosotros qué es lo que le falta, pero si de golpe partiéramos de la idea de la completud que tiene ahora, o sea, que no es un individuo con falta, ahora simplemente es un individuo así, y bueno tendríamos que empezara preguntarnos ¿sabemos nosotros lo que necesita en esta completud distinta? o tendríamos que trabajar en una situación más positiva, sacarnos un poco la omnipotencia del técnico, del educador, del profesional, del docente rehabilitador. Y todos los nombres que hemos tomado.

En ello se despliega siempre y como en un escenario, alguien que, como técnico tiene la omnipotencia de la completud y de lo que le falta al otro y alguien; que como sujeto y receptor de nuestra técnica, le cabe siempre el lugar de la carencia o de la falta.

Si pudiéramos cambiar, yo se que esto ustedes van a decir: “pero yo nunca estoy pensando esto, yo no estoy pensando que soy perfecto, yo no estoy pensando que el otro es carente”, eso es a nivel conciente, pero ustedes saben que los psicólogos tenemos la desgracia de pensar siempre las cosas a niveles inconcientes y sabemos que el inconciente condiciona al pensamiento conciente. También alguno me puede decir, yo no creo en el inconciente y a mi me parece bárbaro, pero mientras sigamos dentro de la idea de que el inconciente determina el conciente, y bueno, esto es, son formaciones inconcientes de alguna manera que se han ido transmitiendo incluso culturalmente en el sentido, que nos manejamos con este tipo de lógica nos manejamos con estos principios y se manifiesta en todas las teorías: la Psicología no se queda a un costado, no se crean que la Psicología es la ciencia que tiene la posibilidad de separarse: estas reflexiones que estoy haciendo yo, no se hacen desde la Psicología, estas reflexiones son de tipo filosófico, que se aunan en este caso para que yo pueda poner ciertas ejemplificaciones psicológicas por un azar del destino, porque soy Psicóloga además, pero en realidad no estoy haciendo reflexiones desde el punto de vista propiamente de un Psicólogo, porque los Psicólogos en general cuando digo esto me quieren matar: porque esto encara un poco el punto de la omnipotencia y ustedes Saben que si el técnico es omnipotente y es vivido como omnipotente no le puedo decir lo que pasa con el Psicólogo, eso lo saben no todos, es una cuestión de personas por eso digo Psicólogo y no Psicología, porque pobrecita eso es otro punto del que quiero hablar, quiero separar algunas cosas, entonces la cuestión esta de la omnipotencia que pasa por todas las profesiones, a veces, en la psicología aparece como un poco más persecutoria porque parecería como que los psicólogos tuviéramos ciertos poderes, como dije al principio, saber muchas cosas y de estar marcando siempre las faltas del otro, es desesperante. La gente habla delante de uno, vos que sos psicóloga, a vos qué te parece, como si uno fuera la madre María, a vos qué te parece, yo soñé con esto, en realidad uno no sabe nada. Pero siempre le están pidiendo un lugar de saber, muy difícil conocer ese lugar de saber porque en él los colocan los demás. Vamos a tratar de correr esos lugares de saber y no todos saben correrse del lugar del saber. Este sería un primer punto sobre el que yo quería que pudiéramos reflexionar todos en

conjunto y me pudieran hacer todas las preguntas aclaratorias con referencia a este pensamiento occidental que nos comanda en nuestro accionar que yo lo veo muy reflejado, lo veo en todas las prácticas (terapéuticas, educativas, de todo tipo), pero en esta palabra de rehabilitación, este problema de tapar la falta de alguien, que realmente creo que es una de las temáticas básicas a discutir en unas Jornadas o Congresos de este tipo y si planteamos siempre el problema del término que en algunos de los talleres creo que está como temario y también podría ser objeto acá del grupo que está acá presente. La otra reflexión o la otra cosa que yo quería puntuar tenía que ver un poquito más directamente con el título del panel pero esto es, aunque parezca que no era tan directo, es directo porque yo quería situar el accionar también de la psicología dentro de la rehabilitación diciendo: todos los técnicos hacemos lo mismo desde este pensamiento: siempre se ha colocado al técnico en este lugar y al objeto de la rehabilitación en el otro, así que no pude hablar solo de la psicología, tengo que hablar de todas las acciones que se ejercen sobre un sujeto desde todo punto de vista, médico, como quieran, kinesiológico o como se les ocurra, cualquiera sea la acción, basta que sea actuar sobre un sujeto. Con respecto al otro punto que puede ser más específico, se refería a la cuestión de la psicología en rehabilitación, o sea, ya bajando a la cuestión. Ahí yo me planteaba o pensábamos cuál es el papel del psicólogo en la rehabilitación; yo sé que esto trae muchos problemas, sé que ha habido veces en las que se ha discutido si es necesario que haya o no psicólogo en la rehabilitación o en el proceso de rehabilitación; si es necesario que integre o no un equipo de rehabilitación, si es necesario que esté; sobre todo que además hay lugares donde no tienen psicólogos tampoco o por si uno plantea una necesidad en este aspecto, muchos me dirán, “pero si yo allá en donde estoy no hay un psicólogo ni a mil leguas a la distancia” y es bien cierto, y entonces se plantean como si se dicen que se necesitan un equipo de rehabilitación, un psicólogo y los que no tenemos psicólogo, qué hacemos. Entonces por una cuestión de resistencia y de defensas regionales, personales y etc. muchas veces se puede llegar a decir: “no se necesita un psicólogo, total nos estamos arreglando lo mismo; ¿para qué necesitamos un psicólogo?, y yo le puedo decir que sí que no lo necesita, hay mucha gente que está rehabilitada que no tiene psicólogo. Hay muchos centros de rehabilitación que no tuvieron psicólogos, pero entonces qué pasa con la psicología y esto es justamente lo que quiero decir, no siempre se necesita psicólogo, pero sí psicología.

La psicología lo que da es una disciplina, da ciertos principios psicológicos que sin querer, o queriendo, tienen la posibilidad de quedar integrados a todo el pensamiento de los demás técnicos. Muchas veces no se dan cuenta que están usando conceptos que devienen de la psicología. Simplemente, cuando están usando conceptos de psicología evolutiva, por ejemplo qué puede hacer un niño a una determinada edad, qué puede hacer un adolescente, qué puede hacer un adulto, éstos son conceptos que devienen de la psicología.

Entonces es evidente que si bien, a lo mejor, el psicólogo, no se acá, es la opinión que voy a dejar que ustedes digan, no es necesario o depende de las circunstancias o depende de la zona o depende de qué tipo de psicólogo le tocó en suerte en el Instituto de Rehabilitación, puede ser o no necesario, pero lo que yo creo es que encarar esta tarea, o pasa en sí, por la personificación de la psicología, del psicólogo, sino también que la psicología está en el trasfondo de todas las acciones que implementamos, eso es una cosa que yo creo y que me gustaría que después discutiéramos.

Psicóloga Rita Bederman

CUESTIÓN PRÁCTICA DE ESTOS CONCEPTOS

Yo quiero transmitirles una experiencia personal, un modo de ver, un modo de encarar las cosas en rehabilitación basado en mi experiencia personal de trabajar cotidianamente en rehabilitación. Puede haber otras modalidades de trabajo, otras formas de encarar el tema, del trabajo en rehabilitación, con fundamentaciones muy válidas, tal vez tan válidas como éstas, o más, es por ello que hemos pensado con Liliana, esta forma de relacionarnos con ustedes, en realidad fue lo primero que decidimos, cuando nos reunimos para coordinar la actividad. Hablamos, planteamos, abordamos el tema con un pequeño esquema para exponer desde nuestro punto de vista el abordaje al mismo para que luego ustedes pudieran hacer sus aportes para sumarlos a éstos y así, entre todos enriquecernos con nuestro trabajo en común. Luego, empezamos a hablar sobre la rehabilitación como un proceso dinámico; debemos entender la persona que requiere rehabilitación como un protagonista, un sujeto activo que debe ser recibido como tal, con todo lo que ello implica, miembro de una familia, parte de una comunidad, y se van a integrar estos elementos al trabajo en rehabilitación para que ellos puedan a su vez acompañarlo como lo hace el equipo profesional que está trabajando con él. Esto es muy importante, no lo debemos perder de vista, es, yo diría, un criterio para encarar el trabajo, y es por ello que en primer lugar, debemos considerar a la persona y hacer nuestra primera contención de la situación a través de la asistente social y del psicólogo. El asistente social va a ser quien evaluará la situación, va a hacer esa evaluación para actuar inmediatamente con todos los instrumentos que tiene, de acuerdo a las necesidades. El psicólogo, la psicología, juega un rol muy importante en este proceso, ya que su diagnóstico va a influir en las restantes áreas, y va a participar en todas las fases, en todas las etapas del tratamiento. Cuando este tratamiento se realiza a través de un equipo interdisciplinario, cada etapa es planificada y evaluada por todo el equipo, con la intervención directa del participante, con su posibilidad de elegir y decidir.

Cada profesional, cada técnico del equipo, tiene en cuenta este aspecto psicológico en su tarea específica, cada uno busca, yo diría, la mejor manera de relacionar a la persona con las técnicas, para lograr una mayor eficiencia en el desarrollo de este proceso y en ese caso todos tienen en cuenta el factor psicológico, pero es con el psicólogo con quien la persona realmente puede trabajar en temas fundamentales para él mismo, como son todo el proceso de la aceptación de su nueva situación, de su discapacidad, la elaboración de un nuevo proyecto de vida, o simplemente las dificultades que le surgen en el uso de las técnicas. En el diagnóstico, este profesional, teniendo en cuenta, la historia vital de esa persona, las formas en que enfrentó las situaciones de pérdida, los duelos, la personalidad, tanto desde el punto de vista estructural, como dinámico, los elementos de la situación actual, en el diagnóstico constituye un aporte invaluable para el futuro del tratamiento y para el apoyo de su evolución. Es por esto que en general el diagnóstico se maneja a través de la entrevista; se pueden usar técnicas como las técnicas proyectivas, test específicos, test de orientación vocacional, cuestionarios asociativos, incluso test de medición a nivel intelectual, como el test de Weschler en su escala verbal.

El proceso se maneja a través de técnicas individuales y grupales de acuerdo con las necesidades. Yo no quiero extenderme mucho sobre los elementos técnicos del trabajo del psicólogo, porque hay manuales escritos y se pueden consultar. Estoy tratando de exponer lineamientos para dar una base a la reflexión- Cuando la problemática sobrepasa los

objetivos que se plantean en una tarea de rehabilitación, también el psicólogo puede trabajar sobre la derivación de esta persona a un servicio especializado para realizar el tratamiento que requiere. Mi planteo está en función de una situación ideal, en la cual el equipo cuenta con un profesional, con un psicólogo, integrado a este equipo. Pero así como lo mencionaba Liliana, no ocurre en realidad: a veces, sucede que los equipos carecen de un psicólogo integrado al trabajo en común, por lo tanto cada rehabilitador y cada equipo deberá arbitrar los medios necesarios como para suplir esta falta.

No quiero sobreabundar en estos detalles técnicos. Simplemente, este criterio nos lleva a pensar que en realidad la persona que requiere rehabilitación, no es una persona a la que le falta algo. El equipo profesional tiene que trabajar sobre él, para ayudarlo a compensar, ya que debemos pensar en su libertad, en su posibilidad y en su necesidad de apoyo, de un apoyo que lo ayude a dirigirse hacia aquellos elementos que pueden favorecer su desarrollo. Esto, en síntesis, es la idea central del esquema, que yo quería transmitir y me parece importante pensarlo. Yo creo que es la primera señal que le debemos dar a la persona, cuando acude pidiendo rehabilitación: considerarlo como un ser único y por lo tanto, elaborar programas individuales de rehabilitación, programas que si lo pensamos ofreciendo un tratamiento a nivel integral, debe contemplar la valorización de las técnicas propias, lo que hizo por sí mismo, para enfrentar la situación ya partir de esto, perfeccionarlas e incorporarlas nuevas. Y en un equipo y cuando se trabaja en equipo es muy difícil recortar cada campo, porque permanentemente se están entrecruzando yo diría que el quehacer del psicólogo, el rol del psicólogo, es esto, el profesional lo acompaña, lo apoya, lo orienta, lo lleva a dirigirse permanentemente hacia aquellos factores que pueden implicar sus posibilidades de desarrollo y en ese caso la persona puede lograr su máxima independencia, su adaptación al plano, al medio social, educativo, laboral, con los ajustes necesarios como para lograrlo de una manera plena. En ese caso el psicólogo tiene mucho que ver y todos nosotros también. Lo que lleva a cumplir con el objetivo de la rehabilitación es el desarrollo del rehabilitante, lograr su máxima integración junto a otras personas, seguro de su capacidad, compitiendo en igualdad de oportunidades y sin distinguirse más que por sus condiciones personales.

PARTICIPANTES DE LAS XI JORNADAS ARGENTINAS DE TIFLOLOGÍA

TALLER DE REFLEXIÓN N° 1

CRESPO, Susana Esther
URIBE, Lucía Bella
SCHWARTZ, Liliana Estela
CEBALLOS, Aldo Oscar
POBLETE, Osvaldo Bienvenido
IROZ, Marcelo Abel
PIEZZI, Christine B.
PIZARRO, Delia V.
DE SAAVEDRA, Cecilia del Rosario
PASTRANA, María Elena
IGLESIAS, Gabriela Lujan
DI BENEDETTO, María Susana
DIAZ DE JORRAT, Rosario C.
SOSA, Elvira I.
DELBON, María Estela
SOTO, Rosa
PICCIONE, Lucía
GOMEZ, Carmen R.
HERRERA, Clara Nelía

TALLER DE REFLEXIÓN N° 2

UHRICH, Mariela Haydee
BOLZAN, Nancy Lucía
PISANO, Teresa del Valle
CONDE, Mónica M.
FIDALGO, Jorge Emilio
GARCIA, José P.
OLIVA, Walter Leonardo
EICHELMANN, María Marcela
BRIGGILER, Deborah del Valle
PEDRON, Karina Patricia
CORREA, Silvia Adriana
CHAVERO, Marcela Esther
SEDO, Graciela Adriana
GIORGI, Adriana Cecilia
LUNGHI, Marta Mabel
QUIROGA, Isabel del Valle
CHAMAS, Navibe
VAVRA, Graciela

GODOY, Narciso J.
DIB, Jorgelina
LUCERO, Santiago H.
ELIAS, Fidela Isabel
ROSASCO, María Josefina

TALLER DE REFLEXIÓN N° 3

CASTRO, Leticia Adriana
CABRERA, Mónica Susana
FOGLIAZZA, Liliana Anahi
REPARAZ, Alicia Argelia
PALACIOS, Amelia Beatriz
RUIZ DIAZ, Vivían Yamile
RODRIGUEZ, Laura Mónica
SILVA, Analía Edith
CANCELO, Mónica Silvina
SHIFFET, Andrea María
ARIAS, Gladys L.
PUCCIARELLI, Laura B.
BOUDET, Alicia Inés
GONZALEZ, Elba A.
LOPEZ VALERA, María del Carmen
TOLEDO, Leonel Roberto
LOPEZ, Laura Antares
JONES, Andrea Fabiana
LABARTETE, Gabriela Beatriz
DEL FRATE, Silvina Analía
OLGUIN, Mónica Edelweis
BERTONI, María Julia
ISQUIERDO, Gabriela Fabiana
PEREYRA, Jorge Andrés
BLANCO LIJO, María de las Nieves
BIANCHI, María Belén
LOPEZ HUARITA, Ana María
GONZALEZ, Pablo Esteban
PEREZ, Liliana del Valle
MORESCHI, Mariela L.
FUENTE ALBA, Oscar
SADY, Dumenés
MOLINA AVILA, Laura
WEBER, Martín

CASTILLA SASTRE, Cecilia G.
PEREZ, Adriana Alicia
BARBERO, Elva María
SOMMA, Norma Bibiana

TALLER DE REFLEXIÓN N°4

STELLA, María del Carmen
BRUNO, Diana Mirian
LITWIN, Ana Blanca
FRANGI, Graciela N.
ORTIZ PUENTES, Elizabeth V.
VALLE, Mirta Susana
MENDIA, Adriana Haydee
NIETO, Analía Edith
CUELLO, Cristina Alicia
LAZARTE, Dolores Leonor
VITTORI, Miriam M.
IGNATOFF, Elida Petrona
SILVA, Ana María
GAETA, Fabiana Irene

TALLER DE REFLEXIÓN N°5

ROBERT FANJUL, Ana Silva
TROIISI, Carlos Alberto
FERNANDES, María Cecilia
SORIA, Alejandro Liliana
BIANCO, Cynthia Beatriz
EMANUELI, Claudia Adriana
PEDREIRA, Paula Beatriz
PACHECO, Susana Mabel
CADOCH, Esther Delicia
GRECO, Vilma Mabel
JORGE, Miriam Graciela
NEVISARDI, María Alejandra
VERDUGO, Ceferino
RIZZI, ,Graciela N
COSIO, Alfredo
SALVAGNO, Gabriela Haydee
MARTIN, Gabriela Silvina
FERRO, Silvana Ruth
PEREZ, Graciela Analía
NOVOA, Gustavo Mario
RANTUCHO, Alberto Desiderio
FILIPUZZI,, Bettina Andrea

VIEDMA, María Mercedes
ALVAREZ, Emiliano Timoteo
ETCHEVERRY, Patricia Sandra
DIAZ, Dorian Ana
MALATESTA, María D.
DIAZ, María Susana
QUINTANA, Alba
FRASINELLI, Jose Luis
MONZON, Dilma Inés
FERNANDEZ, Adela
LAURINO, Luis
DE LEON, Nestor
POLO, Adriana
SASTRE, Mercedes S.
GUDINO ACEVEDO, Anna Gabriela
PIGRETTI, María L.
ZUJANI, Patricia Alejandra

TALLER DE REFLEXIÓN N° 6

ESPINEL, Silvana Andrea
GIL, Mariana
VENENCIA, Mercedes Inés
IANIZZOTTO, Gabriela Sandra
MAIDA, Rocío Iris
VILLALVA, Gabriela Noemí
PORRET, Vanesa
ZAPATA, Silvina G.
AVELLANEDA, Karina M.
COLABELLI, Mónica G.
GELSO, María Evelina
LAZARO, Mariana
PASTORINO, Norma E.
IBARS, Rosa Ana
LUCCINI, Silvana M.
BARROSO, Silvina Alejandra
SPERRAZZA, Juana Aida
GAROFALO, Rosana Leonor
FRANK, Viviana Rosa Mariana
DITTLER, María Claudia
SOMOVILLA, Gabriela Mariana
ARMENTEROS, Marcela C.
BARROSO, Jorge O.
FLEITAS, Lidia
MONSELESKY, Adriana B.

TALLER DE REFLEXIÓN N° 7

SPERONI, Eduardo Gabriel
PINTOS, Emilia Beatriz
ALTAMIRANDA, Ramón Mariano
PEREYRA, María Susana
YAÑEZ, Fabián Marcelo
POSADAS, Susana Ernestina
PUGH, Edit
ACEVEDO, Mauricio
BAZAN, María Rosa
PENA, Angela María
LOEKEMEYER, Marisa
NARDONE, Enrique

TALLER DE REFLEXIÓN N° 8

MORONI, Carlos Pedro
BONO, Rosana Beatriz
BROZZI, Claudia Gabriela
AIROLI, Verónica V.
LOPEZ, María Beatriz
AUSCARRIAGA, Olga
GOMEZ, María José
DIAMANT, Silvia Felisa
PERTUSI, Omar Alberto
KLIMBERG, Eugenia
KLOSTER, Néstor Ruben
CORONEL, Hugo
MISKOFF, Germán G.
OLIVA, Fernanda María

TALLER DE REFLEXIÓN N° 9

DIAZ, Claudia Elvira
LASAGNI, Renata
FORMIA, Javier Leonardo
DUTTO, Claudia Daniela
HARO, María José
MOREIRA, Alicia Inés
RAPETTI, María Elena
HURTADO DE DOLCE, Sonia
RODRIGUEZ, Elida Dolores

TALLER DE REFLEXIÓN N° 10

GOYECHEA, Analía Mariana
VALLE, Darío Armando
MORANDE, Claudia Patricia
DONNET, Silvina Ester
OGGIER, Andrea Marta
ROGGIA, Silvia Rosana
BERGMANN, Matilde N.
SERRANO, Andrea F.
RAICES MONTERO, Jorge
SCUMACI, Silvia Mabel
ARRUA, Sofía
DAVILA, Adriana Mabel
ERZETIC, Andrea Beatriz
MARTINEZ NIEVES, Pilar
MERCADO, Fanni Patricia
BAIGORRIA, Elsa
BECERRA, Sofía Modesta
DIAZ, María Fernanda
GAUNA, Juana Ceferina
RACEDO, María E.
SARAZOLA, Nora Graciela
PRIANI, Nelly Leterina
AGUILERA, Clara Inés
RICCIUTI, Delia Beatriz
OTALORA, Sergio
VELARDEZ, Analía del Valle
CALVO, Marcelo

***Profesionales de la Ciudad de Santa Rosa
que han participado del Taller:***

IGUIÑEZ, María Andrea - Psicopedagoga
MUNOZ DE TORO, Alicia - Psicopedagoga
TORTA, Marcela - Psicóloga
CRIVARO, Lucio - Psicólogo

***También hubo participación de familiares de
personas con discapacidad visual***

TALLER DE REFLEXIÓN N° 11

FABREGA, Marcela Viviana
COGNO, Stella Maris
BENEDETTI, Karina Gabriela
CARRIZO, Jorge Pablo
VIGLIANCO, Daniela Fabiana
PEREYRA, Mirta Teresa
BORREDON, Marcela Fabiana
FERNANDEZ, Ana Beatriz
MASSERA, Alicia Susana
FERNANDEZ, Graciela
MASSA, Nora Iris
GONZALEZ, Claudia B.
DISALVO, Nilda A.
ELIAS, Jorge

MARTINEZ, Elena
FORMIA, Eva Catalina
GARAY VIVAS, Stella Maris
HERAMONHO, Mario Edgardo
DI LISCIA, Guillermo
BAZAN, María Cristina
BEDERMAN, Rita
GONZALEZ, Esther

TALLER DE REFLEXIÓN N° 12

CABANELLAS, José Miguel
RAMOS, Roberto L.
VACANI, Mabel Alicia
ROSELL VERA, Pedro I.
MONTENEGRO, Ema Delia

INDICE

PROLOGO XI JORNADAS ARGENTINAS DE TIFLOLOGIA	9
TALLERES DE REFLEXION	
TALLER N° 1	
“REHABILITACIÓN Y ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL”	13
EDUCACION Y REHABILITACION BASADAS EN LA COMUNIDAD: UN NUEVO DESAFIO PARA AMERICA LATINA	
Susana CRESPO	14
LA REHABILITACION Y EL SABER (UNA VISIÓN PSICOANALÍTICA DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN)	
Paula M. MACIEL y Martín A. BALBINDER	18
TALLER N° 2	
“REHABILITACIÓN Y TRABAJO”	23
UN APORTE PARA LA UBICACION LABORAL DE LA PERSONA CIEGA REHABILITADA	
María Josefina R. de ROBELO	25
EL TRABAJO COMO UN FACTOR DETERMINANTE DEL PROCESO DE REHABILITACION	
Lic. Ana R. QUIROGA, Lic. Paula M. MACIEL y Martín A. BALBINDER	28
TALLER N° 3	
“REHABILITACIÓN VISUAL”	35
PAUTAS INTRODUCTORIAS PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS PARA LA ATENCION DE LA BAJA VISIÓN Y SU REHABILITACIÓN	
Prof. Elba Alice GONZALEZ y Prof. Alicia Inés BOUDET	36
TALLER N° 4	
“REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN PERMANENTE”	39
DOCUMENTO BASE PARA EL DESARROLLO DE LA TAREA DEL TALLER	
Arq. Ana Blanca LITWIN	40
MI EXPERIENCIA DE INTEGRACIÓN COMO DISCAPACITADO VISUAL	
Martín WEBER	42

TALLER N° 5	
“REHABILITACIÓN Y ORIENTACIÓN Y MOVILIDAD”	47
APORTES DE LA PSICOMOTRICIDAD A LA ORIENTACIÓN Y MOVILIDAD	
Prof. José Ricardo CORONEL	49
EVALUACIÓN DE FUNCIONES AUDITIVAS PERIFÉRICAS Y CENTRALES EN UN GRUPO DE PERSONAS CIEGAS BUENAS DETECTORAS DE OBSTÁCULOS	
Claudia ARIAS, Carlos COURET, Horacio FERREYRA MOYANO, Silvia JOEKES y Nidia BLANCH	56
LA INMOVILIDAD DE ORIENTACIÓN Y MOVILIDAD EN LATINOAMÉRICA	
Prof. Alfredo COSIO PIÑEYRO	63
TALLER N° 6	
“REHABILITACIÓN Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA”	67
PAUTAS INTRODUCTORIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS PROGRAMACIONES DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA CON REFERENCIA A LA RELACIÓN INSTRUCTOR-PARTICIPANTE	
Prof. Norma PASTORINO	68
TALLER N° 7	
“REHABILITACIÓN Y DEPORTES”	71
TALLER N° 8	
“REHABILITACIÓN Y TIEMPO LIBRE”	73
PAUTAS INTRODUCTORIAS PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE PARA REHABILITANTES CON DISCAPACIDAD VISUAL	
Lic. Carlos Pedro MORONI	73
TALLER N° 9	
“REHABILITACIÓN Y TERCERA EDAD”	77
REHABILITACIÓN Y TERCERA EDAD	78
TALLER N° 10	
REHABILITACIÓN Y FAMILIA	83
PAUTAS INTRODUCTORIAS PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS QUE INVOLUCREN A LA FAMILIA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN	
Prof. Beatriz RICCIUTI	84

TALLER N° 11	
“REHABILITACIÓN Y COMUNIDAD”	87
REHABILITACIÓN Y LA COMUNIDAD	
<i>Prof. Mirta Teresa PEREYRA, Prof. Nora Iris MASSA y Asist. Social Alicia Susana MASSERA</i>	89
TALLER N° 12	
“REHABILITACIÓN Y DERECHOS HUMANOS”	93
REHABILITACIÓN Y DERECHOS HUMANOS	
<i>Dr. Roberto Luis RAMOS</i>	97
CONFERENCIAS	
UN ENFOQUE HISTÓRICO DE LA REHABILITACIÓN DE LOS DISCAPACITADOS VISUALES EN LA ARGENTINA	
<i>Prof. Pedro ROSELL VERA y Prof. Ema M. de ROSELL VERA</i>	109
DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO: INFORME ACTUAL DE LAS PATOLOGÍAS OCULARES DEL ADULTO, CIRCUNSCRIPTO A LA REGIÓN	
<i>Dr. Juan B. CANTARUTTI</i>	123
PANEL: DERECHOS DE LAS PERSONAS CIEGAS A CONOCER SU DIAGNÓSTICO	
<i>Dr. Emiliano T. ALVAREZ y Prof. Beatriz ZOPPI de ALVAREZ</i>	127
PANEL: ENFOQUE PSICOLÓGICO DE LA REHABILITACIÓN	
<i>Dra. Liliana SCHWARTZ de SCAFATI Lic. Rita BEDERMAN de ALPERT</i>	133
PARTICIPANTES DE LAS XI JORNADAS ARGENTINAS DE TIFLOLOGÍA	139

Se terminó de imprimir en el
mes de junio de 1994 en los
Talleres Gráficos de PuntoSur S.A.
Durazno 1770, Montevideo, Uruguay.
Hecho el depósito que marca la ley.
D.L. 292.355/94
