

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Educación

ALTERNATIVAS DE EDUCACION NO FORMAL
PARA ATENDER LA PROBLEMATICA DE LAS
PERSONAS INCAPACITADAS

SILVIA ROSSANA ARCE DE WANTLAND

Guatemala

1990



ALTERNATIVAS DE EDUCACION NO FORMAL
PARA ATENDER LA PROBLEMATICA DE LAS
PERSONAS INCAPACITADAS

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Educación

ALTERNATIVAS DE EDUCACION NO FORMAL
PARA ATENDER LA PROBLEMATICA DE LAS
PERSONAS INCAPACITADAS

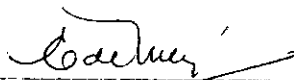
SILVIA ROSSANA ARCE DE WANTLAND

Modelo de trabajo profesional
presentado para optar el grado académico
de Licenciada en Educación

Guatemala

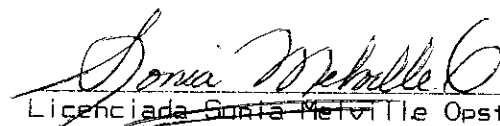
1990

Vo. Bo. :

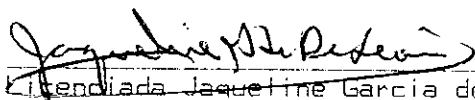


Licenciada Eva Sazo de Méndez
Asesora

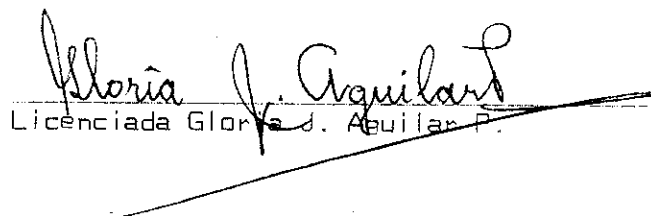
Tribunal:



Licenciada Sonia Melville Opstaele



Licenciada Jacqueline García de León



Licenciada Gloria J. Aguilar P.

Fecha de aprobación: 20 de octubre de 1990

RESUMEN

Las estimaciones mundiales indican que un 10% de la población se encuentra incapacitada para integrarse plenamente a las actividades de la sociedad en la que vive, por causas relacionadas con deficiencias en el desarrollo. De acuerdo con esa estimación, en Guatemala, 900,000 personas aproximadamente necesitan de asistencia especial para ayudarles a superar esas limitaciones.

La mayoría de deficiencias pudieron haber sido prevenidas. Sin embargo, la población guatemalteca sigue siendo vulnerable a una gran cantidad de enfermedades que, por la falta de una atención adecuada, se han convertido en minusvalías.

La educación se hace necesaria ante la urgencia de informar a la población sobre la forma de prevenir las deficiencias, y de proporcionar a las personas incapacitadas servicios de rehabilitación que puedan ayudarles a integrarse a las actividades de su comunidad. Sin embargo, las instituciones guatemaltecas han sido insuficientes para desarrollar las actividades educativas que actúan sobre la problemática derivada de las deficiencias. Es por esa razón que en este trabajo se plantea la alternativa de utilizar la educación no formal para llegar a las personas incapacitadas, sus familias y sus comunidades. El análisis del problema y la propuesta de educación no formal se realizan alrededor de los tres campos de intervención propuestos por los organismos internacionales: prevención, rehabilitación e integración.

CONTENIDO

	Páginas
RESUMEN	vi
I. INTRODUCCION	1
II. MARCO CONCEPTUAL	4
A. Los impedimentos	4
1. Definición	7
a. Deficiencia	7
b. Incapacidad	8
c. Impedimento	8
2. Causas	9
3. Clasificación	11
4. Campos de intervención	11
a. Prevención	12
1) Definición	12
2) Situación mundial	13
3) Estrategias	14
b. Rehabilitación	15
1) Definición	15
2) Situación mundial	17
3) Estrategias	18
c. Integración	19
1) Definición	19
2) Situación mundial	20
3) Estrategias	21

	Páginas
B. Educación no formal	24
1. Definición	25
2. Actividades	27
3. Currículo	28
4. Métodos	30
a. Participación comunitaria	30
III. MARCO CONTEXTUAL	33
A. Características generales de la población	34
B. Niveles educacionales de la población del país	36
C. Niveles de pobreza de la población	37
D. Problemática de las incapacidades en el país	38
1. Prevención	38
2. Rehabilitación	40
a. Número estimado de personas incapacitadas	41
b. Servicios de rehabilitación	42
3. Integración	47
a. Educación	49
b. Empleo	55
IV. PROPUUESTA DE MODELO	60
A. Filosofía	63
1. Elementos	63

	Páginas
2. Premisas	64
B. El modelo	65
C. Objetivos	65
1. Generales	65
2. Específicos	67
D. Etapas	68
E. Estrategias	71
1. Organización administrativa del modelo	71
2. Comunidades beneficiarias	79
3. Metodología del modelo	80
a. Acercamiento a la comunidad	80
b. Capacitación de los promotores comunales	81
c. Primera reunión con la comunidad	84
d. Diagnóstico de la situación	85
e. Programación de actividades	86
f. Ejecución	87
V. CONSIDERACIONES	97
VI. RECOMENDACIONES	99
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	100

	Página
ANEXOS	
A. Indicadores demográficos, económicos y sociales utilizados por UNICEF	105
B. Tipos, causas y prevención de las deficiencias	108
C. Declaración de Leeds Castle sobre la prevención de las incapacidades	110
D. Declaración de los Derechos de los Impedidos	111
E. Campos de intervención para aliviar la problemática de las personas incapacitadas	112
F. Esquema de la planificación participativa	115
G. Cuadros estadísticos	116
H. Elementos y conceptos que se emplean en el modelo de trabajo.	125
I. Encuesta para identificar a las personas incapacitadas en las comunidades	129
J. Prevención. Objetivos específicos, objetivos educativos y contenidos de las actividades del módulo de enfermedades inmuno-prevenibles	142
K. Rehabilitación. Forma de enseñar a un niño a alimentarse por sí mismo	143

LISTA DE CUADROS

Cuadro		Páginas
2.1	Número estimado de personas incapacitadas en los países desarrollados y en desarrollo. Años 1975-2000	6
3.1	Guatemala. Total de la población y población con impedimentos físicos, por tipo de afección y grupos quinquenales de edad, 1981	43
3.2	Guatemala. Total de centros educativos que prestan servicios de rehabilitación. Total de la población atendida y su ubicación geográfica	45
3.3	Guatemala. Población incapacitada atendida en servicios de rehabilitación, por tipo de institución y tipo de incapacidad	46
3.4	Guatemala. Edad de las personas atendidas en servicios de rehabilitación, por tipo de institución	48
3.5	Nivel escolar de las personas ciegas en Guatemala, 1981	50
3.6	Nivel escolar de las personas sordomudas en Guatemala, 1981	51
3.7	Nivel escolar de las personas paralíticas en Guatemala, 1981	52
3.8	Nivel escolar de las personas con miembros amputados en Guatemala, 1981	53
3.9	Nivel escolar de las personas con retraso mental en Guatemala, 1981	54
3.10	Porcentaje de personas incapacitadas sin ninguna instrucción escolar, por categoría de incapacidad, 1981	55
3.11	Población económicamente activa incapacitada. Porcentaje de personas empleadas, 1981	56

3.12	Situación ocupacional de los paráliticos guatemaltecos, 1981	56
3.13	Situación ocupacional de las personas ciegas, Guatemala, 1981	57
3.14	Situación ocupacional de las personas sordomudas, Guatemala, 1981	57
3.15	Situación ocupacional de las personas con miembros amputados, Guatemala, 1981	57
3.16	Situación ocupacional de las personas con retraso mental, Guatemala, 1981	58
4.1	Objetivos generales y específicos de las etapas del modelo	72
4.2	Funciones de los niveles de coordinación del modelo	78
4.3	Módulos del nivel preventivo	89

LISTA DE GRAFICAS

Gráfica		Páginas
2.1	Proceso de desarrollo de la incapacidad, según sus consecuencias	10
4.1	El modelo	66
4.2	Etapas consideradas para la ejecución del modelo	70
4.3	Organigrama de la institución coordinadora	74
4.4	Diagrama de flujo del modelo	96

I. INTRODUCCION

Una de las mayores tragedias de la humanidad es el estilo de vida que muchas personas incapacitadas están condenadas a llevar. Desde el punto de vista social - al estar excluidas de la mayoría de actividades de la sociedad en la que se desenvuelven - están condenadas a vivir una vida de segregación y estigma; desde el punto de vista económico - al negárseles el derecho al trabajo - dependen casi en su totalidad de su familia o de la caridad de las personas; desde el punto de vista humano se le niegan los derechos a los que tiene opción el resto de la población.

Pese a que la mayoría de las incapacidades pudieron haber sido prevenidas o atenuadas, las condiciones de vida de la mayoría de la población guatemalteca no han permitido enfrentar las causas que inciden en la aparición de las deficiencias. Los servicios de rehabilitación que existen actualmente, no son suficientes para atender a la población que los necesita. De no realizarse urgentemente acciones que, en forma práctica, actúen sobre la problemática derivada del apareamiento de las deficiencias, habrá cada vez más guatemaltecos marginados de la sociedad.

El propósito de este trabajo es presentar a todas las personas que están en contacto con esta problemática, alternativas de

solución que logren un impacto a corto plazo. Para ello, y debido a que las instituciones nacionales son insuficientes para ejecutar las actividades necesarias, se plantea la utilización, por parte de la familia y de la comunidad, de las variadas metodologías que ofrece la educación no formal. Los campos de intervención propuestos son tres: prevención de las incapacidades, rehabilitación de las personas incapacitadas, y su integración a la comunidad. En el capítulo II, que forma el marco conceptual de este trabajo, se hace una síntesis de las diferentes formas de incapacidad y las soluciones que los organismos internacionales están proponiendo para evitar sus causas (prevención) y ayudar a las personas incapacitadas a desempeñarse más eficientemente en la sociedad (rehabilitación e integración).

En el capítulo III, Marco Contextual, se analizan algunas de las actividades que en Guatemala se han realizado para la prevención de las incapacidades, y la rehabilitación e integración de las personas incapacitadas. Puesto que el análisis de la problemática de las personas incapacitadas no puede realizarse independientemente de la realidad socioeconómica de un país, en este capítulo se presentan también algunos indicadores socioeconómicos que ayudan a comprender nuestra realidad.

En el Capítulo IV se propone un modelo de trabajo profesional que ayudará a desarrollar actividades tendentes a resolver la problemática planteada, a través de la participación activa tanto de la persona incapacitada, como de su familia y de su comunidad. Las

consideraciones a las que se llegó durante la elaboración de este trabajo, se presentan en el Capítulo V, y en el VI se presentan las recomendaciones derivadas del mismo.

Una de las más grandes limitantes para la elaboración de este trabajo fue la falta de estadísticas actualizadas sobre la cantidad de personas incapacitadas. Debido a esto, y a falta de una fuente de información más especializada, se utilizaron los datos del Censo de Población realizado en 1981.

Este documento aporta información organizada que podrá ponerse en práctica para educar a la población sobre los diferentes aspectos que deben conjugarse para actuar sobre la problemática de las personas incapacitadas, sus familias y comunidades.

II. MARCO CONCEPTUAL

En este capítulo se presenta una visión general sobre lo que son las incapacidades y cómo la aparición de éstas tiene efectos negativos tanto para el individuo, como para su familia y su comunidad. Para atenuar los efectos de esta problemática, es necesario que la sociedad se plantee acciones en los tres campos de intervención propuestos para su solución: prevención (con el fin de reducir el número de deficiencias); rehabilitación (para desarrollar en el individuo sus capacidades restantes al máximo) e integración (para evitar que la deficiencia confine al individuo y a su familia a vivir marginada del resto de la sociedad).

Las acciones realizadas por las instituciones gubernamentales han sido insuficientes para reducir la problemática de las personas incapacitadas; es por esta razón que en este capítulo se examina la alternativa de involucrar a la familia y a la comunidad para realizar acciones educativas en los campos mencionados.

A. Los impedimentos.

Durante muchos años, cualquier persona diferente a las demás por causa de una deficiencia, era abandonada o escondida de la sociedad. El impedimento que afectaba a un niño o adulto era visto,

algunas veces, como un terrible castigo por pecados cometidos. En estos casos no sólo la persona incapacitada, sino toda su familia, sufría del rechazo de la comunidad. En la actualidad, si bien el efecto de estos prejuicios ha disminuido, la persona incapacitada sigue siendo dejada al margen de la mayoría de las actividades propias de su grupo social. La ONU (1983:1) afirma que aquéllos que sufren alguna deficiencia son confinados a vivir en desventaja. Además, la ocurrencia de alguna incapacidad crea a menudo necesidades adicionales que comprometen los recursos de la familia, que de por sí son limitados en los países en desarrollo ONU (1980:5).

Debido a la correlación positiva que existe entre incapacidad y pobreza, el análisis de la situación de las personas incapacitadas debe hacerse considerando el nivel de desarrollo económico y social de los países. Sin embargo, puesto que la reducción de los niveles de pobreza no es posible lograrse en el mediano plazo, deben buscarse alternativas que logren un impacto más inmediato.

Naciones Unidas (1983:1) estima que en el mundo hay más de 500 millones de personas imposibilitadas de participar plenamente en las actividades de la vida diaria, debido a las limitaciones físicas, mentales o sensoriales que padecen. Eso significa que más del 10% de la población tendría entonces dificultades para moverse, comer, ver, hablar, oír, aprender o relacionarse emocionalmente con su medio. Todos ellos enfrentan, además de sus propias desventajas, barreras físicas y sociales que les imposibilitan para vivir con normalidad. Un estudio realizado por ONU (1983:12) estima que,

considerando todos los individuos, familias y comunidades afectadas por las deficiencias, el porcentaje de población mundial afectada llegaría al 25% o más, si se considera el porcentaje de población en situación de pobreza que vive en los países en vías de desarrollo, como Guatemala /1/ (Vea Cuadro 2.1).

Cuadro 2.1

Número estimado de personas incapacitadas en los países desarrollados y en vías de desarrollo
Años 1975-2000

Condiciones	Países desarrollados 1975-2000		Países en vías de desarrollo 1975-2000	
	Millones			
Población total	1132.0	1360.0	2836.0	4897.0
PAISES DESARROLLADOS				
- Todos los casos	10%	113.2	136.0	
- Casos severos	6%	67.9	81.6	
PAISES EN DESARROLLO				
a) Población en estado de pobreza no extrema				
- Todos los casos	10%		190.4	269.7
- Casos severos	6%		114.2	161.8
b) Población en estado de pobreza extrema				
- Todos los casos	20%		186.4	440.0
- Casos severos	12%		111.8	264.0
TOTAL DE CASOS				
- Todos los casos		113.2	136.0	376.8
- Casos severos		67.9	81.6	226.0
TASA ANUAL DE CRECIMIENTO				
Países desarrollados	0.74%			
Países en desarrollo	2.56%			

FUENTE: UNICEF (1981:30-31).

/1/ De acuerdo a los indicadores utilizados por UNICEF para considerar los países en vías de desarrollo (Vea Anexo A).

Debido a la gran cantidad de deficiencias que pueden afectar a los seres humanos, se hace necesario definir los principales términos asociados a ellas.

1. Definición. Las personas incapacitadas son todos aquellos individuos, diferentes al sujeto normal, afectados por una deficiencia, incapacidad o minusvalía. La Organización Mundial de la Salud -OMS (World Health Organization -WHO por sus siglas en inglés) (1980:25-26) señala los siguientes estadios en el desarrollo de una enfermedad.

- Algo anormal ocurre en el individuo, anormalidad que da lugar a cambios patológicos que pueden o no ser evidentes (condición intrínseca).
- Alguna persona se percata de esta anormalidad. El estado patológico queda así exteriorizado.
- La conducta del individuo se ve alterada, tanto por el estado patológico que afronta, como por las restricciones a las que las demás personas lo someten (condición objetivizada).
- La alteración en la conducta del individuo - natural o impuesta - lo coloca en desventaja con respecto a los demás (condición socializada).

En el campo de su experiencia, la OMS (1980:28) hace las siguientes distinciones:

a. Deficiencia. Pérdida o anormalidad permanente o transitoria, psicológica, fisiológica o anatómica, de estructura o función.

La deficiencia se caracteriza por la desviación del 'status' biomédico del individuo debido a pérdidas o anormalidades, temporales o permanentes, e incluye la existencia u ocurrencia de defectos o pérdidas en los órganos, membranas y otras estructuras del cuerpo, o un defecto en el sistema funcional del mismo, incluyendo las funciones mentales.

b. Incapacidad. Cualquier restricción o impedimento del funcionamiento de una actividad, ocasionados por una deficiencia, en la forma o dentro del ámbito considerado normal para el ser humano y que se origina cuando el individuo queda imposibilitado para integrar las diferentes funciones que le permitan desempeñarse como un todo (habilidades y conductas).

La incapacidad representa un desvío de la norma en términos de desempeño individual, caracterizado por un exceso o falta de una conducta o actividad normalmente esperada, que puede ser temporal o permanente, progresiva o regresiva, reversible o irreversible.

c. Impedimento. Una incapacidad que constituye una desventaja para una persona dada, en cuanto limita o impide el cumplimiento de una función que sería normal para esa persona según su edad y sexo, de acuerdo con los patrones sociales y culturales.

Según WHO (1980:29), una incapacidad se convierte en impedimento cuando impide hacer lo que se espera que una persona haga en un momento determinado de su vida, estableciéndose así una

progresión de las enfermedades a las deficiencias, las incapacidades y los impedimentos. En la página siguiente se representa el proceso de desarrollo de estos tres conceptos, así como las consecuencias que éstos tienen, tanto para el individuo como para su familia y su comunidad (Vea Gráfica 2.1).

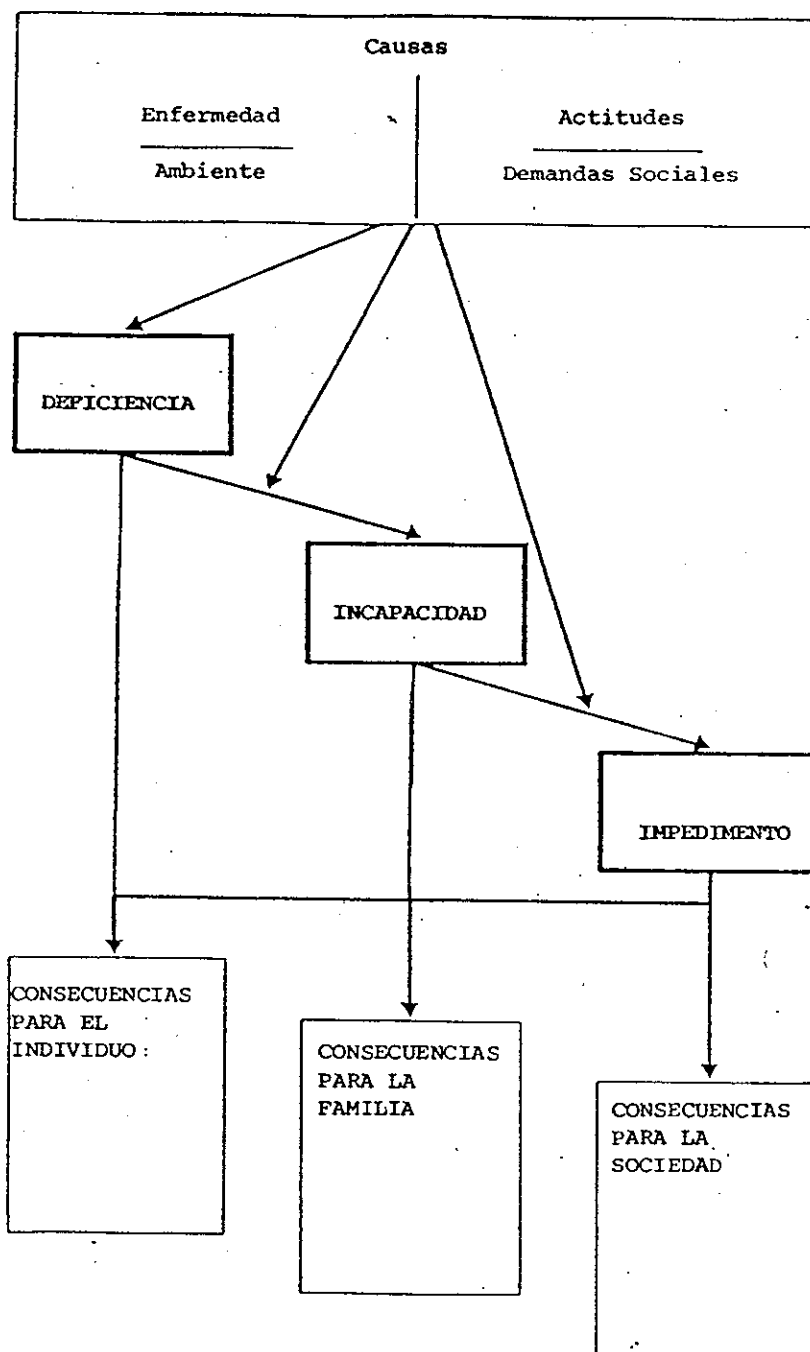
Para efectos de este trabajo, se usará el término deficiencia debido a que es el nivel más bajo que denota necesidad de atención especial, y la frase personas incapacitadas, para nombrar a los individuos que necesitan de esa atención; aunque lo más usual es llamarlos 'incapacitados', creemos que este término implica un impedimento total de funcionamiento. El término persona incapacitada denota una situación más relativa.

2. Causas. Las causas de las deficiencias, su frecuencia y consecuencias varían de una a otra parte del mundo y son, en su mayoría, el resultado de las diferentes circunstancias socioeconómicas de los países y de las políticas que cada sociedad adopta para lograr el bienestar de sus miembros.

Los estudios que ha realizado la ONU (1983:7-16) concluyen que las principales causas de la deficiencia se deben a factores que podrían evitarse como: inadecuada nutrición de las madres e hijos; traumatismos pre, peri o postnatales; enfermedades infecciosas; accidentes, etc. Además, de acuerdo con la ONU (1980:17), la problemática se agrava por factores como:

- a. la ineficacia de las políticas preventivas;
- b. la falta o debilidad de una infraestructura de servicios conexos de salud, educación y bienestar;

Gráfica 2.1
Proceso de desarrollo de las incapacidades,
según sus consecuencias



FUENTE: UNICEF (1981:34).

- c. la falta de recursos humanos y materiales para hacer frente a las necesidades de las personas incapacitadas;
- d. el despilfarro de los limitados recursos disponibles en servicios que son demasiado especializados para beneficiar a la gran mayoría de necesitados.

En parte, por dichos factores, la ONU (1983:15) asegura que la incidencia y los problemas derivados de las deficiencias, son mayores en los países en desarrollo. Las prioridades que tienen para lograr el desenvolvimiento de los diferentes sectores socioeconómicos, los imposibilitan de asignar los recursos necesarios para solucionar la problemática tan intrincada que presentan las personas incapacitadas. Además, reconoce que las consecuencias originadas por las deficiencias son especialmente graves para la mujer, que en muchos países está ya de por sí sometida a desventajas sociales, económicas y culturales.

3. Clasificación. Sin ser el objetivo fundamental de este trabajo profundizar en la clasificación de las deficiencias, se hace necesario destacar sus características, con el propósito de tener un marco de referencia para comprender sus causas y las medidas preventivas que las disminuyan. Esta clasificación se presenta en el Anexo B.

4. Campos de intervención. Para resolver la problemática que afrontan las personas incapacitadas y sus familias, es urgente que las sociedades se preocupen por reconocer y enfrentar las causas y los efectos de las deficiencias físicas, sensoriales o mentales.

Para ello es de vital importancia desarrollar acciones educativas en los campos de prevención, rehabilitación e integración de las personas incapacitadas. En vista que la problemática se inicia a nivel de la familia y de la comunidad, las acciones educativas deben dirigirse hacia ellas.

El primer campo de intervención es el de la prevención, que tiene por objeto evitar que las deficiencias se produzcan.

a. Prevención. La prevención es uno de los campos en los que la comunidad puede actuar para impedir que el porcentaje de personas incapacitadas aumente. Sólo si las personas conocen cuáles son sus causas, pueden ayudar a evitarlas. Es allí donde la educación cobra importancia.

1) Definición. La ONU (1983:3) define la prevención como el conjunto de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

Algunos autores como Casanova (1979:22) la consideran como el conjunto de medios puestos en práctica con el propósito de preservar a la persona o a la sociedad, de las enfermedades o accidentes que puedan originar deficiencias.

La mayoría de las deficiencias no tendrían que haberse convertido en incapacidades, de haber sido detectadas pronto y tratadas correctamente para compensar las limitaciones que hubieran podido ocasionar. Sin embargo, la detección temprana de las

deficiencias requiere también de intervenciones tempranas, que podrían considerarse como una segunda etapa preventiva, y que deben enfrentarse con medidas de rehabilitación adecuadas y sencillas. De acuerdo con sus objetivos, la ONU (1980:19) reconoce tres niveles de prevención.

- a) El primario, consiste en evitar las deficiencias físicas, mentales o sensoriales, antes que éstas se produzcan.
- b) El secundario, consiste en evitar que, cuando la deficiencia ha ocurrido, cause una limitación funcional permanente. Este nivel tiende también a limitar, en lo posible, las consecuencias inhibitorias de la deficiencia.
- c) El terciario, consiste en evitar que la familia y la comunidad condenen a las personas incapacitadas a una vida de estigma, segregación y aislamiento.

2) Situación mundial. La mayoría de las deficiencias son el resultado de situaciones que se habrían podido evitar, si se hubieran puesto en práctica medidas oportunas de prevención. Los programas encaminados a prevenir las deficiencias, o a impedir que éstas se agraven, son, a la larga, menos costosos para la sociedad que el cuidado que hay que dar más adelante a las personas incapacitadas. Por lo tanto, la estrategia de prevención es fundamental en países que, como Guatemala, enfrentan problemas de tipo económico. Para determinar las causas que inciden en el apareamiento de las deficiencias, es necesario realizar un diagnóstico de los tipos de deficiencia prevalentes en un país.

A partir del Año Internacional de los Impedidos (1981), se registró un crecimiento sostenido de las actividades para la prevención de las deficiencias, sobre todo en los campos de higiene, educación, nutrición y salud. Sin embargo, éste no ha tenido el impacto esperado.

3) Estrategias. En la Declaración de Leeds Castle sobre la Prevención de Incapacidades, hecha el 12 de noviembre de 1981 (Anexo C) se atrajo la atención de la población hacia la urgente necesidad de poner en práctica medidas tendentes a impedir las incapacidades. Estas medidas incluyen la expansión de programas de inmunización y de atención primaria en salud, la educación constante del público y de los profesionales, la producción de tecnología sencilla y de bajo costo, y la voluntad política de apoyar los programas para las personas incapacitadas, sus familias y sus comunidades.

Otros estudios realizados a nivel mundial han identificado diversos medios para aumentar la prevención de las deficiencias. Por ejemplo, si se detecta que en un país la incidencia de deficiencias es más alta en el área rural (lo cual suele suceder debido a la falta de servicios básicos), podría planificarse la creación de un sistema educativo sobre aspectos de salud, nutrición y estimulación temprana para cierto grupo de comunidades con características similares. Con esto se estaría realizando prevención en el nivel primario.

La información sobre las características de las deficiencias, sus limitaciones y necesidades es muy importante. Como otra

estrategia de la prevención podría crearse, además, un sistema de información que abarcara a las familias de las personas incapacitadas, con el propósito que éstas supieran qué pueden esperar de sus familiares y cómo los pueden ayudar a alcanzar su máximo desarrollo.

De acuerdo con UNICEF (1981:65), los programas de prevención de las deficiencias deben apoyarse en estrategias dirigidas a prevenir su aparición y al diagnóstico temprano de las mismas, en un programa continuo de cuidado y tratamiento.

Se puede concluir, por lo tanto, que la mejor forma para prevenir las incapacidades es la educación de la población.

b. Rehabilitación. El segundo campo de intervención para solucionar la problemática que afrontan las personas incapacitadas es el de la rehabilitación.

1) Definición. La ONU (1983:4) define la rehabilitación como un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencias alcance un ajuste físico, mental y/o social funcional, acorde con sus características particulares y su ambiente. Por lo tanto, es un proceso complejo que depende del ajuste de todas las variables que intervienen en él.

En la práctica tradicional, se considera la rehabilitación como el conjunto de terapias y servicios proporcionados a las personas incapacitadas en un marco institucional, a menudo bajo autoridad médica. Sin embargo, esta filosofía se ha venido

sustituyendo gradualmente por programas que, aunque siguen proporcionando los servicios profesionales médicos, sociales y pedagógicos necesarios, hacen participar también a las familias y las comunidades ayudándoles a que, con sus propios recursos, logren disminuir los efectos de las deficiencias.

En el caso de los niños, debe considerarse que la interrupción o desviación de su desarrollo normal puede ser más grave que las consecuencias directas de las deficiencias; de ahí que sea necesario evaluar lo más pronto posible sus necesidades de rehabilitación. Es precisamente la evaluación el primer paso hacia la rehabilitación. Cuando se hace un diagnóstico médico temprano, los efectos posteriores pueden controlarse.

Según ONU (1977:5), los estudios que se han realizado sobre el impacto de los servicios de rehabilitación, no toman en cuenta los beneficios humanos y sociales que resultan de la prestación de estos servicios y que, en general, no pueden medirse, pues están excluidos del análisis socioeconómico los sentimientos de bienestar y de satisfacción derivados de la capacidad de las personas incapacitadas para cuidarse a sí mismas y tener relaciones sociales más armónicas.

En un estudio realizado por Naciones Unidas (1977:70) se concluyó que:

"Los resultados de las investigaciones que se conocen no parecen indicar la existencia de conflicto alguno entre la base humanitaria para la prestación de servicios de rehabilitación y los principios básicos de la planificación socioeconómica. La incapacitación originará gastos a la sociedad, se presten o no servicios de rehabilitación. En la práctica parece que cabe esperar un beneficio económico general en la medida en que la sociedad reconozca la existencia de estos gastos y trate de reducirlos mediante la prestación de servicios de prevención y rehabilitación de la incapacitación".

2) Situación mundial. Las medidas de rehabilitación que se adopten tienen por objeto reducir los efectos de la incapacidad y los costos derivados de la cobertura de la asistencia social. En la actualidad, los servicios que existen en la mayoría de países en desarrollo son inadecuados (menos de un 20% de los niños deficientes reciben alguna asistencia especial) debido, fundamentalmente, a la falta de recursos económicos. Es por ello, afirma UNICEF (1981:1), que ahora existe más interés por integrar los servicios de rehabilitación a los servicios públicos generales.

Para proporcionar servicios de rehabilitación a las personas incapacitadas, no es necesario recurrir siempre a su internamiento. A veces es más lo que la familia y la comunidad puede hacer, si ambas están lo suficientemente motivadas e informadas para ello. Las instituciones quedarían reservadas exclusivamente a aquellas personas cuya afección sea tan grave y permanente que no pueda mejorarse mediante otras acciones. Además, en la actualidad se está tomando más conciencia sobre el hecho que, en muchas situaciones, los servicios de ayuda requeridos no necesitan de personal especializado. Una pequeña ampliación en la capacitación que reciben las personas que trabajan con las comunidades en el sector salud, educación o bienestar social le permitiría a éstas ayudar a las familias de las personas incapacitadas a conducir el tratamiento necesario. Naturalmente, muchas personas incapacitadas necesitarán de ayudas técnicas o de equipo sencillo para ayudarles a superar sus

limitaciones. Sin embargo, es posible producir localmente parte de este equipo, con lo cual el costo disminuye considerablemente.

3) Estrategias.

Para poder planificar acciones concretas de rehabilitación para las personas incapacitadas, la estrategia debe basarse en el reconocimiento que el proceso de desarrollo de cada niño debe ser lo más normal posible. Para ello, de acuerdo con la ONU (1978:17), es importante aceptar que la rehabilitación tiene éxito cuando se dirige al desarrollo de las "capacidades restantes" de un individuo. El niño que sufra alguna deficiencia debe ser asistido para que pueda mantener, en lo posible, las etapas normales de desarrollo hacia su madurez y autosuficiencia. El esfuerzo debe concentrarse en sus habilidades y no en su deficiencia.

La Educación Especial juega un papel importante en la reeducación de las personas incapacitadas, pero es necesario reconocer que, pese a que en tres universidades del país se ofrece la carrera de educación especial, de acuerdo con una encuesta realizada en Guatemala por la UNESCO (1988:7) hay gran escasez de personal calificado en esta área, así como de servicios de este tipo.

Como la familia proporciona la atmósfera más adecuada para el desarrollo del niño, una alternativa sería la de utilizarla como uno de los elementos principales para desarrollar las actividades de rehabilitación. Según la ONU (1980:26), debido a que la mayoría de familias depende en gran parte de otros miembros de la comunidad y de sus instituciones, la misma comunidad debería tener participación

La combinación ideal es, por lo tanto, la persona incapacitada, su familia y su comunidad, asistidos y fortalecidos todos, en su capacidad para reaccionar ante la deficiencia. Aquí es donde la educación no formal pone de manifiesto su importancia.

Para que estas acciones sean eficaces, deben enseñarse a la comunidad todas las variables que intervienen en el proceso de rehabilitación desde las causas de las incapacidades, hasta los aspectos técnicos que deben tomarse en cuenta en la rehabilitación de las distintas deficiencias. Ante la deficiencia de los sistemas de rehabilitación en los países en desarrollo, la educación de la comunidad es la alternativa más eficaz para emprender acciones concretas en pro de las personas incapacitadas.

Se debe también intensificar los esfuerzos encaminados a crear servicios de rehabilitación integrados en otros campos de atención y facilitar el acceso a ellos. De esta manera se estarían aprovechando los servicios existentes y utilizando métodos funcionales de acuerdo a la realidad de cada comunidad.

c. Integración. El último campo de intervención propuesto para solucionar la problemática que afrontan las personas incapacitadas y sus familias es la integración, por cuanto, sólo cuando el individuo goce de los mismos derechos del resto de la población y tenga las mismas obligaciones, podrá considerarse partícipe de la sociedad en la que se desenvuelve.

- 1) Definición. De acuerdo con la ONU (1983:4), se considera integración al proceso mediante el

cual los distintos componentes del sistema general de la sociedad, como por ejemplo el medio físico y cultural: la vivienda, el transporte, la educación, las oportunidades de trabajo, los servicios sociales y sanitarios, etc. se hacen accesibles para todos.

Las barreras físicas y sociales que enfrentan las personas incapacitadas son muchas veces el resultado de la ignorancia y la despreocupación. Muchas personas incapacitadas no sólo están excluidas de la vida social normal de sus comunidades, sino que, de hecho, están confinadas en instituciones, con lo que se reduce drásticamente su participación activa en la sociedad.

El principio de la igualdad de derechos significa que las necesidades de todo individuo son de la misma importancia, por lo que deben constituir la base de la planificación social, de tal manera que la utilización de los recursos garantice una oportunidad de participación a cada individuo, sin discriminación alguna. Por lo tanto, las políticas dirigidas a resolver la problemática de las incapacidades deben asegurar el acceso de las personas incapacitadas a los servicios existentes en la comunidad.

2) Situación mundial. La sociedad debe reconocer que, pese a los esfuerzos que se hagan en materia de prevención, siempre habrá un número de personas afectadas por deficiencias. Por ello la ONU (1983:18) afirma que se debe identificar y eliminar las barreras físicas y sociales que excluyen a las personas incapacitadas de las actividades de la sociedad.

De acuerdo con la ONU (1983:19) muchos países están implementando medidas para eliminar o reducir las barreras que se

oponen a la plena participación de las personas incapacitadas. A nivel mundial, es cada vez más fuerte la tendencia de permitirles vivir una vida familiar, en lugar de recluirlas en instituciones. La promulgación de nuevas leyes, a nivel nacional e internacional, está facilitando esa apertura.

En el campo educativo, por ejemplo, se está poniendo cada vez más empeño en la escolaridad abierta, con el propósito de reducir la cantidad de personas incapacitadas que asisten a escuelas especializadas. En el campo laboral, se están poniendo en práctica acciones a fin de crear puestos de trabajo para ellas.

3) Estrategias. Para lograr los objetivos de integración (participación e igualdad plenas) no bastan las medidas de rehabilitación orientadas hacia las personas incapacitadas. Una persona es minusválida cuando se le impide participar de los servicios de los que se dispone en la comunidad y que son necesarios para una vida íntegra. Por cuanto es la misma sociedad la que decide qué es lo que excluye a un individuo, total o parcialmente de la participación, deben realizarse acciones tendientes a lograr que los servicios especiales formen parte de los servicios generales a los que tiene acceso el resto de la población.

Para hacer esto posible, la ONU (1983:35-45) sugiere las siguientes estrategias:

- Educación. Las personas incapacitadas tienen el mismo derecho a recibir una educación gratuita. Sin embargo, considerando que es más costoso crear instituciones especiales para atender sus necesidades, la educación podría brindarse dentro del sistema escolar general, si se introducen las reformas necesarias.

- Empleo. A la mayoría de personas incapacitadas se les niegan las oportunidades de trabajo, o sólo se les da trabajo humilde y mal remunerado. El número de trabajadores incapacitados, empleados en establecimientos ordinarios o especiales, está muy por debajo del número que podría integrarse a la fuerza laboral.

Antiguamente, en una sociedad cuya base era la familia rural numerosa, las personas incapacitadas quedaban integradas, de cierto modo, a la vida familiar cuya economía se basaba en la agricultura o en otra actividad propia de su medio. Sin embargo, el trabajo de los centros urbanos actuales se ha especializado tanto que la falta de oportunidades de trabajo para las personas incapacitadas se agudiza. Muchos quedan entonces obligados a ser dependientes; otros deben recurrir a la mendicidad.

Para solucionar esta problemática, los gobiernos deben adoptar una política tendente a asegurar que las personas incapacitadas gocen de iguales oportunidades de empleo productivo y remunerado. Debe existir una cooperación mutua a nivel central y a nivel local entre las organizaciones estatales, de empleadores y de trabajadores a fin de desarrollar una estrategia conjunta adoptando medidas tendentes a garantizar más y mejores oportunidades de empleo para las personas incapacitadas. Puesto que la preparación para el trabajo queda determinada en gran parte por los estudios realizados, hay que dedicar la máxima atención a su formación y perfeccionamiento.

- Legislación. Los gobiernos deben adoptar medidas tendentes a eliminar cualquier práctica discriminatoria respecto de las

personas incapacitadas. En la formulación de las leyes nacionales sobre derechos humanos, debe garantizarse la igualdad de oportunidades.

Las personas incapacitadas deben participar asimismo en los eventos recreativos y culturales, e interesarse por su propio bienestar. El instrumento básico que les garantiza sus derechos a llevar una vida plena es la Declaración de los Derechos de los Impedidos (Vea Anexo D).

La relación existente entre la problemática discutida y los tres campos de intervención propuestos, se esquematiza en el Anexo E.

Es evidente que las actividades que se realicen en los tres campos de intervención propuestos: prevención, rehabilitación e integración deben incluir, hasta donde sea posible, a la persona incapacitada, su familia y su comunidad con el objeto de abordar la solución a los problemas descritos, precisamente allí donde se inician. Para lograr un impacto efectivo, la planificación de la estrategia debe excluir, hasta donde sea posible, la utilización de los servicios demasiado especializados, que no han podido satisfacer las necesidades de la población incapacitada, e incluir actividades educativas dirigidas a la población. Para ello se sugiere utilizar toda la gama de actividades y recursos que ofrece la educación no formal, cuyos métodos flexibles le permiten alcanzar a la población que, por múltiples razones, ha sido excluida sistemáticamente de la educación que se brinda en la escuela.

B. Educación no formal.

Si se acepta el hecho que la educación es toda influencia que se ejerce en una persona y que permite que ésta modifique, con base en ella, su conducta, se entiende por qué todas las personas se educan utilizando los tres sistemas educativos que se han diferenciado hasta la fecha: el formal, que utiliza a la escuela como la institución alrededor de la cual se organiza, planifica y desarrolla el hecho educativo; el no formal que se realiza fuera del sistema escolar y por una decisión individual, y el informal, entendido como el hecho en donde la educación es casual y espontánea, aunque a veces intencional.

La teoría de la educación no formal, muy distinto a lo que ha sucedido en la práctica, es un hecho muy reciente que, de acuerdo con el Commonwealth Secretariat (1980:3) se inició durante la década de 1970 y que tiene su base en las críticas que diversos autores han hecho al sistema educativo formal que no ha sido capaz de cumplir con los objetivos para los que fue creado. Entre estos autores, de acuerdo a lo citado por Srinivasan (1977:1-7), podemos mencionar a Illich y a Freire, que hicieron un llamado urgente para efectuar una reforma educativa desde el punto de vista social, argumentando, según sus respectivas teorías /1/ que la educación es opresiva y explotadora, y por lo tanto la dignidad y los valores de los individuos se ven menoscabados.

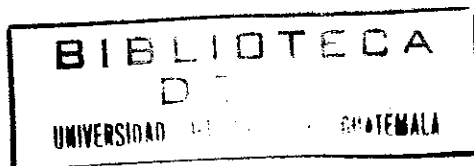
/1/ Mientras Illich critica la poca creatividad de la que los alumnos gozan en el sistema formal de la educación, Freire lanza su ataque al sistema, argumentando que al pobre no se le prepara para responder a las realidades de su mundo.

Otro crítico del sistema tradicional de educación ha sido Carl Rogers, quien, basado en sus experiencias como psicoterapeuta, encontró que el sistema formal ha fallado al no darles la oportunidad a los alumnos para que desarrollen su capacidad de auto-dirigirse. Esta crítica fue más tarde apoyada por UNESCO, al hacer un llamado urgente a las comunidades internacionales para que la actividad educativa fuera centrada en el alumno, de tal manera que sea éste quien decida qué quiere aprender y cómo y en dónde quiere aprenderlo. Faure (1972:220).

Brune, citado por Srinivasan (1977:10-13) afirmó que el aprendizaje depende de la oportunidad que tenga el individuo para explorar las diferentes opciones en la resolución de problemas. Sin embargo, el sistema educativo formal no ha podido satisfacer esa necesidad.

Otras críticas al sistema educativo formal se basan en el poco impacto que éste ha tenido en los países en desarrollo, por cuanto no se han podido mejorar las condiciones socioeconómicas de su población. En este sentido, Sheffield et al. (1972:ix) afirma que han existido debates sobre si la educación es un prerrequisito para el desarrollo o si el desarrollo es un prerrequisito para la educación.

1. Definición. La educación no formal es para Lemus (1988:82) la que se proporciona a las personas que por múltiples razones "no pueden o no han podido someterse a normas, recursos y métodos de la educación formal", pero que es intencional y



sistemática. Esto le permite alcanzar las finalidades /1/ que se propone.

A diferencia de la educación formal que es rígida, jerarquizada y estática, la educación no formal es dinámica y está abierta para dar cabida a todos aquellos individuos que así lo requieran. En lugar de estar inflexiblemente dirigida hacia un currículo, la tendencia es la de mantenerse abierta a nuevas ideas y contenidos, convirtiéndose de esta manera en una alternativa para la población que necesita satisfacer alguna necesidad educativa. En este sentido, la educación no formal ha sido considerada mucho más relevante para las necesidades de la población, especialmente para aquella que ha estado marginada. Velandia, et al. (1976:15) dice "La educación no formal, en general, responde a las necesidades sentidas de un grupo o comunidad y facilita el seguimiento de procesos que no tienen como fin básico la sola instrucción".

Puesto que la educación no formal de muchas maneras complementa al sistema formal, ha sido considerada como un sistema paralelo a éste, pero que responde a las necesidades de recibir una educación realmente funcional y democrática. De esta manera la población involucrada adquiere conocimientos y habilidades que pueden ponerse inmediatamente en práctica. Por ello, se considera que este tipo de educación es mucho más productivo.

/1/ Finalidad: meta preconcebida de manera inteligente, que sugiere una acción ordenada para realizarla. Lemus (1988:23).

2. Actividades. En cuanto a las actividades educativas no formales, Trevisini, citado por Nassif (1980:341), reconoce tres tipos: a) las que se dirigen a niños o jóvenes que, al mismo tiempo se benefician de la educación escolar; b) las que, a la vez que se dirigen a un público que se beneficia de una educación escolar, alcanzan a jóvenes y adultos que forman parte de la población económicamente activa; y c) las dirigidas a jóvenes y adultos que, en general, forman parte de la población activa. Por su misma naturaleza, el campo de la educación no formal incluye una alta variedad de actividades.

De acuerdo a Sanvinsens (1984:344 y 345), existe una gran variedad de actividades educativas no formales, entre las que destacan la alfabetización; la orientación y capacitación profesional; las actividades extra-curriculares; la recuperación e integración de los sujetos marginados, desertores y fracasados del sistema escolar; la formación y animación cultural; la formación cívica, religiosa, espiritual, etc.; la educación ambiental, ecológica, higiénica, sexual, etc; la educación especial para los disminuidos físicos y psíquicos y la reinserción y rehabilitación social.

Para los objetivos de este trabajo, son especialmente importantes las actividades que se refieren a programas no formales compensatorios para las personas que han sido excluidas del sistema formal; las que incluyen campañas para la prevención de enfermedades, epidemias, accidentes, drogadicción, etc.; las que abarcan actividades de sensibilización e información para fomentar

el respeto hacia los grupos de población marginada; las que se refieren a actividades relacionadas con la educación de los incapacitados y sus familias, y las actividades que se realizan con el fin de integrar a los individuos marginados a la sociedad.

3. Currículo. En general, la planificación de las actividades educativas no formales se basa en los mismos principios con los que se elabora el currículo de la educación formal. Para Evans y Smith en CEDEN (1976:18), las siguientes dimensiones describen un proyecto de educación no formal:

- Metas y objetivos;
- Metodología de aprendizaje;
- Características de selección de personal (agentes educativos o facilitadores);
- Características de los usuarios (los que aprenden);
- Servicios de programación;
- Relación con otras organizaciones;
- Gobierno o control;
- Financiamiento.

Russell Kleis en CEDEN (1976:19-21), al estudiar 141 programas de educación no formal encontró que, básicamente, éstos estaban divididos en tres subsistemas primarios: organización, recursos humanos y currículo.

Para elaborar los currículos de la educación no formal, Srinivasen (1977:76-77) sugiere considerar los siguientes aspectos:

- La población, sobre todo del área rural, está más motivada para aceptar nuevas ideas cuando las pueden comprender y manejar dentro del contexto de su vida real.

- El aprendizaje es más efectivo cuando hay más motivación para aprender.
- La capacidad del individuo para contribuir al desarrollo requiere que éste pueda valorar, discernir relaciones causa-efecto, juzgar y responsabilizarse por determinada acción. Las experiencias de aprendizaje pueden estructurarse para promover estas actitudes, habilidades y conductas.
- La experiencia de aprendizaje debe permitir que el individuo modifique la forma en que se percibe a sí mismo (de un sujeto pasivo a un sujeto activo, por ejemplo). Este es un objetivo de crecimiento personal.
- La concientización no es algo que pueda hacerse para las personas. Es algo que las personas deben lograr por ellas mismas.
- El contexto cultural y social puede desarrollar la capacidad individual para seleccionar diferentes opciones. Un currículo no tendrá el éxito esperado si no se refiere al contexto de las comunidades.
- En los programas de desarrollo rural, las personas son casi siempre el recurso más valioso. Por eso deben capacitarse.
- Los materiales utilizados pueden elaborarse localmente, con lo que el impacto será mayor, pues estarán diseñados para el contexto propio.
- La capacitación, así como el trabajo de campo deben ser documentados, planificados, analizados y evaluados, para que la planificación futura pueda beneficiarse de las experiencias de hoy.

Según lo expuesto, los recursos humanos, existentes en cada comunidad y para cada proyecto de educación no formal, deben ser el recurso principal para desarrollar las diferentes acciones.

4. Métodos. En cuanto a los métodos que utiliza la educación no formal son muy diversos, pues se valen de casi cualquiera para cumplir sus funciones. Esta flexibilidad de los métodos de la educación no formal, permite alcanzar a la población que no está incorporada al sistema escolar.

Por la filosofía que encierra el Modelo de Trabajo propuesto en el Capítulo IV, el método que más interesa, y que fue desarrollado precisamente para la educación no formal, es el de la participación comunitaria, cuya metodología se resume a continuación, a grandes rasgos.

a. Participación comunitaria. La metodología de la participación comunitaria es, ante todo, dinámica, pues permite involucrar a la comunidad en la identificación y solución de sus problemas. Su utilización ha logrado resultados positivos, ya que la comunidad participa de manera activa en las acciones que han de coadyuvar a resolver sus necesidades. Juárez (1981:2). El éxito logrado es fácil de entender por cuanto las acciones impuestas generalmente por las instituciones gubernamentales, no tienen el impacto que logran las acciones propuestas por la propia comunidad.

Como lo afirma UNICEF (1988:12) utilizando este método, la comunidad se vuelve la cogestora de su propia realidad, al involucrarse activamente en el proceso. De esta manera, las líneas verticales, autoritarias y unidireccionales de comunicación utilizadas en la planificación tradicional, son sustituidas por

líneas horizontales, democráticas y que estimulan el potencial crítico y creador de los participantes. De acuerdo con UNESCO/UNICEF (s.f.: 11),

"Concebidas como remedio único tales soluciones no ofrecen una promesa suficientemente creíble y completa...pero son pasos catalizadores que hacen más fácil - o tal vez inevitable - medidas de mayor alcance"

Mediante esta metodología, la comunidad adquiere la responsabilidad en la identificación de sus necesidades y en la búsqueda de alternativas para su solución.

UNICEF (1988:20-23) menciona tres principios básicos de la metodología de la investigación participativa: partir de la realidad, reflexionar, teorizar y llevar a la práctica.

Para cumplir con estos principios, y para lograr el objetivo de la participación comunitaria, UNICEF (1988:24-31) propone la siguiente metodología: elaborar un diagnóstico; seleccionar las necesidades más urgentes que se deben resolver; buscarles alternativas de solución; organizar y planificar las acciones a desarrollar y realizar una evaluación constante. En el Anexo F se incluye el esquema de la planificación participativa.

Lo anteriormente expuesto pone de manifiesto que las actividades que pueden desarrollarse con la comunidad deben estar planificadas y organizadas, para permitir la participación de la población. Por lo anterior, se considera que la conducción de actividades educativas, utilizando los métodos de la educación no formal, podrá tener mayor impacto si son conducidos por la familia y la comunidad en la que viven las personas incapacitadas. Para ello,

se hace necesario desarrollar actividades educativas que, con los métodos de la educación no formal, podrán ayudar a resolver la problemática derivada de la incidencia de las deficiencias.

En Guatemala, las actividades de educación no formal que se han organizado, por ejemplo en lo que respecta a las jornadas nacionales de vacunación, prevención del cólera, promoción de la lactancia materna, entre otras, han demostrado ser exitosas.

III. MARCO CONTEXTUAL

El análisis de algunos de los indicadores sociales del país es importante para comprender el por qué la solución de la problemática originada a causa de las deficiencias requiere de alternativas educativas que puedan desarrollarse a corto plazo. Si, como se verá más adelante, la mayoría de la población guatemalteca se caracteriza por no poder satisfacer sus necesidades básicas de sobrevivencia; vivir en comunidades pequeñas y dispersas a lo largo del territorio; y por tener características demográficas de los países en desarrollo, se comprende - en parte - por qué las personas incapacitadas, que necesitan de servicios especiales, no han visto satisfechas sus necesidades.

En este capítulo se comentan algunas de las características generales del país; por ejemplo: el tamaño y distribución de la población por sexo y edad, el contexto espacial, el nivel de pobreza de las familias guatemaltecas, así como otros indicadores demográficos y educacionales que se han considerado directamente relacionados con los objetivos de este trabajo.

El análisis de la situación de las personas incapacitadas en Guatemala se presenta agrupado en los tres campos de intervención comentados en el Capítulo II. Sin embargo, se advierte que, puesto que no es posible establecer fronteras precisas entre prevención,

rehabilitación e integración; los datos presentados inciden en la problemática comentada en cada uno de ellos.

A. Características generales de la población.

Guatemala, país situado en América Central, tiene una extensión de 108,889 kilómetros cuadrados y es considerado como un país en vías de desarrollo; debido a las características socioeconómicas que posee.

De acuerdo a las estimaciones de DGE-CELADE (1985:45), Guatemala cuenta con una población de 9,197,435 habitantes para el año 1990 y según SEGEPLAN (1987:246), ha mantenido en los últimos 35 años, un crecimiento promedio anual de la población del 2.8%. Además, de acuerdo con SEGEPLAN (1985:19 y 34), del quinquenio 1980-85 al 1995-2000 se espera que la población aumente en un 52%, esperándose que ocurran, en ese quinquenio, aproximadamente 2,075,119 nacimientos y 380,077 defunciones.

Además, SEGEPLAN (1985:30) indica que para 1990 del total de la población guatemalteca, 4,646,725 son del sexo masculino y 4,550,616 del sexo femenino, con lo cual se demuestra que no existe mayor diferencia entre el porcentaje de población agrupado en cada sexo.

En lo que sí se observa una diferencia clara es en el porcentaje de población en edades jóvenes (0-14 años). Para 1990, 4,178,582 personas (45%) están comprendidas entre estas edades, contra 5,018,759 que serán mayores de 15 años. SEGEPLAN (1985:24). Esto indica que la población de Guatemala es una población joven (Vea Anexo G, Cuadro 3.1) que, además cuenta con una proporción

importante de población indígena que aún conserva alguna de las 21 lenguas que se hablan en el país.

En lo que respecta a la ubicación geográfica de la población, para 1980 la región más poblada es la del Altiplano (32%), seguida por la región Guatemala (21%), Central (11%), Oriental (11%), Norte (10%), Oriente (8%) y Costera (6%), como se observa en el Anexo G, Cuadro 3.2.

Según la Constitución Política de la República y el Decreto-Ley 70-86, los 22 departamentos que conforman el país se han agrupado en ocho regiones, en función de criterios geográficos, de recursos y características culturales. La forma como se agruparon los departamentos se presenta en el Anexo G, Cuadro 3.3 (Debido a que la mayoría de cifras aun no han sido ajustadas a la regionalización, muchas de las cifras que se presentan en este trabajo toman como base la forma como se agrupaban anteriormente las regiones, para su estudio).

Según el último censo de población (1981), realizado por el INE (1985:10), un poco más de un tercio de la población reside en áreas urbanas; el resto vive en el área rural, en localidades dispersas, en su mayoría de menos de 200 habitantes (Vea Anexo G, Cuadro 3.4).

Según las estimaciones de SEGEPLAN (1985:37) a nivel nacional, la Tasa Global de Fecundidad /1/ en el período 1950 a 1987 tuvo un descenso de un promedio de 7.09 a 5.77 hijos por mujer, lo que equivale a una reducción de aproximadamente 20%.

/1/ Número de hijos nacidos vivos por mujer en toda su vida fértil.

La tasa bruta de mortalidad se ha reducido en el período 1950 a 1985 de 22.38 a 8.92 por mil nacidos vivos (casi un 40%). SEGEPLAN (1985:33). La tasa de mortalidad infantil se redujo, en ese mismo período, de 140.55 a 58.71 por mil (Departamento de Población y Empleo, SEGEPLAN). En cambio, la esperanza de vida al nacer aumentó de 42.09 años en 1950 a 61.99 para 1985 (Vea Anexo G, Cuadro 3.5). Pese a ello, los indicadores demográficos del país continúan muy por debajo del nivel deseado.

En el Anexo G, Cuadro 3.6 se presenta un resumen de los principales indicadores demográficos para Guatemala, comparados con los de Centro y Latinoamérica.

B. Niveles educacionales de la población del país.

Para 1983, SEGEPLAN (1986:15) estimó la población que debería demandar los servicios de educación primaria en el país en 1,608,300 personas (la población considerada es la comprendida entre las edades de 7-14 años). De éstos, 643,400 estarían en el área urbana y 964,900 en la rural. Sin embargo, la matrícula inicial oficial en ese nivel fue de sólo 894,800 personas (400,800 en el área urbana y 494,000 en la rural). Por lo tanto, es obvio que el sistema educativo escolarizado de primaria no logró atender a la totalidad de la población escolar, dejando fuera a 713,500 personas (242,600 en el área urbana y 470,900 en la rural). Esto demuestra que la población no es atendida adecuadamente por el sistema educativo. Además, SEGEPLAN (1986:29) estimó que, para 1983, la tasa de deserción en el nivel primario era del 8.3% y la de repitencia

del 15.4%, con lo que el problema se hizo más severo. A nivel nacional, SEGEPLAN (1987:70) estima que el porcentaje de analfabetismo es de 42.8%.

Es fácil darse cuenta que si hay déficit de cobertura de la población en edad escolar, a nivel nacional, por sus necesidades especiales, la población incapacitada no está siendo atendida adecuadamente.

C. Niveles de pobreza de la población.

De acuerdo a estudios realizados en 1984 por SEGEPLAN (1984:63), el 63.4% de las familias guatemaltecas vivían en ese año en estado de pobreza; 31.6% en condiciones de extrema pobreza y 31.8% en condiciones de pobreza no extrema.

Las estimaciones de SEGEPLAN (1984:63) indican que el ingreso familiar anual en quetzales era, en ese mismo año, de Q.3,179 para las familias pobres y de Q.14,026 para las familias no pobres. En el 74% de las familias en situación de extrema pobreza, los jefes de hogar se dedicaban a actividades agrícolas.

La tasa de analfabetismo es alta (62%) en las familias en condiciones de extrema pobreza. Para las familias en situación de pobreza no extrema la tasa de analfabetismo llega al 46% y se reduce al 24% en las familias no pobres. SEGEPLAN (1984:65).

Sin embargo, en estudios realizados por la misma institución se encontró que para el año 1988 el porcentaje de familias en estado de pobreza había aumentado a 83.4%, 64.5% en condiciones de extrema pobreza y 18.9% en condiciones de pobreza no extrema (Vea Anexo G, Cuadro 3.7).

D. Problemática de las incapacidades en el país.

Debido al enfoque de este trabajo, se procederá a analizar las causas e incidencias de las incapacidades, dentro de los tres campos de intervención descritos en el Capítulo II.

1. Prevención. Por su relación con las actividades preventivas, a continuación se presentan algunos de los indicadores del estado de la salud de la población guatemalteca, los que demuestran que la mayoría de los habitantes siguen siendo vulnerables a gran cantidad de enfermedades, y por lo tanto a la incidencia y prevalencia de las incapacidades. Por ejemplo, de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1988:13) las principales causas de morbilidad /1/ son las infecciones respiratorias agudas (IRA), la diarrea, el paludismo, la desnutrición y la amebiasis.

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1989:19) la desnutrición en Guatemala también es alta si se considera que para 1987, un 58% de los niños entre 3 y 36 meses presentaban un retardo en el peso. La desnutrición es particularmente grave entre los niños de madres indígenas en donde alcanza un nivel del 72%.

De acuerdo con Díaz (1987:33), las principales causas de mortalidad

"que podrían evitarse por programas de educación sanitaria, más disposición de los organismos de salud, y por medidas

/1/ Frecuencia de enfermedades en una población.

de fácil aplicación... siguen siendo... la enteritis y otras enfermedades diarreicas, neumonia, accidentes y violencia y sarampión".

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1989:19), existe una correlación entre el nivel educacional de la madre y el retardo en el crecimiento de los hijos. En Guatemala, un 68% de los hijos de madres sin educación muestran un retardo en su talla contra un 25% de los niños de madres que cursaron hasta secundaria o más.

En general, de cada cuatro niños, tres padecen de desnutrición de I, II o III grado, y el 71% de las familias no llenan sus requerimientos energéticos de subsistencia. SEGEPLAN (1987:86). De acuerdo con Galich (1988:7) "En el área rural el niño de 7 años mide 10 cms. menos de estatura que el niño de la misma edad, sexo y grupo étnico que está bien nutrido". En el Anexo G, Cuadro 3.8 se puede apreciar el retardo que existe en los niños, en relación con algunas de las variables socioeconómicas.

Esto demuestra la importancia de realizar acciones urgentes para impulsar programas preventivos que alcancen a los grupos más vulnerables a las enfermedades. Entre estas acciones deben considerarse de vital importancia aquellas tendentes a elevar la cobertura de los programas de vacunación, que SEGEPLAN (1989:16) estima en sólo 60%, ofrecer acceso a los servicios de agua potable, sólo un 40% de los hogares gozan de este servicio, y a la disposición adecuada de excretas, sólo el 43% de los hogares cuentan con algún tipo de servicio sanitario. SEGEPLAN (1989:16).

En Guatemala, en 1981, la Comisión Nacional del año Internacional de los Impedidos (CNAAI, 1980:1)) elaboró un "plan que persigue la aplicación de medidas en procura de transformar la difícil situación por la que atraviezan los impedidos del país". En ese plan se aceptó la importancia de la prevención y la necesidad de planificar acciones que, a corto plazo, garantizaran la prevención en el nivel primario.

Sin embargo, no existen datos sobre si las acciones planteadas fueron realizadas. En 1987, dentro de lo que iba a ser el Plan Nacional de Desarrollo, 1987-1991, el Gobierno se planteó algunas acciones en los campos de salud, bienestar social, población y participación comunitaria, en las que destacó la necesidad de involucrar a la comunidad en la solución de los diferentes problemas que afrontan. Eso es precisamente lo que se plantea en el Modelo de Trabajo propuesto en el Capítulo IV.

2. Rehabilitación. Pese a que algunas personas se oponen a que exista una legislación específica para garantizar el derecho de las personas incapacitadas, aduciendo que ellas son seres humanos y que por lo tanto quedarían comprendidas dentro de toda la legislación de un país, la Constitución Política de la República de Guatemala (Asamblea Nacional Constituyente, 1986) establece que "todos los seres humanos son libres en dignidad y derechos pues nadie puede ser sometido a servidumbre ni a otra condición que menoscabe su dignidad" (Artículo 4). Además, hay artículos concretos que se refieren a la rehabilitación de las personas

incapacitadas al garantizar la protección de los mismos. Por ello se ha declarado de interés nacional no sólo su atención médico-social, sino las políticas y servicios que permitan tanto su rehabilitación como su reincorporación a la sociedad.

Puesto que "el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna" (Artículo 93) "el Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes", desarrollando, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación y coordinación a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social" (Artículo 95). Pese a ello, aún no existe una política definida y coordinada ni una reglamentación específica que regule los diferentes aspectos de la educación especial. Los esfuerzos han sido aislados; en su gran mayoría han estado en manos de instituciones privadas que han favorecido a una población mínima, considerando las necesidades existentes. Los datos que se presentan a continuación resaltan la necesidad de buscar urgentemente otras alternativas.

a. Número estimado de personas incapacitadas. De acuerdo a las estimaciones de población presentadas anteriormente, Guatemala cuenta en el año 1990 con una población aproximada de 9,197,341 habitantes. Si se considera que, de acuerdo a las estimaciones de la ONU (1983:12), un 10% de la población mundial sufre de algún tipo de incapacidad, en Guatemala habría para ese mismo año 919,734 personas incapacitadas. Si además de ello se

considera la estimación hecha por UNICEF (1981:30) en el sentido de que en los países menos desarrollados, el porcentaje puede llegar al 20%, la estimación sería más elevada. Además, si se considera que las familias y comunidades también son afectadas por la presencia de personas incapacitadas, el total de población necesitada de algún tipo de atención especial sería aún más elevado (2,299,358 guatemaltecos), y aumentará año con año por cuanto la Comisión Nacional del Año Internacional de los Impedidos (1980:11), estimó que el crecimiento anual de los minusválidos físicos y mentales es de entre 5.4% y 6.5% en el país.

Pese a ello, en el Censo de Población de 1981, como se observa en el Cuadro 3.1, sólo 67,602 personas fueron declaradas con impedimentos, 1.46% de la población censada. De acuerdo con los resultados del censo, las clases más comunes de invalidez son los problemas de visión (ceguera), lenguaje (sordera y mudez), problemas físicos y retraso mental. El resto de impedimentos fueron agrupados bajo la categoría de "otros" /1/.

b. Servicios de rehabilitación. El Departamento de Educación Especial del Ministerio de Educación es el encargado de coordinar y supervisar, a nivel nacional, el desarrollo de los programas ejecutados por las instituciones que se ocupan de poner en práctica acciones en el campo de la educación especial.

/1/ Pese a que no estamos de acuerdo con las categorías de incapacitación utilizadas en el censo, no pueden hacerse estimaciones más confiables utilizando otra fuente de datos.

Cuadro 3.1

Guatemala. Total de la población y población con
impedimentos físicos, por tipo de afección
y grupos quinquenales de edad,
1981

Edad	Total	Sin impedimento	Con impedimento	Ciego	Sordomudo	Paralítico	Amputado	R. mental	Otro
Total	6,054,227	5,973,392	67,602	11,229	10,263	8,704	7,121	10,197	20,088
0 - 4	236,005	235,314	691	287	53	45	79	71	156
5 - 9	821,525	818,917	2,608	734	246	449	197	216	766
10 - 14	901,544	895,833	5,711	1,030	882	897	363	869	1,670
15 - 19	756,654	749,357	7,297	1,366	1,075	971	395	1,464	2,026
20 - 24	648,602	642,308	6,294	764	926	851	470	1,513	1,770
25 - 29	547,740	541,932	5,808	852	881	665	515	1,335	1,560
30 - 34	427,311	422,701	4,610	407	816	500	512	1,000	1,375
35 - 39	350,629	346,305	4,324	400	823	500	567	830	1,204
40 - 44	298,363	294,191	4,172	418	821	420	585	680	1,248
45 - 49	245,985	242,189	3,796	430	669	412	614	536	1,135
50 - 54	205,804	202,344	3,460	447	531	352	551	458	1,121
55 - 59	183,177	179,598	3,579	541	479	421	548	364	1,226
60 - 64	127,460	124,633	2,827	449	320	363	462	213	1,020
65 - 69	115,821	112,607	3,214	612	454	446	417	215	1,070
70 - 74	70,867	68,498	2,369	510	279	312	292	141	835
75 - 79	50,421	48,235	2,186	541	295	350	219	103	679
80 - 84	31,178	29,386	1,792	471	249	289	163	81	539
85 - y más	20,505	11,442	1,461	472	225	239	94	65	366
	14,636	7,602	1,403	498	239	222	79	43	322

FUENTE: Tabulaciones especiales de la Dirección General de Estadística, con base en el Censo de Población de 1981.

Las políticas específicas de ese departamento sólo se aplican al área metropolitana; las demás quedan excluidas. Otras instituciones están realizando esfuerzos para extender sus servicios al área rural. De acuerdo con UNESCO (1988:57), no existe tampoco un Comité en donde estén representadas todas las instituciones responsables de la educación especial, aunque según un informe

publicado por UNICEF (1990a/:10-18), existen 8 agrupaciones de asociaciones de o para personas con necesidades especiales, además de la que brindan atención especial.

En 1988, UNICEF /1/ realizó una investigación en 21 instituciones, con el propósito de establecer los servicios de educación especial existentes. Las instituciones fueron clasificadas, de acuerdo con su fuente de financiamiento, así:

- Estatales (con financiamiento del presupuesto nacional),
- Privadas (en las que los padres pagan una cuota),
- Cooperativas de padres (una modalidad nueva en la que los padres pagan una cuota mínima) y
- ONGs (por medio de apadrinamientos).

De esta forma se encontró que esas 21 instituciones privadas en su mayoría, atienden, en 34 centros a una población de 9,983 personas de las que un 88.3% vive en la capital y 11.7% en el interior del país. (Vea Cuadro 3.2). Estos resultados contrastan con los obtenidos en 1982, cuando Lumpkin (1982:27-31), encontró que aproximadamente 1,000 personas eran atendidas en servicios de educación especial en 12 instituciones. Esto demuestra que los servicios de rehabilitación se han incrementado, aunque no al ritmo con que ha aumentado el porcentaje de personas incapacitadas.

/1/ El documento definitivo sobre los resultados de la encuesta aún no ha sido publicado.

Cuadro 3.2

Guatemala. Total de instituciones que prestan servicios de rehabilitación.

Total de la población y su ubicación geográfica.

Tipo de institución	No. de Instituciones		No. de centros		Población atendida		Capital		Resto Departamentos	
	Absoluta	%	Absoluta	%	Absoluta	%	Absoluta	%	Absoluta	%
Total	21		34		9983		8811	88.3	1172	11.7
Estatal	3	14.3	10	29.4	7469	74.8	6679	89.4	790	10.6
Privada	16	76.2	19	55.9	2268	22.7	2101	92.6	167	7.4
ONG,s	1	4.8	1	2.9	163	1.7	0	0	163	100.00
Cooperativa	1	4.7	4	11.8	83	0.8	31	37.3	52	62.7

FUENTE: UNICEF.

Del total de personas atendidas, el 2.8% recibe atención por problemas visuales, 4.1% por problemas auditivos, 15.5% por retraso mental, 1.5% por impedimentos físicos, 7.7% por problemas de aprendizaje, 3.3% por trastornos de lenguaje, 0.05% por problemas emocionales y 65% por deficiencias de desarrollo. /1/ (Vea Cuadro 3.3).

En cuanto a las edades de la población atendida, se encontró que el 66.9% de la población son menores de seis años de edad, el 30.2% se encuentra entre los 7 y 14 años, el 2.4% entre los 15-18

/1/ La diferencia entre el total del Cuadro 3.2 y la del Cuadro 3.3 se debe a errores en la tabulación preliminar de los datos.

años, y el 0.5% tiene más de 18 años de edad (Vea Cuadro 3.4).

Estos resultados son preocupantes, pues si la cantidad de personas con impedimentos, como ya se indicó, se estima en 919,734, un 10% de la población total, y se están atendiendo 9,983

Cuadro 3.3

Guatemala. Población incapacitada atendida en servicios de rehabilitación, por tipo de institución y tipo de incapacidad

Categoría	Total	Estatal Absoluto %	Privado Absoluto %	ONGs Absoluto %	Cooperativa Absoluto %
Total	8933				
Trastornos visuales	248 2.8	11 0.1	237 19.5	0 0	0 0
Trastornos auditivos	366 4.1	41 0.5	325 26.7	0 0	0 0
Retardo mental	1386 15.5	751 10	512 42	40 24.5	83 100
Impedimento físico	138 1.5	64 0.9	74 6.1	0 0	0 0
Problemas de aprendizaje	666 7.7	497 6.7	66 5.4	123 75.5	0 0
Trastornos de lenguaje	299 3.3	299 4	0 0	0 0	0 0
Problemas emocionales	4 0.05	0 0	4 0.3	0 0	0 0
Deficiencias de desarrollo	5806 65	5806 77.8	0 0	0 0	0 0
Ignorado	1050				

FUENTE: UNICEF

casos, el resto, o sea el 99% de personas incapacitadas no están recibiendo ningún tipo de atención. Esto nos indica que las instituciones, tanto gubernamentales como privadas, no han podido absorber la demanda que sobre ellos ejerce la población incapacitada. Esta problemática se ve agravada por cuanto la mayoría de personas con deficiencias provienen de los estratos socioeconómicos más pobres en donde, por lo general la incapacidad se detecta tardíamente por falta de evaluaciones médicas, factores culturales tales como supersticiones en cuanto a la incapacidad o a las personas que la padecen. Otra circunstancia es que los grupos socioeconómicos bajos tienen necesidades básicas más apremiantes que atender: alimentación, vestido, vivienda y carecen de los recursos económicos para buscar alternativas de rehabilitación que se adapten a sus necesidades.

Los factores mencionados indican la urgencia de emprender acciones de rehabilitación, tratando de incorporar a la mayoría de personas incapacitadas. La alternativa que se sugiere es la de la capacitación de las familias y de las comunidades, a través de actividades educativas no formales.

El tercer campo de intervención en la problemática de las personas incapacitadas es el de la integración, el cual se analiza a continuación.

3. Integración. Todo ser humano, debería tener la oportunidad de orientar su vida según su propio criterio y responsabilidad. Naturalmente, la persona incapacitada tendrá más

Cuadro 3.4

Guatemala. Edad de las personas atendidas en servicios de rehabilitación, por tipo de institución

Tipo de institución	Total	Edades								Ignorado
		0 - 6		7-14		15-18		18 +		
		Absoluta	%	Absoluta	%	Absoluta	%	Absoluta	%	
Total	8933	5979	66.9	2697	30.2	209	2.4	48	0.5	1050
Estatal	7469	5803	77.7	1636	21.9	30	0.4	0	0	
Privada	1218	166	13.6	867	71.2	138	11.3	47	3.9	
ONGs	163	0	0.0	142	87.1	20	12.3	1	0.6	
Cocp Padres	83	10	12.0	52	63.0	21	25.0	0	0	

FUENTE: UNICEF

nivel de decisión en la medida en que su incapacidad sea menor pues ésta está en razón directa a su nivel de dependencia.

Durante un encuentro-taller realizado en 1981, la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia (1981:4) consideró que la sociedad es responsable no sólo de curar a la población incapacitada, sino de reincorporarla integralmente al hogar,

participando en la sociedad de la misma forma en que lo haría el resto de la población. Sin embargo, de acuerdo a lo que se comenta a continuación, la población incapacitada sigue estando marginada.

a. Educación. El nivel escolar de los incapacitados es un parámetro que sirve para medir el grado de integración alcanzado por esas personas. En 1981 la Comisión Nacional del Año Internacional de los Impedidos (CNAII, 1981:4) reconoció que los intentos tendentes a lograr la incorporación de los incapacitados a la escuela regular no han recibido el interés necesario para llegar "ni siquiera a modificar en parte los umbrales...". De acuerdo a los resultados del Censo de Población de 1981, el nivel escolar alcanzado por las personas incapacitadas era el siguiente:

- Ciegos. Del total de las 9,830 /1/ personas ciegas en edad escolar, 5,780, o sea el 59% no han recibido algún tipo de instrucción; 1,657, el 17%, han estudiado hasta tercero de primaria; 1,140, un 12%, han cursado hasta sexto grado; 247, o sea un 2%, han cursado hasta tercero básico; 203, el 2% han realizado estudios en el nivel diversificado y 73, un 0.74%, han ingresado a la Universidad. El resto es ignorado (Vea Cuadro 3.5).

Cuadro 3.5
Nivel escolar de las personas ciegas en Guatemala, 1981

Edad	Total	Sin Instrucción	1-3 Primaria	4-6 Primaria	1-3 Media	4-6 Media	Superior	Ignorado
Total	9830	5780	1657	1140	247	203	73	730
7	215	135	63	0	0	0	0	17
8	235	125	95	0	0	0	0	15
9	202	99	86	5	0	0	0	12
10	391	118	140	26	0	0	0	107
11	323	90	99	92	0	0	0	42
12	266	86	71	66	6	0	0	37
13	214	86	53	55	12	0	0	8
14	172	63	41	42	16	0	0	10
5-19	764	297	135	153	70	57	15	37
0-24	852	298	157	175	46	61	16	99
5-29	407	217	56	68	15	19	11	21
0-34	400	215	59	55	18	14	9	30
5-39	418	264	69	36	17	6	2	24
0-44	430	279	63	38	4	9	7	30
5-49	447	324	63	33	5	3	1	18
0-54	541	365	80	47	10	8	1	30
5-59	449	340	49	27	4	2	1	26
0-64	612	458	68	48	9	3	2	24
5 y mas	2492	1921	210	174	15	21	8	143

FUENTE: Tabulaciones especiales. Dirección General de Estadística, con base en el Censo de Población de 1981.

/1/ Las cifras de la población incorporada al sistema escolar difieren de las del Cuadro 3.1, porque en este análisis no se incluye la población menor de siete años.

- Sordomudos. Del total de las 9,715 personas sordomudas en edad escolar, 8,131, un 83%, no han recibido ninguna instrucción; 563, un 6%, han cursado hasta tercero primaria; 257, el 3%, han cursado hasta sexto primaria; 41, o sea el 0.42%, han cursado hasta tercero básico; 31, un 0.31% han realizado estudios en el nivel diversificado y 6, un porcentaje insignificante, tienen educación superior. El resto es ignorado (Vea Cuadro 3.6).

Cuadro 3.6

Nivel escolar de las personas sordomudas en Guatemala, 1981

Edad	Total	Sin Instrucción	1-3 Primaria	4-6 Primaria	1-3 Media	4-6 Media	Superior	Ignorado
Total	9715	8131	563	257	41	31	6	686
7	178	149	5	0	0	0	0	24
8	248	209	10	0	3	0	0	29
9	207	172	16	0	0	0	0	19
10	250	197	28	1	0	0	0	24
11	150	120	16	1	0	0	0	13
12	231	200	18	6	0	0	0	7
13	236	189	19	9	0	0	0	19
14	208	169	13	9	0	0	0	17
15-19	926	744	59	44	12	9	0	58
20-24	881	731	48	29	4	3	0	66
25-29	816	699	27	23	4	2	0	61
30-34	823	688	33	17	5	4	3	73
35-39	821	742	24	10	2	0	1	42
40-44	669	573	32	11	1	1	0	51
45-49	531	459	26	10	1	1	0	34
50-54	479	392	31	18	3	3	0	32
55-59	320	260	31	9	2	0	1	17
60-64	454	383	31	8	1	1	0	30
65 y mas	1287	1055	96	52	6	7	1	70

FUENTE: Tabulaciones especiales. Dirección General de Estadística, con base en el Censo de Población de 1981.

- Paralíticos. Del total de 7,887 personas en este grupo, 4,655, el 59%, no han tenido ninguna instrucción; 1,358, el 17% han cursado de primero a tercero primaria; 1,050, un 13%, cursaron hasta sexto primaria; 193, 2%, hasta tercero básico; 186, o sea el 2%, alcanzaron hasta diversificado y sólo 67, el 0.84%, han llegado a la Universidad. El resto es ignorado (Vea Cuadro 3.7).

Cuadro 3.7

Nivel escolar de las personas paralíticas en Guatemala, 1981

Edad	Total	Sin Instrucción	1-3 Primaria	4-6 Primaria	1-3 Media	4-6 Media	Superior	Ignorado
Total	7887	4655	1358	1050	193	186	67	378
7	185	163	14	0	0	0	0	8
8	225	183	28	0	0	0	0	14
9	164	115	37	2	0	0	0	10
10	236	141	71	13	0	0	0	11
11	185	108	45	20	0	0	0	12
12	205	119	57	21	3	0	0	5
13	167	94	30	38	1	0	0	4
14	178	106	30	34	5	0	0	3
15-19	851	454	137	139	61	19	1	40
20-24	665	341	117	102	30	26	15	34
25-29	500	262	88	70	15	36	11	18
30-34	500	266	97	74	13	17	9	24
35-39	420	236	76	56	11	11	10	20
40-44	412	249	77	56	5	6	2	17
45-49	352	205	60	51	7	8	3	18
50-54	421	228	87	72	4	7	4	19
55-59	363	245	50	42	4	12	1	9
60-64	446	284	71	56	8	9	2	16
65 y mas	1412	856	186	204	26	35	9	96

FUENTE: Tabulaciones especiales. Dirección General de Estadística, con base en el Censo de Población de 1981.

- Amputados. Del total de 6,711 amputados, 3,560, un 53%, no han tenido instrucción; 1,624, el 24%, han cursado hasta tercero primaria; 897, un 13%, hasta sexto primaria; 172, el 3% hasta tercero básico; 119, sólo un 1%, hasta diversificado y 44, el 0.65%, han llegado a la Universidad. El resto es ignorado. (Vea Cuadro 3.8).

Cuadro 3.8

Nivel escolar de las personas con miembros amputados en Guatemala, 1981

Edad	Total	Sin Instrucción	1-3 Primaria	4-6 Primaria	1-3 Media	4-6 Media	Superior	Ignorado
Total	6711	3560	1624	897	172	119	44	295
7	69	53	12	0	0	0	0	4
8	84	57	24	0	0	0	0	3
9	76	35	33	3	0	0	0	5
10	82	39	38	4	0	0	0	1
11	55	20	29	6	0	0	0	0
12	82	36	26	16	0	0	0	4
13	97	44	23	24	2	0	0	4
14	79	26	19	26	5	0	0	3
15-19	470	185	117	99	40	10	0	19
20-24	515	214	128	97	22	29	2	23
25-29	512	246	118	92	13	22	6	15
30-34	567	267	134	103	19	12	7	25
35-39	585	311	147	66	16	12	6	27
40-44	614	332	161	70	17	8	4	22
45-49	551	305	139	59	12	6	3	27
50-54	548	304	155	51	4	6	2	26
55-59	462	272	94	50	8	6	2	30
60-64	417	273	77	48	3	0	5	11
65 y mas	846	541	150	83	11	8	7	46

FUENTE: Tabulaciones especiales. Dirección General de Estadística, con base en el Censo de Población de 1981.

- Retrasados mentales. Las cifras de escolaridad para los retrasados mentales son muy poco confiables, pues de acuerdo a la fuente de información citada anteriormente, del total de 9,730 retrasados mentales, 7,513, el 77%, no han tenido ninguna instrucción; 786, un 8%, han cursado hasta tercero primaria; 442, el 4%, han cursado hasta sexto primaria; 98, el 1%, han cursado hasta tercero básico; 64, sólo el 0.66%, hasta diversificado y 10, 0.10%, han ingresado a la Universidad. El resto es ignorado (Vea Cuadro 3.9).

Cuadro 3.9
Nivel escolar de las personas con retraso mental
en Guatemala, 1981

Edad	Total	Sin Instrucción	1-3 Primaria	4-6 Primaria	1-3 Media	4-6 Media	Superior	Ignorado
Total	9730	7513	786	442	98	64	10	817
7	189	157	6	0	0	0	0	26
8	237	195	12	0	0	0	0	30
9	263	226	17	0	0	0	0	20
10	289	247	27	2	0	0	0	13
11	240	202	20	1	0	0	0	17
12	322	260	29	6	0	0	0	27
13	278	237	23	6	0	0	0	12
14	335	272	24	19	1	0	0	19
15-19	1513	1237	97	59	16	5	0	99
20-24	1335	1039	92	61	25	14	1	103
25-29	1000	747	93	55	24	7	2	72
30-34	830	600	83	44	13	7	2	81
35-39	680	509	65	36	5	8	2	55
40-44	536	387	57	29	7	5	1	50
45-49	458	324	46	36	1	7	0	44
50-54	364	258	30	29	2	2	0	43
55-59	213	149	14	19	1	3	2	25
60-64	215	159	16	14	0	2	0	24
65 y mas	433	308	35	26	3	4	0	57

FUENTE: Tabulaciones especiales. Dirección General de Estadística, con base en el Censo de Población de 1981.

Resumiendo los datos anteriores, observamos que el porcentaje de personas incapacitadas que no han recibido alguna educación es el siguiente:

Cuadro 3.10

Porcentaje de personas incapacitadas
sin ningún tipo de instrucción escolar,
por categoría de incapacidad
1981

Categoría de incapacidad	Porcentaje sin ninguna instrucción
Ciego	59%
Sordomudo	83%
Paralítico	59%
Amputado	53%
Retrasado mental	77%

Los datos anteriormente presentados demuestran que la gran mayoría de personas incapacitadas han sido dejadas fuera del sistema escolar. De no realizarse acciones educativas no formales para compensar esta marginación, su calidad de vida seguirá afectada negativamente.

c. Empleo de las personas incapacitadas /1/. Si las oportunidades de educación de las personas incapacitadas son escasas, más lo son las oportunidades de trabajo para ellos. Los cuadros 3.12 a 3.16 muestran que aproximadamente un 33% de la Población Económicamente Activa (PEA) incapacitada

/1/ Las cifras difieren de las del Cuadro 3.1 porque en este análisis no se incluye la población menor de diez años.

se encuentra ocupada en alguna actividad económica, como se resume a continuación:

Cuadro 3.11

Población Económicamente Activa Incapacitada
Porcentaje de personas empleadas
1981

Categoría de la incapacidad	Porcentaje de personas empleadas
Ciego	27%
Sordomudo	34%
Paralítico	22%
Amputado	59%
Retrasado mental	15%

Cuadro 3.12
Situación ocupacional de los paralíticos guatemaltecos,
1981

Edad	Total	Ocupada	Buscó trabajo		Económicamente Inactivo	Ignorado
			Primera vez	Trabajo antes		
Total	7313	1613	30	11	4470	1189
10-14	971	55	2	3	728	183
15-19	851	147	2	3	551	148
20-24	665	191	1	3	352	118
25-29	500	137	1	0	277	85
30-34	500	154	3	1	274	68
35-39	420	155	3	0	197	65
40-44	412	136	1	0	289	66
45-49	352	106	5	0	192	49
50-54	421	126	8	0	228	59
55-59	363	108	1	0	210	44
60-64	446	111	1	0	274	60
65 y más	1412	187	2	1	978	244

FUENTE: Tabulaciones especiales, Dirección General de Estadística, en base al Censo de Población de 1981.

Cuadro 3.13
Situación ocupacional de las personas ciegas en Guatemala, 1981

Edad	Total	Ocupada	Buscó trabajo		Económicamente	
			Primera vez	Trabajo antes	Inactivo	Ignorado
Total	9178	2513	41	17	5577	1030
10-14	1366	185	5	2	1038	136
15-19	764	247	0	6	455	56
20-24	852	310	7	2	463	70
25-29	407	171	5	1	197	33
30-34	400	186	4	2	178	30
35-39	418	205	1	0	181	31
40-44	430	174	4	1	212	39
45-49	447	160	2	0	249	36
50-54	541	184	4	0	306	47
55-59	449	149	2	0	247	51
60-64	612	177	2	0	362	71
65 y mas	2492	365	5	3	1689	430

Cuadro 3.14
Situación ocupacional de los sordomudos en Guatemala, 1981

Edad	Total	Ocupada	Buscó trabajo		Económicamente	
			Primera vez	Trabajo antes	Inactivo	Ignorado
Total	9082	3113	23	20	4920	1006
10-14	1075	128	0	4	700	243
14-19	926	278	3	6	511	128
20-24	881	313	3	2	469	94
25-29	816	329	1	2	408	76
30-34	823	338	1	2	404	78
35-39	821	321	3	1	426	70
40-44	669	278	2	2	331	56
45-49	531	228	2	0	261	40
50-54	479	214	2	0	230	33
55-59	320	143	2	0	150	25
60-64	454	199	1	1	224	29
65 y mas	1287	344	3	0	806	134

FUENTE: Tabulaciones especiales, Dirección General de Estadística, en base al Censo de Población de 1981.

Cuadro 3.15
Situación ocupacional de las personas con miembros amputados
Guatemala, 1981

Edad	Total	Ocupada	Buscó trabajo		Económicamente	
			Primera vez	Trabajó antes	Inactivo	Ignorado
Total	6482	3873	59	38	2164	348
10-14	395	54	0	3	309	29
15-19	470	212	3	5	219	31
20-24	515	314	14	8	153	26
25-29	512	325	6	3	148	30
30-34	567	403	5	2	137	20
35-39	585	428	6	3	125	23
40-44	614	446	6	4	134	24
45-49	551	383	6	1	144	17
50-54	548	379	4	4	142	19
55-59	462	316	0	1	117	28
60-64	417	265	4	1	139	17
65 y más	846	348	5	3	406	84

Cuadro 3.16
Situación ocupacional de las personas con retraso mental
Guatemala, 1981

Edad	Total	Ocupada	Buscó trabajo		Económicamente	
			primera vez	trabajo antes	Inactivo	Ignorado
Total	9041	1396	18	42	5687	1898
10-14	1464	73	0	4	1000	387
15-19	1513	189	2	11	939	372
20-24	1335	216	3	10	808	298
25-29	1000	182	4	11	581	222
30-34	830	158	1	3	506	162
35-39	680	156	1	0	395	128
40-44	536	119	3	1	338	75
45-49	458	95	1	1	284	77
50-54	364	78	0	1	225	60
55-59	213	41	1	0	140	31
60-64	215	38	0	0	151	26
65 y más	433	51	2	0	320	60

FUENTE: Tabulaciones especiales, Dirección General de Estadística, en base al Censo de Población de 1981.

Las características socioeconómicas de Guatemala inciden en que la problemática que afrontan las personas incapacitadas se agrave. Al no existir una política definida en el campo de la prevención de las incapacidades, el número de personas que requerirá de servicios de rehabilitación aumentará y, puesto que estos servicios son escasos, la cantidad de personas que se verán excluidas de las actividades normales de la sociedad será cada vez mayor.

Ante la incapacidad, que por diversos factores, tienen las instituciones para satisfacer las necesidades educativas de la población en materia de prevención, rehabilitación e integración, deben emprenderse urgentemente acciones educativas no formales. Para ello, en el siguiente capítulo, se presenta una propuesta de modelo de trabajo, en el que la familia y la comunidad, además de la persona incapacitada, son los elementos más eficaces sobre los que se planifican acciones tendentes a resolver la situación.

IV PROPUESTA DEL MODELO

En este capítulo se integran los aspectos analizados en los Capítulos II y III, con el propósito de sugerir un modelo de alternativas educativas no tradicionales que puedan ponerse en práctica, combinando la infraestructura existente, con el trabajo realizado por las personas incapacitadas, sus familias y sus comunidades. Este modelo incluye una institución encargada de coordinar las acciones de financiamiento, planificación, ejecución y evaluación de proyectos para las comunidades necesitadas. El funcionamiento de dicha institución supone las acciones siguientes:

- 1) Estimular la agrupación de todas las personas preocupadas por la situación de las personas incapacitadas: profesionales, padres de familia y afectados.
- 2) Propiciar la agrupación de todas las instituciones que representan a las personas incapacitadas o que brindan asistencia especial en Guatemala.
- 3) Obtener el financiamiento necesario para llevar a la práctica los diferentes proyectos.
- 4) Capacitar a las personas que quieran tomar parte en la ejecución del modelo.
- 5) Organizar a las comunidades para actuar sobre la problemática que afrontan las personas incapacitadas.

- 6) Brindar asistencia especial, no tradicional, a las personas necesitadas.

La problemática que afrontan las personas incapacitadas no puede aislarse del contexto socioeconómico del país, cuya población se encuentra mayoritariamente en situación de pobreza; por esta razón el modelo incluye actividades educativas no formales para tres campos de atención: prevención, que comprenderá actividades tendentes a educar a la población sobre las causas de las incapacitadas y la forma de evitarlas; rehabilitación, con el propósito de facilitar que la población incapacitada desarrolle al máximo sus capacidades; e integración, para motivar a la comunidad a que involucre a las personas incapacitadas en sus actividades. Estos tres campos de acción constituyen la estructura principal que sustenta este trabajo.

El modelo de trabajo está orientado principalmente a atender las características y necesidades de la población rural y urbano-marginal del país, con índices de pobreza elevados, con el propósito de ayudarla, a través de la educación, a enfrentar sus problemas y salir adelante.

Como se ha hecho evidente a lo largo del análisis de los datos recabados y de la literatura examinada sobre el tema, las instituciones guatemaltecas, tanto gubernamentales como privadas, por diversos factores no han podido realizar acciones concretas que mejoren la calidad de los servicios para las personas incapacitadas, así como tampoco han podido ampliar la cobertura de los programas existentes en los campos de prevención, rehabilitación e integración.

En Guatemala, se ha hecho muy poco en lo que concierne a prevención. El número de personas incapacitadas ha ido aumentando, por una parte, debido al aumento de la población del país, y por otra, como consecuencia de la limitación que se ha enfrentado para hacer efectivas las políticas específicas del gobierno para atender las necesidades de los habitantes, principalmente en las áreas de salud y educación.

La mayoría de impedimentos físicos y mentales pueden ser prevenidos (nivel primario); por lo tanto, la reducción de la incidencia de las incapacidades en la población guatemalteca, dependerá, en gran parte, de las acciones educativas que se emprendan con el propósito de mejorar las condiciones de salud de los habitantes. Igualmente importante será educar a las familias y a las comunidades para subsanar las necesidades que se presenten en cada tipo de deficiencia, con el propósito de evitar que éstas se conviertan en impedimentos (nivel secundario). Además, es necesario educar a la comunidad para que colabore a que las personas incapacitadas lleven una vida lo más cercano a lo normal, evitando así que la incapacidad conduzca a la minusvalía (nivel terciario).

En relación a la rehabilitación, es prácticamente imposible que las personas incapacitadas aprovechen los pocos servicios existentes, dispersos la mayoría de ellos, debido a que la mayoría de estas personas provienen de grupos poblacionales con menos recursos y asentados en el área rural. Sin embargo, los métodos de rehabilitación pueden desarrollarse dentro de la misma familia, si a ésta se le enseña qué técnicas debe utilizar.

En lo que respecta a la integración de las personas incapacitadas a la sociedad guatemalteca, se reconoce que es la misma sociedad la que, por ignorancia, ha tendido a segregarlos de la mayoría de sus actividades. Asimismo, la comunidad puede aprender - si se le da la información apropiada- a ver en la persona incapacitada a un ser con las mismas necesidades y derechos del resto de la población.

Por lo tanto, es urgente emprender acciones que contribuyan no solo a prevenir las incapacidades, sino a devolverle a la persona incapacitada su lugar en la sociedad. Para ello, los tres elementos que sirven de base a este modelo de trabajo son la persona incapacitada, su familia y su comunidad.

A. Filosofía.

Este modelo de trabajo parte del reconocimiento que la persona incapacitada debidamente atendida puede rehabilitarse e integrarse a la sociedad y que su familia y su comunidad, son quienes más sufren con la incidencia y prevalencia de las incapacidades. Además, dado que las instituciones que existen en la actualidad no pueden hacer frente a la problemática que afrontan las personas incapacitadas, se estima que la educación no formal es una de las mejores opciones de que se dispone para incluir a la familia y a la comunidad en la resolución de esa problemática.

1. Elementos. Debido a que toda la concepción del modelo gira alrededor de las personas incapacitadas, de sus familias y de sus comunidades, estos son considerados los elementos más

importantes del mismo. Además, por su relación, los promotores comunales también son parte de los elementos del modelo. Para una mejor comprensión del modelo se definen los términos claves en el glosario que se presenta en el Anexo H.

2. Premisas. Las premisas que orientan este modelo de trabajo son muchas y variadas. A continuación se citan las que más peso tienen en su conceptualización.

- a) La población debe ser educada en aquellos aspectos que le permitan ayudar a prevenir las incapacidades.
- b) La determinación de las causas de incapacidad es urgente, con el propósito de tratar sus efectos.
- c) Si no se emprenden acciones urgentes en el campo de la prevención, el número de personas necesitadas de servicios de rehabilitación aumentará.
- d) Las deficiencias que no se tratan oportunamente, conducen a un problema de minusvalía, en detrimento del funcionamiento integral del individuo.
- e) Las instituciones de rehabilitación sólo pueden satisfacer parcialmente la demanda de servicios de las personas incapacitadas, por lo que se hace necesario buscar alternativas para proporcionar más cobertura.
- f) La comunidad puede producir localmente los materiales necesarios para la rehabilitación de un individuo.
- g) Una persona puede estar incapacitada en algún área de desempeño, pero ser capaz de desempeñarse eficientemente en otras, si recibe la educación apropiada.

- h) La persona incapacitada debe recibir una educación que le permita desarrollarse integralmente.
- i) La ley garantiza que las personas incapacitadas tienen, a pesar de sus limitaciones, los mismos derechos y obligaciones del resto de la población y la educación les facilita el acceso a los mismos.
- j) La familia y la comunidad deben hacer uso de los recursos disponibles para mejorar la situación de las personas incapacitadas.
- k) La sociedad ha tendido a segregar a las personas incapacitadas. De la misma forma puede, si se le da la educación adecuada, aprender a aceptarlos.

B. El modelo. (Vea Gráfica 4.1).

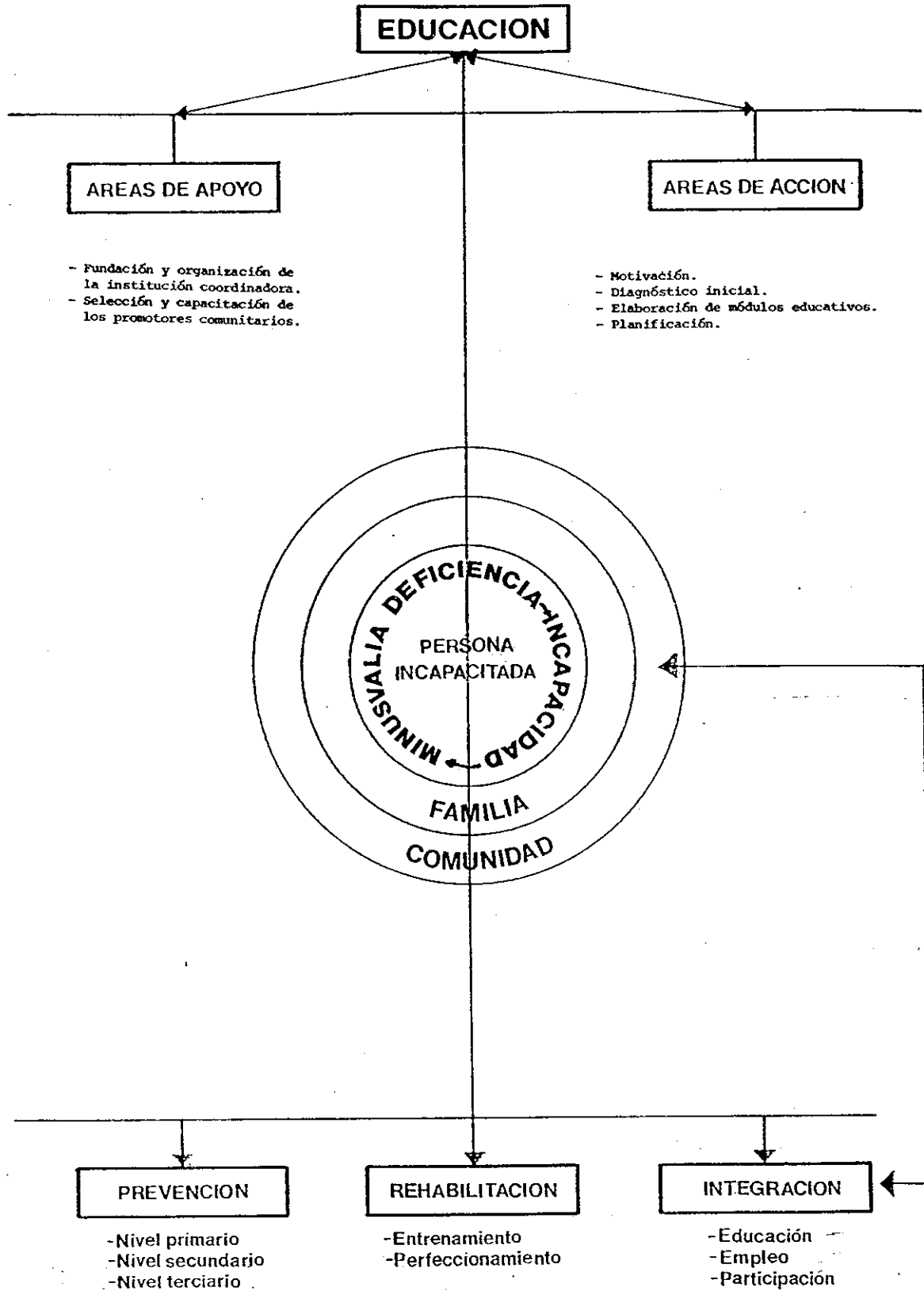
C. Objetivos.

Con base en las premisas descritas anteriormente, los objetivos que persigue el modelo de trabajo propuesto, se presentan a continuación. En la definición de cada una de las etapas del modelo se presentan, además, los objetivos concretos que persigue cada una de las mismas.

1. Generales.

- a. Atender urgentemente a la población incapacitada que vive en el área rural y en la urbano marginal del país.

ESQUEMA DE LAS INTERRELACIONES ENTRE LOS ELEMENTOS DEL MODELO Y SUS AREAS DE ACCION



- b. Reducir, hasta donde sea posible, la reclusión de las personas incapacitadas en instituciones especiales.
- c. Lograr un efecto multiplicador en las acciones que se emprendan.

2. Específicos.

- a. Capacitar promotores comunales que puedan ejecutar acciones tendentes a solucionar la problemática de las personas incapacitadas.
- b. En el campo de la prevención, educar y apoyar a la población para
 - Conocer las características de las incapacidades.
 - Detectar los signos de incapacidad entre sus miembros.
 - Participar en las investigaciones sobre las principales causas de incapacidad que se presenten.
 - Planificar acciones tendentes a reducir la incidencia de las incapacidades.
- c. En el campo de la rehabilitación, educar y apoyar a la comunidad para
 - Comprender las necesidades de las personas incapacitadas.
 - Utilizar los recursos existentes, a nivel local, para brindar la rehabilitación necesitada por las personas incapacitadas.

- Participar en el diseño de programas de rehabilitación que puedan ser conducidas por las familias y comunidades.
- d. En el campo de la integración; motivar y propiciar acciones para:
- Reducir al máximo los prejuicios que se tienen sobre las personas incapacitadas.
 - Hacer partícipes a las personas incapacitadas en la mayoría de actividades de cada comunidad.

D. Etapas.

Para que el modelo se desarrolle de acuerdo a lo esperado, éste seguirá las siguientes etapas (Vea Gráfica 4.2):

1. Fundación y organización de la institución encargada de coordinar las diferentes actividades, con una duración de seis meses. Para ello, en esta etapa se contempla: motivar a las personas que se preocupan por la problemática de las personas incapacitadas; efectuar un estudio de factibilidad del proyecto; obtener los fondos necesarios para la ejecución del modelo; contratar al personal necesario; y seguir todos los pasos necesarios para que la organización comience a funcionar.
2. Diseño y planificación, con una duración de seis meses, de la prueba piloto, de acuerdo con el modelo propuesto. En esta etapa se contempla: seleccionar 10 comunidades representativas; capacitar al personal de la institución;

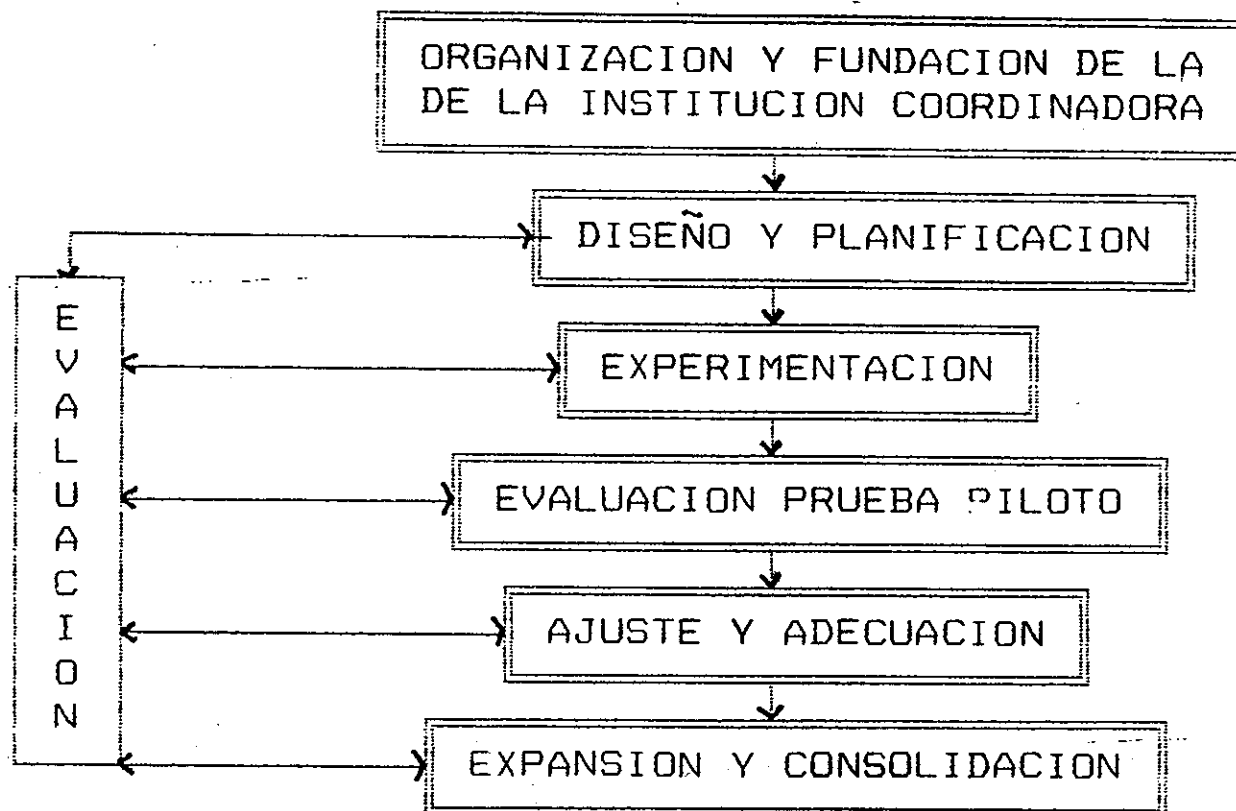
seleccionar los instrumentos y módulos adecuados para el éxito de cada una de las actividades a desarrollar y seguir todos los pasos necesarios, previo a la iniciación del plan piloto.

3. Experimentación (ejecución del plan piloto), con una duración de un año. En esta etapa el modelo se aplicará en forma experimental en 10 comunidades seleccionadas, con el propósito de evaluar su impacto.
4. Evaluación diagnóstica, de contexto, de insumos, de proceso y de producto, de las actividades desarrolladas durante la etapa de experimentación. Esta etapa deberá estar concluida dos meses después de finalizada la etapa de experimentación.
5. Ajuste y adecuación, con una duración de seis meses. Esta etapa facilitará la toma de decisiones a partir de los resultados obtenidos en la etapa de evaluación.
6. Expansión y consolidación paulatina, con una duración indefinida, que permitirá la sistematización de las experiencias, la extensión de los servicios a nivel nacional y la consolidación definitiva del modelo.

Además, este proceso requerirá de una evaluación a lo largo de las diferentes etapas. De igual manera, previo a su generalización, deberá hacerse una sistematización de experiencias. Tanto en la planificación como en la ejecución del modelo, se considerarán áreas de apoyo y áreas básicas de acción. Entre las áreas de apoyo se

Gráfica 4.2

Etapas consideradas para la ejecución del modelo



consideran, por ejemplo, la organización comunal, la divulgación de la metodología, la obtención de recursos y otras. Las áreas básicas de acción son todas aquellas directamente relacionadas con las actividades educativas.

La intervención de la población se dará a través de la participación de las familias y demás miembros de la comunidad en las actividades de prevención, rehabilitación e integración, que se desarrollarán por medio de la educación no formal.

El interés de la comunidad deberá ser satisfecho en forma inmediata, y las actividades conducidas por ellos mismos, siguiendo la metodología de la participación comunitaria descrita en el Capítulo II.

Los objetivos generales y específicos de cada una de las etapas del modelo se resumen en el Cuadro 4.1.

E. Estrategias.

El éxito en la ejecución del modelo dependerá de la forma cómo se determine la viabilidad de cada una de las actividades a realizar. Por ello, a continuación se destacan las que consideramos prioritarias.

1. Organización administrativa del modelo. Para coordinar las diferentes acciones derivadas del modelo, se hace necesaria la creación o adaptación de una organización no gubernamental -ONG-. (La experiencia de la Asociación de Padres de Familia de Niños Discapacitados - Los Pipitos - en Nicaragua /1/ ha demostrado que

/1/ Esta Asociación fue fundada en 1987 por iniciativa de un grupo de padres de niños incapacitados. El número de asociados es actualmente de 2,100. El objetivo de esta Asociación es luchar por los derechos de las personas incapacitadas, por la integración de los padres para la búsqueda, en conjunto, de respuestas a sus necesidades y por la sensibilización de la sociedad. Asociación de padres de familia de niños discapacitados, s.f: 1).

CUADRO 4.1

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS DE LAS ETAPAS DEL MODELO

ETAPAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECIFICOS
Organización y Fundación de la Institución Coordinadora	<ul style="list-style-type: none"> - Motivar a las personas preocupadas por la problemática de los incapacitados: profesionales, técnicos, afectados, etc. para que se involucren en la ejecución del modelo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Establecer una red de amigos de personas incapacitadas. -Organizar y fundar una ONG que coordine (a nivel técnico y administrativo) las diferentes actividades derivadas del modelo. -Obtener los recursos necesarios para poner en marcha el modelo. -Promover la difusión de programas de información y de orientación sobre la problemática de las personas incapacitadas.
Diseño y planificación	<ul style="list-style-type: none"> -Seleccionar entre los materiales existentes y/o elaborar los que sean necesarios -Determinar las actividades y las áreas geográficas en donde se realizará la prueba piloto. -Diseñar un sistema de capacitación permanente destinado a la formación y actualización del equipo que participará en las distintas etapas del proyecto. 	<ul style="list-style-type: none"> -Seleccionar y/o diseñar los instrumentos que serán utilizados en la prueba piloto. -Seleccionar las 10 comunidades en donde se realizará la prueba piloto. -Promover el diseño y producción de los materiales educativos (módulos, instrumentos de evaluación, afiches, etc). -Capacitar al equipo técnico y administrativo de la institución coordinadora, en la metodología del modelo.
Experimentación	<ul style="list-style-type: none"> -Ejecutar las diferentes actividades del modelo, con el propósito de facilitar la evaluación de su impacto. 	<ul style="list-style-type: none"> -Propiciar y canalizar la participación efectiva de los miembros de la comunidad, utilizando los recursos locales e institucionales existentes. -Elaborar un inventario de las personas incapacitadas, por tipo de incapacidad, que vivan en cada una de las comunidades beneficiadas.

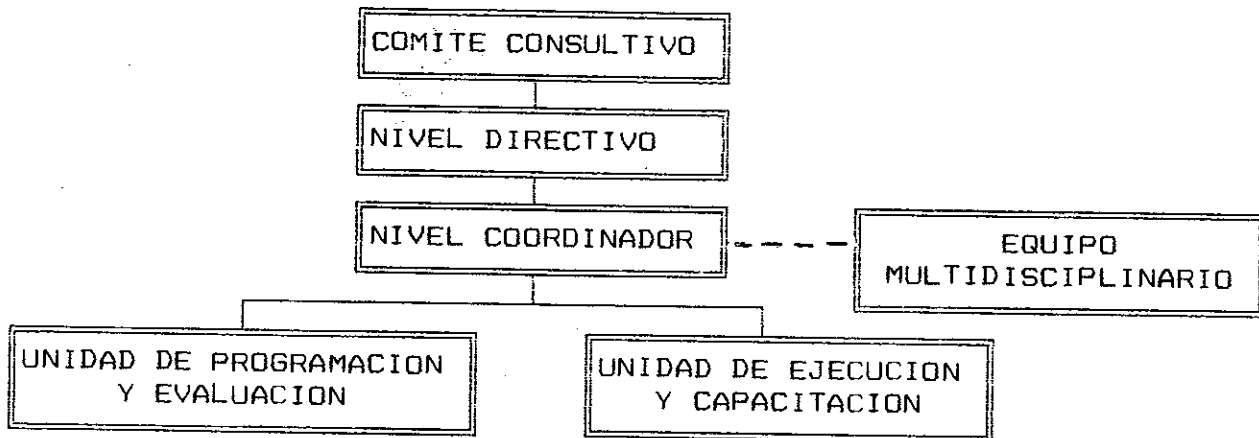
ETAPAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECIFICOS
Experimentación (cont.)		<ul style="list-style-type: none"> -Identificar las necesidades de la comunidad en materia de prevención de las incapacidades y rehabilitación e integración de sus miembros. -Capacitar a los miembros de la comunidad para emprender actividades educativas no formales en los campos de prevención, rehabilitación e integración. -Seleccionar las actividades educativas no formales que se adapten a las necesidades y prioridades de la comunidad. -Seleccionar las áreas de apoyo que deben reforzarse (fabricación artesanal de prótesis, fuentes de trabajo para las personas incapacitadas, apoyo de las instituciones existentes, etc.). -Ejecutar las actividades necesarias.
Evaluación de la prueba piloto	-Evaluar el impacto de las acciones realizadas durante el plan piloto.	-Determinar la viabilidad del modelo.
Ajuste y Adecuación	-Corregir los errores detectados en la ejecución del plan piloto.	-Reprogramar las actividades necesarias.
Expansión y Consolidación	-Mejorar la situación de las personas incapacitadas	-Sistematizar las experiencias logradas y extender paulatinamente la cobertura hacia todas las comunidades del país.

la motivación que los padres de familia tienen para ayudar a sus hijos incapacitados, es una base sólida alrededor de la cual puede girar una serie de acciones con resultados positivos). Por el momento, ya se cuenta en Guatemala con la Federación Guatemalteca de Asociaciones de Padres y Amigos de Personas con Incapacidades, cuya Junta Directiva fue nombrada en forma provisional en enero de 1990, y que ya forma parte de la Confederación Centroamericana de Organizaciones de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad, constituida en Managua el 9 de marzo de 1990. Esta Asociación podría hacerse cargo de la coordinación del modelo.

La institución coordinadora estará dividida jerárquicamente de la manera como se indica en la Gráfica 4.3.

Gráfica 4.3

ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCION COORDINADORA



El Comité Consultivo estará integrado por los representantes de las asociaciones que, en Guatemala, tengan dentro de sus objetivos mejorar la situación de las personas incapacitadas, y le corresponden las siguientes funciones:

- Coordinar, con las diferentes instituciones, las acciones que vayan a desarrollarse conjuntamente.
- Nombrar entre sus miembros una Junta Directiva de 5 personas.
- Proponer los planes y normas generales de la institución.
- Llevar a cabo un estudio de factibilidad del proyecto.
- Establecer las normas generales para la ejecución del modelo.
- Obtener los fondos necesarios para la ejecución del modelo.

La Junta Directiva constituye el nivel directivo de la institución. Sus funciones principales serán:

- Asistir al Comité Consultivo en la recaudación de los fondos necesarios para ejecutar el modelo.
- Asistir al Comité Consultivo en la coordinación con las demás instituciones gubernamentales y privadas.
- Supervisar el funcionamiento general de la institución.
- Nombrar al coordinador y estar al tanto de la ejecución del modelo a través de juntas periódicas.
- Decidir sobre los asuntos que competan al buen funcionamiento de la institución.
- Presidir la Junta de Evaluación y analizar los informes periódicos.

El nivel coordinador estará a cargo del coordinador general, nombrado por la Junta Directiva y tendrá que realizar las siguientes funciones:

- Planificar, dirigir, coordinar, asesorar, analizar y evaluar las actividades técnicas y administrativas.
- Elaborar, conjuntamente con el Nivel Directivo, los planes de la institución.
- Seleccionar y nombrar al personal técnico y administrativo.
- Supervisar, asesorar y evaluar las acciones del personal de la institución.
- Autorizar, supervisar y controlar, la utilización óptima de los recursos financieros.
- Elaborar y publicar los informes respectivos.
- Supervisar la planificación y evaluación del modelo en cada comunidad.

El Equipo Asesor Multidisciplinario estará integrado por médicos (pediatra, psiquiatra, epidemiólogo, infectólogo, etc.), psicólogos, trabajadores sociales, educadores especiales, educadores, ortopedistas, etc. Su función será asesorar técnicamente a todos los niveles jerárquicos.

La Unidad Técnica de Programación y Evaluación tendrá entre sus funciones las siguientes:

- Dirigir investigaciones conducentes a conocer la realidad local de las comunidades involucradas.

- Elaborar las normas de funcionamiento de los diferentes niveles coordinadores.
- Elaborar los módulos, materiales e instrumentos necesarios para la realización de actividades educativas no formales.
- Programar las acciones que deben desarrollar los promotores en cada comunidad.

La Unidad Técnica de Capacitación y Ejecución deberá realizar, conjuntamente con la comunidad, a través de los promotores comunitarios, las siguientes funciones:

- Promover y difundir en la comunidad las diversas acciones del modelo.
- Capacitar a la comunidad para que pueda participar activamente en la elaboración del diagnóstico.
- Participar en la elaboración de la programación, determinando las formas de atención de las personas incapacitadas y sus familias.
- Ejecutar la programación en función de las necesidades e intereses de la comunidad.
- Realizar las actividades educativas no formales determinadas conjuntamente con la Unidad de Programación y Evaluación.
- Supervisar, controlar y evaluar permanente y sistemáticamente, las actividades del modelo.

Las principales funciones de cada una de las estructuras descritas anteriormente se resumen en el Cuadro 4.2.

Cuadro 4.2
Funciones de los niveles de coordinación del modelo

FUNCIONES	Comité Consultivo	Junta Directiva	Nivel Coordinador	Unidad Técnica		Equipo Asesor Multidisciplinario
				de Programación y Evaluación	Unidad Técnica de Ejecución y Capacitación	
- Recaudar fondos, a través de una red de amigos de las personas incapacitadas, mientras la institución se vuelve auto-gestora.	X	X	X			
- Coordinar los contactos necesarios a nivel gubernamental y privado.	X	X	X			
- Coordinar las acciones necesarias dentro de la institución.	X	X	X			
- Seleccionar las actividades educativas, no formales, que se adapten a las características de cada comunidad o de cada caso.			X	X		X
- Diseñar los materiales apropiados para desarrollar las diferentes actividades.			X	X	X	X
- Revalidar los diagnósticos dados para detectar las causas de las incapacidades.			X	X	X	X
- Promover la participación de las comunidades en el modelo.			X	X	X	
- Capacitar al líder o promotor comunitario que vaya a hacerse cargo del modelo en cada comunidad.					X	
- Diseñar micro-modelos de rehabilitación que se adapten a las necesidades de los incapacitados y a los recursos existentes.			X	X	X	X
- Motivar a la comunidad para aceptar a las personas incapacitadas y participar activamente en su rehabilitación.			X		X	
- Supervisar y evaluar las diferentes etapas del modelo, incluyendo el seguimiento.		X	X	X	X	X

2. Comunidades beneficiarias.

El proyecto considerará como poblaciones beneficiarias a todas las personas incapacitadas y sus familias y se ejecutará, paulatinamente, en las comunidades del país.

La prueba piloto deberá aplicarse en aquellas comunidades en donde, por las condiciones de vida de la población, se estime que hay mayor porcentaje de personas incapacitadas /1/. Para ello se estima conveniente incluir inicialmente comunidades representativas de las áreas rural y urbano-marginal del país, divididas en distritos de 400 familias, seleccionadas de acuerdo a los siguientes criterios:

- a) Que pertenezcan a las diferentes regiones del país (vea Anexo G, Cuadro 3.2).
- b) Que tengan, como mínimo un 20% de niños categorizados como de alto riesgo biológico y ambiental.
- c) Que cuenten con un mínimo de organización comunal.
- d) Que hablen entre sí el mismo idioma.
- e) Que posibiliten la irradiación de experiencias.

El modelo aplicado en comunidades con esas características, permitirá hacer una fácil evaluación de su impacto para extenderlo, más adelante, a todas las localidades en que se distribuye la población del país.

/1/ Para ésto se coordinará con algunas instituciones que manejan los indicadores socioeconómicos por región (INCAP, SEGEPLAN, etc.).

3. Metodología de modelo.

La metodología que se sugiere para desarrollar el modelo es la descrita en el Capítulo II, pero se hace énfasis en aquellos aspectos que, por las características de las deficiencias, deberán ser más específicos.

a. Acercamiento a la comunidad. Tan pronto como la institución coordinadora haya seleccionado las comunidades en donde vaya a realizarse el proyecto piloto, deberá efectuarse el primer contacto con la comunidad, tratando de identificar a tres personas que actuarán como promotores comunales que se encarguen de coordinar las acciones comunales. Con ellos se discutirá la problemática de las personas incapacitadas y se dará a conocer la estructura del modelo. Es importante que no se creen mayores expectativas para que los miembros de la comunidad no esperen que las soluciones se vayan a dar en el corto plazo.

Los objetivos generales de esa primera visita a la comunidad serán los siguientes:

- Difundir la problemática de las personas incapacitadas y el método del modelo a toda la comunidad. Para ello se organizará una reunión con la población.
- Detectar tres personas que puedan y acepten realizar, en la comunidad, las acciones propuestas por el modelo (promotores comunales).
- Programar las fechas en las que se realizará la capacitación de los promotores comunales.

- Ampliar la información básica que se tiene de la comunidad /1/.

Los criterios para seleccionar a los promotores comunales son:

- Demostrar aptitudes y actitudes favorables para trabajar con las personas incapacitadas.
- Residir en la comunidad.
- Gozar de aprecio y respeto en la comunidad (liderazgo).
- Tener como mínimo la escolaridad promedio de su comunidad.
- Comunicarse correctamente en forma oral en español y en el idioma de su comunidad.

b. Capacitación de los promotores comunales. Esta debe ser programada para llevarse a cabo en la sede de la institución coordinadora, en una fecha próxima a la primera visita.

1) Objetivos.

a) Objetivo general: Capacitarlos para que desarrollen en sus comunidades, los programas de educación no formal tendentes a aliviar la problemática de las personas incapacitadas.

b) Objetivos específicos:

- Familiarizarlos con la institución, sus propósitos y funcionamiento.

Darles a conocer las características y causas de las deficiencias.

/1/ La información preliminar debe incluir datos sobre las características geográficas, de población, socio-culturales, los recursos educativos, de salud, de rehabilitación, etc.

- Discutir los problemas de sus comunidades, especialmente los que se refieren a las incapacidades.
- Identificar, conjuntamente con la Unidad de Programación y Evaluación, las necesidades de su comunidad.
- Conocer y aprender a manejar el método del modelo y los recursos con que cuenta la institución para ejecutarlo.
- Aprender el manejo del instrumento de diagnóstico.
- Intercambiar puntos de vista con los promotores comunales que representen a otras comunidades.

2. El contenido general de la capacitación será:

- a. En relación con la institución.
 - Organización de la institución coordinadora (recursos, forma de coordinación, metas, objetivos y niveles de apoyo), formas de capacitación.
- b. En relación con el modelo de trabajo.
 - Objetivos del modelo de trabajo.
 - Metodología del modelo de trabajo.
 - Evaluación del proceso de su desarrollo e impacto.
- c. En relación con la problemática de las deficiencias.
 - Deficiencia, incapacidad y minusvalía.
 - . Definiciones y relaciones (el proceso de desarrollo).

- . Clasificación y causas.
- . Problemática (consecuencias para el individuo, la familia y la comunidad).
- Prevención de las deficiencias.
 - . Prevención primaria, secundaria y terciaria.
 - . Iniciativas que dependen de la comunidad y coordinación con otras instituciones.
 - . Detección (encuesta de diagnóstico).
 - . Actividades educativas no formales que pueden realizarse en la comunidad (métodos, contenidos generales, motivación de la población).
- Rehabilitación de las personas incapacitadas.
 - . Necesidades de las personas incapacitadas.
 - . Necesidad de concentrarse en las capacidades restantes.
 - . Formas de ayudar a la familia a conducir actividades sencillas y de bajo costo.
 - . Fabricación de aparatos de ayuda.
 - . Coordinación con otras instituciones.
- Integración de las personas incapacitadas.
 - . Actitudes de la familia y de la comunidad hacia las personas incapacitadas. cómo ayudar a las familias a superar los sentimientos de frustración y rechazo.

- . Necesidad de las personas incapacitadas de incorporarse a la vida activa.
- . Formas de ayudar a las personas incapacitadas a desempeñar una función que les satisfaga (educación, empleo, actividades recreativas, cívicas, culturales, etc).

c. Primera reunión con la comunidad seleccionada. Esta reunión será conducida por los promotores comunales asistidos por una persona de la institución coordinadora (promotor institucional). Para que esta reunión tenga el éxito deseado, se debe contar con la presencia de la mayoría de habitantes de la comunidad, sobre todo de las personas incapacitadas y sus familias. Además, es importante que en esta reunión se sigan los lineamientos de la investigación participativa con el fin de que al finalizarla, los miembros de la comunidad se sientan identificados con los objetivos del modelo. Los objetivos generales de esta reunión serán los siguientes:

- Informar a la comunidad sobre la problemática de las incapacidades, las formas de enfrentarla y la metodología del modelo de trabajo.
- Conscientizar a la comunidad sobre las necesidades de las personas incapacitadas.
- Motivar a las familias de las personas incapacitadas para que participen en las actividades.

- Determinar, conjuntamente, la fecha en que se realizará el diagnóstico de situación.
- Nombrar comités de apoyo que se responsabilicen de llevar a cabo algunas actividades tales como:
participar en la encuesta, tabular los datos,
identificar recursos, motivar a las familias de las personas incapacitadas, etc.

d. Diagnóstico de la situación. Para que el diagnóstico de la situación de la población incapacitada sea completo, debe considerarse una serie de variables que no pueden aislarse de la problemática derivada de las incapacidades (educación, empleo, ingreso familiar, etc.) Esta labor puede ser complicada pero, considerando que al menos una persona de la comunidad participará en toda la actividad, la tarea se facilita enormemente, sobre todo en las comunidades menores de 200 habitantes en donde pueden realizarse encuestas casa por casa. El objetivo primordial de la encuesta es identificar al 100% de las personas con incapacidades, sus categorías y posibles causas, así como la gravedad y necesidades de las personas incapacitadas. El instrumento que se propone utilizar - Encuesta para Identificar a las Personas Incapacitadas en las Comunidades - tomado de WHO (1990:C.1-C.5) se incluye en el Anexo I.

Para que el diagnóstico sea confiable, los promotores, asesorados por un miembro de la Unidad de Ejecución y Capacitación, serán los que ejerzan el liderazgo en la conducción de la encuesta y serán apoyados por otras personas que deberán reunir las siguientes características:

- 1) Pertenecer a la comunidad;
- 2) Estar motivados para participar y trabajar en equipo;
- 3) Entender el objetivo de la encuesta y el contenido del instrumento.

Al concluir la encuesta, deben revisarse los formularios y tabularse los datos con el propósito de elaborar el diagnóstico respectivo. Los resultados del análisis serán corroborados posteriormente por miembros de la Unidad Técnica de Programación y Evaluación, cuyos representantes llegarán -en una fecha determinada de común acuerdo- a la comunidad. Cuando se tenga tabulada y analizada la información recabada: cantidad de personas incapacitadas, categoría, sus causas y las necesidades en materia de rehabilitación e integración, deberá fijarse una próxima reunión con la comunidad para informar de los resultados.

e. Programación de actividades. La siguiente reunión deberá programarse con la comunidad para cumplir con los siguientes objetivos:

- 1) Informar de los resultados obtenidos en el diagnóstico;
- 2) Discutir las alternativas de solución (para los tres campos de atención) factibles de realizar a corto y mediano plazo;
- 3) Priorizar los problemas que necesiten solución más inmediata;
- 4) Asignar responsabilidades.

Con base en los acuerdos logrados en esta reunión, la Unidad de Programación y Evaluación realizará la planificación correspondiente, conjuntamente con los promotores comunales y los

promotores de la institución coordinadora que vayan a apoyar las actividades en esa comunidad.

f. Ejecución. Las actividades que vayan a realizarse dependerán, por lo tanto, de las prioridades que sobre haya planteado la comunidad. Sin embargo, deben programarse actividades educativas, para las que se sugiere que los contenidos se organicen en módulos, para los tres campos de intervención: prevención, rehabilitación e integración.

En la elaboración de los módulos, tanto en la etapa de experimentación, como para los planes permanentes, deberá tenerse en cuenta las características de la población: multicultural, multilingüe, con altos índices de personas analfabetas, por lo que dichos módulos deberán elaborarse con mucho material gráfico y textos de fácil comprensión, por lo menos en los cuatro idiomas mayas mayoritarios.

1) Prevención. A raíz del análisis de la situación, pueden identificarse los problemas que estén incidiendo en el apareamiento de deficiencias que, al no ser tratadas oportunamente, conduzcan a las incapacidades. Es importante que estos problemas sean discutidos con la comunidad, con el propósito de lograr una solución a corto o mediano plazo. Debe tomarse en cuenta que cada comunidad tendrá prioridades que pueden o no, ser diferentes. Sin embargo, las causas son, en general, las mismas por lo que los módulos deben estar dirigidos a la educación de la población en los aspectos que pueden prevenir las deficiencias. Los módulos educativos podrían ser

organizados como aparecen en el Cuadro 4.3. (Como ejemplo, en el Anexo J se incluye una lista de objetivos educativos y de contenidos para el módulo de enfermedades inmuno-prevenibles).

a) Objetivos. En cualquier caso, los objetivos principales de las actividades educativas no formales, en materia de prevención, deberán ser los siguientes:

Que los miembros de la comunidad:

- Identifiquen las causas que pueden incidir en el apareamiento de las deficiencias.
- Corrijan los hábitos que no han sido apropiados.
- Apliquen los métodos aprendidos a través de los módulos educativos.
- Formulen alternativas de solución que necesitan del apoyo de otras instituciones.
- Cooperen en la realización y evaluación de las actividades seleccionadas.
- Identifiquen nuevos casos que no hayan sido detectados por la encuesta.
- La meta final será que la comunidad colabore para que las personas incapacitadas superen sus deficiencias.

b) Alternativas de enseñanza. La forma en que se recomienda que se discutan los contenidos de los módulos de aprendizaje es la organización de discusiones de grupo y talleres que puedan realizarse por la noche o durante el fin de semana cuando, generalmente, las actividades propias del área rural han

Cuadro 4.3
Módulos del Nivel Preventivo

MODULO	TEMAS	JUSTIFICACION
NUTRICION	Importancia de una dieta adecuada durante el embarazo.	La familia de una mujer embarazada debe asegurar que ésta reciba una ración diaria de los alimentos disponibles en la comunidad, comprendidos dentro de los cuatro grupos alimenticios.
	Importancia de la lactancia materna.	La leche materna constituye, por sí sola, el mejor alimento y la mejor bebida que puede darse a un niño durante los primeros cuatro a seis años de vida. La succión frecuente estimula la producción de leche materna en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades del lactante. La alimentación inapropiada con biberón puede ser causa de enfermedades graves o de la muerte del niño, y es más cara que la lactancia materna.
	Importancia de una dieta balanceada.	La falta de una dieta balanceada puede causar desnutrición en el niño. La desnutrición es causa de problemas de desarrollo. Hay muchos alimentos que, siendo baratos y disponibles en la comunidad, pueden combinarse para lograr los nutrientes necesarios. La preparación de los alimentos debe ser correcta.
INMUNIZACION	Importancia de la vacunación.	Muchas enfermedades de la niñez pueden evitarse si se administran las vacunas disponibles, antes del primer año de vida. Para ello deben aprovecharse las jornadas nacionales de vacunación. Todas las mujeres en edad fértil deben estar vacunadas contra las enfermedades infecto-contagiosas.

Cuadro 4.3
Continuación

MODULO	TEMAS	JUSTIFICACION
HIGIENE	<p>Uso correcto del agua.</p> <p>Disposición de excretas.</p>	<p>Aún cuando se cuente con una red de suministro de agua potable, el agua para el consumo humano debe ser hervida, por lo menos 15 minutos.</p> <p>Una adecuada limpieza de las manos, utilizando agua y jabón, ayuda a evitar muchas enfermedades.</p> <p>El uso de letrinas ayuda a evitar la propagación de las enfermedades. Mientras se construyen, los miembros de la familia deben defecar en un lugar alejado de las viviendas, senderos, depósitos de agua y lugares de juego de los niños. Las heces deben ser enterradas.</p>
ESTIMULACION TEMPRANA	Importancia de la estimulación temprana.	Además de las necesidades físicas, el niño también tiene otras necesidades tales como cariño, protección, estímulo y respeto, cuya satisfacción es vital para su desarrollo mental y emocional.
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	Formas de prevenir accidentes.	La mayoría de accidentes caseros pueden prevenirse. Es necesario observar normas que los impidan y fomentarlas en toda la población.
CUIDADO DE LAS ENFERMEDADES	Cuidados que el paciente debe tener en cada enfermedad.	<p>Una persona enferma necesita recibir los cuidados apropiados. Cuando la familia no sepa cómo disminuir los síntomas, debe buscar la ayuda más indicada.</p> <p>Cuando hay una persona enferma en la casa, deben tomarse medidas que impidan que el resto de la familia se contagie.</p>

sido terminadas. Además, el reforzamiento de lo aprendido en las discusiones puede darse a través de la colocación de afiches sin texto, la elaboración de murales, la divulgación de mensajes durante las actividades religiosas, deportivas, programas de radio, etc.

2) Rehabilitación. Una vez identificadas las personas que sufren de deficiencias, deben iniciarse las actividades de rehabilitación. Para ello deben tomarse en cuenta las necesidades de cada persona incapacitada y concentrarse en la rehabilitación de sus capacidades. El programa de rehabilitación debe iniciarse, en todo caso, ayudando a la persona incapacitada a desarrollar al máximo sus áreas psico-afectiva, psicomotora, cognitiva y social.

Naturalmente, la forma de capacitarlos en el dominio de cada área dependerá del tipo de afección presente. Por lo tanto, los módulos deberán elaborarse para cada tipo de deficiencias, considerando que algunos sub-módulos podrán ser los mismos en diferentes afecciones y que en otros deberán ser específicos para el caso /1/.

En el Anexo K se incluye parte de un módulo elaborado por UNICEF (1983:13-18) sobre la forma de ayudar a una persona que tiene dificultades físicas para alimentarse por sí misma; en él muestran cómo la combinación de enseñanza y ayudas especiales, facilita el aprendizaje.

/1/ Para ello se recomienda el documento elaborado por Helander (1989:11-12), el cual contiene una serie de paquetes de entrenamiento para diversos tipos de incapacidad.

Alternativas de enseñanza para la rehabilitación: la forma que se recomienda para preparar a las familias de las personas incapacitadas (o a ellos mismos) a conducir la rehabilitación de sus integrantes, es la organización de talleres de aprendizaje que pueden ser combinados con talleres de elaboración de aparatos especiales. Para ello, se hace necesario evaluar las necesidades de cada persona incapacitada y la discusión entre el promotor y los padres de familia sobre el módulo que puede aplicarse a cada uno de los casos detectados, la secuencia de atención y el ritmo de desarrollo de los mismos. Es recomendable que en esos talleres, al evaluar las acciones, se conozcan las diferentes formas en que las familias han estado ayudando a sus miembros a superar sus limitaciones; compartir experiencias puede resultar altamente beneficioso como retroalimentación para conocer nuevas alternativas de ayuda.

Algunas personas incapacitadas necesitarán de servicios más especializados y para ello, la asistencia que brinden las instituciones es necesaria. La comunidad y la institución coordinadora pueden aunar esfuerzos para que las personas incapacitadas que así lo requieran, puedan beneficiarse con visitas itinerantes del equipo multidisciplinario, visitas o ingresos temporales a los hospitales más cercanos, etc., para lo cual deberá considerarse el aspecto del transporte al elaborar los planes de acción.

A continuación, con algunas modificaciones, se da una lista de actividades de rehabilitación sugeridas por Helander (1989:11-12)

que podrán dar ideas para desarrollar estrategias de acción para los diferentes casos.

a) Personas con impedimentos visuales.

- Cómo enseñar a la persona a cuidarse a sí misma.
- Cómo enseñar a la persona a desplazarse.
- Cómo enseñar a la persona a conocer su entorno.

b) Personas con impedimentos de habla y oído.

- Actividades dirigidas al niño que tiene dificultades auditivas y que no ha aprendido a hablar.
 - Cómo enseñarle a usar al máximo la poca audición que pueda tener.
 - Cómo enseñarle a comunicarse.
- Actividades dirigidas al adulto que tiene dificultades auditivas pero puede hablar.
 - Cómo usar al máximo la poca audición que pueda tener.
 - Cómo enseñarle a comunicarse (enfaticando, especialmente, el uso de la lecto-escritura).
- Actividades dirigidas al niño que tiene dificultades de habla y físicas, pero que puede hablar.
 - Cómo enseñarle a comunicarse y mejorar su dicción.
 - Cómo diseñar ejercicios especiales para su problema específico.

c) Personas con impedimentos físicos.

- Cómo evitar contracturas.
- Cómo prevenir escoriaciones.

- Cómo enseñarle a darse la vuelta, estando acostado.
 - Cómo enseñarle a levantarse.
 - Cómo enseñarle a desplazarse.
- d) Personas sin sensibilidad en las extremidades.
- Cómo prevenir contracturas.
- e) Otros.

Las demás categorías de deficiencias: retraso mental, problemas de aprendizaje y problemas de conducta, se van más que todo afectadas por la mayor o menor interacción con los miembros de la comunidad, por lo que los programas para ellos deben enfatizar la enseñanza de destrezas de auto-ayuda (vestirse, comer solos, etc.).

3) Integración. No es posible elaborar un listado de módulos que ayuden a las personas incapacitadas a integrarse a las actividades de la sociedad. En esta área ellos dependen de la comunidad para poder participar en las actividades diarias de su sociedad. Sólo cuando la comunidad vea en las personas incapacitadas a un ser con derechos, necesidades y obligaciones, podrá decirse que la integración comienza a darse.

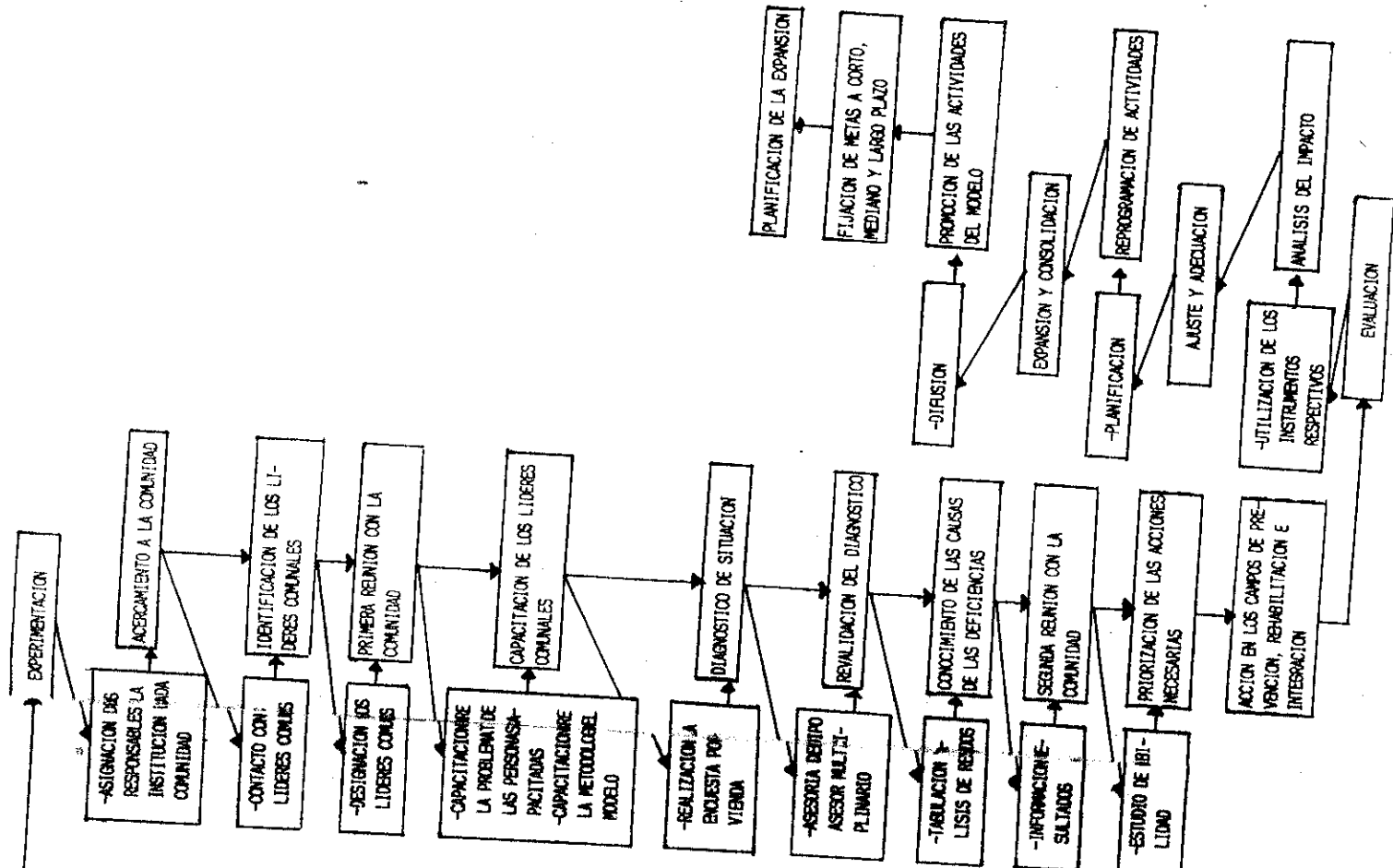
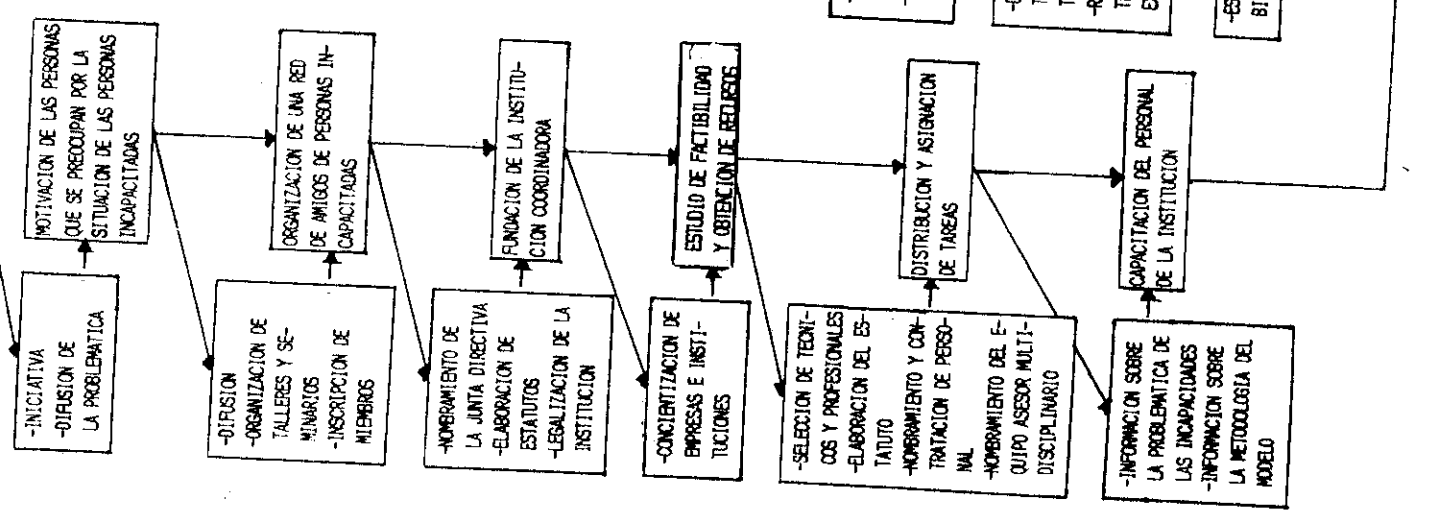
Es fácil hacer leyes, elaborar normas, pero es difícil traducir los derechos (abstractos) en beneficios (prácticos). La integración de las personas incapacitadas sólo puede darse a través de la concientización de la población sobre la necesidad y el valor que tiene para la comunidad incluirlas en actividades como:

- Asistir a la escuela;
- Realizar un trabajo que, además de serle emocionalmente gratificante, le ayude a obtener medios para su subsistencia;
- Participar en las actividades cívicas, religiosas, deportivas, culturales, estéticas, etc.;
- Participar en la solución de los problemas que afectan a todos;
- Ser integrado, no adicionado.

Estamos seguros que cuando la comunidad elimine las barreras emocionales, sociales y físicas que la han hecho marginar a las personas incapacitadas, puede considerarse que el modelo de trabajo que se propone, tuvo el éxito esperado.

Como un resumen de lo expuesto en las páginas anteriores sobre el modelo propuesto, en seguida se presenta un diagrama de flujo en donde se pueden apreciar las interrelaciones de todas las personas involucradas en el modelo (diferentes niveles jerárquicos), o las secuencias de las principales actividades sugeridas en el modelo (Vea Gráfica 4.4).

FUNDACION Y ORGANIZACION DE LA INSTITUCION COORDINADORA



V. CONSIDERACIONES

A lo largo del desarrollo de este trabajo, se han señalado algunas consideraciones. Sin embargo, con el propósito de facilitar la interpretación que el lector tenga del mismo, se presentan a continuación las que más se han destacado.

A. La presencia de alguna deficiencia en un individuo no es necesariamente la que causa el impedimento. El impedimento se presenta cuando la sociedad no le permite al individuo, desenvolverse y desarrollar las funciones a las que tiene derecho.

B. La mayoría de deficiencias pueden ser prevenidas. Sin embargo, por las condiciones de vida en la que se desenvuelve la mayoría de la población guatemalteca, se hace necesario emprender acciones educativas que ayuden a la población a enfrentar sus problemas y a evitar la incidencia de las deficiencias.

C. El número de personas incapacitadas aumenta año con año, como resultado de varios problemas socioeconómicos y culturales. De no emprenderse acciones tendentes a superarlos el número de personas que se ven imposibilitadas de alcanzar una vida plena será cada vez mayor.

D. Puesto que las instituciones del país han mostrado ineficiencia para abarcar a la población que necesita de servicios de rehabilitación, ésta sólo podrá ser atendida, en su totalidad, con la colaboración de los directamente interesados. Siendo que es allí donde más repercute la problemática, las acciones educativas que se emprendan deben estar dirigidas hacia la familia y la comunidad y conducidas por ellos.

E. Debido al déficit de cobertura del sistema educativo nacional, la educación no formal se considera, por el momento, como la mejor alternativa educativa para ayudar a las personas incapacitadas.

VI. RECOMENDACIONES

Las principales recomendaciones, para que el modelo presentado en este trabajo se lleve a la práctica y cumpla el objetivo para el cual fue propuesto son:

A. Que es importante hacer llegar este trabajo a las instituciones que actualmente están ayudando a las personas incapacitadas, con el propósito de brindarles alternativas de enseñanza.

B. Que es conveniente que las instituciones que actualmente llevan a cabo algún trabajo con las personas incapacitadas sometan a prueba piloto el modelo propuesto.

c. Que debe contemplarse, en futuros trabajos de graduación, el diseño de módulos de educación no formal enfocados cada uno a un tipo diferente de incapacidad.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la
1986 República decretada por la Asamblea Nacional
Constituyente el 31 de mayo de 1985. Guatemala,
Tipografía Nacional. 191 pp.
- Asociación de Padres de Familia con Hijos Discapacitados, Los
s.f. Pipitos. Acerca de los Pipitos. Boletín. s.f.
Nicaragua, Los Pipitos. 6 pp.
- Casanova Rodríguez, Ma. Antonia. Manual de Educación
1979 Especial. Madrid, España, Ediciones Anaya, S.A.
(Temas monográficos de Educación, Anaya No. 2). 80
pp.
- CEDEN. Los agentes educativos en la educación no-formal.
1976 Antecedentes y perspectivas de análisis. (Documento
de estudio). Bogotá, Colombia, Centro para el
Desarrollo de la Educación No-Formal. 171 pp.
- Commonwealth Secretariat. Participation, learning and
1980 change. Commonwealth approaches to non-formal
education. England, Hobbs the Printers of
Southampton. 223 pp.
- CNAII. Plan nacional para el Año Internacional de los
1980 Impedidos. Guatemala, Comisión Nacional del Año
Internacional de los Impedidos. 40 pp.
- CNAII, Ministerio de Educación y Secretaría de Bienestar
1981 Social. Aprendamos a convivir. I Seminario
Nacional sobre Integración del Impedido a la Escuela
Regular (Guatemala, 4 al 6 de noviembre de 1981),
Guatemala, Comisión Nacional del Año Internacional
de los Impedidos. 12 pp.
- Díaz, Erwin. Causas de muerte en Guatemala, 1960-1979. San
1987 José, Costa Rica, CELADE (01 No. 001). 76 pp.
- Dirección General de Estadística-Centro Latinoamericano de
1985 Demografía. Estimación y proyecciones de población
1950-2025. San José, Costa Rica, Texto, Ltda. 123
pp.

- Faure, Edgar. Learning to be. Paris, France, UNESCO.
1972 138 pp.
- Galich, Luis Fernando. "Desarrollo del niño." Revista Población y desarrollo. Guatemala, Asociación Pro Bienestar de la Familia, VI(7). 4 pp.
- Helander, E., P. Mendis, G. Nelson y A. Goerdt. Training in the community for people with disabilities, Geneva, Switzerland, WHO. 436 pp.
- Instituto Nacional de Estadística. Censos de Población.
1985 1981. Versión definitiva. Guatemala, Instituto Nacional de Estadística, 448 pp.
- Juárez Toledo, L. Adolfo. Necesidades básicas de la población rural centroamericana. Guatemala, UNICEF (Programa Regional de Necesidades Básicas - PROSNEB). 103 pp.
- La Belle, Thomas J. Non formal education and social change in Latin America. USA, UCLA Latin American Center Publications, University of California. 219 pp.
- Lemus, Luis Arturo. Pedagogía 2. Temas fundamentales.
1988 Guatemala, Editorial Piedra Santa (Colección Didáctica Contemporánea). 141 pp.
- Lumpkin, Garren. Servicios para niños discapacitados en Centro América y Panamá. Guatemala, UNICEF. 66 pp.
- Ministerio de Educación. Ley de educación nacional.
1986 Reglamento de la ley de educación nacional. Guatemala, CENALITEX. 43 pp.
- Ministerio de Salud. Manual. Normas y orientaciones de educación y comunicación popular en salud.
1986 Nicaragua, Dirección de Educación y Comunicación Popular en Salud, DECOPS. 78 PP.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social,
1988 Guatemala en cifras de salud. Anuario 1988. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 123 pp.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social e
1989 INCAP. Encuesta nacional de salud materno infantil. Maryland, Estados Unidos. Institute for Resource Development and Westinghouse. 220 pp.

- Naciones Unidas. Department of Economic and Social Affairs.
 1977 Rehabilitation for the disabled. The social and economic implications of investments for this purpose. New York, ONU (ST/ESA/65). 70 pp.
- _____ ; Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
 1978 Obstáculos que limitan el acceso de los niños impedidos a los servicios de rehabilitación y a la educación. Nueva York, ONU (ST/ESA/47). 47 pp.
- _____ ; Consejo Económico y Social. La incapacitación infantil: su prevención y rehabilitación. Informe de Rehabilitación Internacional a la Junta Ejecutiva del UNICEF. Nueva York, ONU (E/ICEF/L.1410). 34 pp.
- _____ ; Programa de acción mundial para los impedidos.
 1983 Nueva York, ONU. 68 pp.
- Nassif, Ricardo. Teoría de la educación. Problemática pedagógica contemporánea. Madrid, España, Editorial Cincel, S.A., (Biblioteca de Psicología y Educación). 349 pp.
- Sarvinsens, Alejandro. Introducción a la pedagogía.
 1984 Barcelona, España, Editorial Barcanova. 444 pp.
- Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia.
 1981 Comisión Año Internacional de los Impedidos. Participación e Igualdad Plenas. Encuentro-taller. Guatemala, Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia. 8 pp.
- Secretaría General del Consejo Nacional de
 1984 Planificación Económica. Criterios para la planificación de los recursos humanos. Guatemala, Proyecto GUA/79/PO3-OIT/FNUAP (Serie Resultados No. 10). 166 pp.
- _____ Educación primaria, población y desarrollo.
 1986 a/ Bases para la formulación de estrategias y políticas de educación primaria en el mediano plazo. Guatemala, Proyecto GUA/85/PO2-OIT/FNUAP (Serie Resultados No. 3). 86 pp.
- _____ Secretaría General del consejo Nacional de
 1987 Planificación Económica. Políticas sectoriales de desarrollo (documento para discusión). Guatemala. Mimeo. 288 pp.

- Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. Regionalización de problemas nutricionales en Guatemala, Guatemala. Mimeo. 23 pp.
- Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica. Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones y proyecciones de la población de Guatemala, 1950-2000. Guatemala, Proyecto GUA/79/PO3-OTT/FNUAP (Serie documentos de trabajo No. 3). 44 pp.
- Sheffield, James R. y V. Diejomaoh. Non-formal education in african development. Report of a survey conducted by the Afffrican-American Institute with financial support from the United States Agency for International Development. USA, African-American Institute. 258 pp.
- Srinivasan, Lyra. Perspectives on nonformal adult learning. Functional education for individual, community and national development. USA, World Education. 122 pp.
- UNESCO. Review of the present situation of special education. Paris, France, UNESCO (ED-88/WS/38). 73 pp.
- UNICEF "The disabled child. A new approach to prevention and rehabilitation". Assignment children. (No. 53/54). Switzerland, UNICEF. 224 pp.
- _____ ; Childhood disability information kit. Mobility. 1983 Kathmandu Nepal, Suwana Attavivan. 64 pp.
- _____ ; Fundamentos de la metodología participativa y de la investigación participativa. Guatemala, UNICEF. 76 pp.
- _____ ; Directorio de instituciones involucradas en la atención de personas con necesidades especiales, Guatemala, UCATAIN, 197 pp.
- b/ Estado Mundial de la Infancia, 1990. Barcelona, España, J.R.J. Asociados. 102 pp.
- Velandia, W., E. Vargas de Adams y G. Bello. La educación no-formal en Colombia: Hacia un diagnóstico de su realidad. Bogotá, Colombia, Centro para el desarrollo de la educación no-formal. 77 pp.

World Health Organization. International Classification of i
1980 mpairments, disabilities and handicaps. A manual
of classification relating to the consequences of
disease. Geneva, Switzerland, WHO. 280 pp.

_____ ; Determinación de prevalencia de discapacidades.
1990 Manual de encuestas domiciliarias. mimeo. 204 pp.



ANEXO A

INDICADORES DEMOGRAFICOS, ECONOMICOS Y SOCIALES UTILIZADOS POR UNICEF

De acuerdo con UNICEF (1990:1b) Guatemala es un país en vías de desarrollo por presentar los siguientes indicadores demográficos, económicos y sociales:

INDICADORES	AÑOS	INDICES
<u>Básicos.</u>		
Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años /1/	1960 1980	230 99
Tasa de mortalidad infantil de niños entre 0 y 1 año /2/	1960 1980	125 58
Nacimientos/muertes infantiles de niños entre 0 y 4 años (miles)	1988	353/35
Producto Nacional Bruto per cápita (Dólares de los Estados Unidos) /3/	1987	950
Esperanza de vida al nacer (años) /4/	1988	62
Tasa de alfabetización de adultos /5/	1985	55
Tasa de escolarización. Enseñanza primaria. /6/	1966-1968	77
<u>Nutrición.</u>		
Porcentaje de recién nacidos con bajo peso /7/	1982-1988	10

- /1/ Número anual de fallecidos menores de cinco años por cada 1,000 nacidos vivos (Probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta la edad de cinco años).
- /2/ Probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta la edad de un año.
- /3/ Calculada mediante la interpolación logarítmica de los valores del PNB a precios de mercado en términos constantes de cada año.
- /4/ Promedio de años de vida de un recién nacido de acuerdo con la probabilidad de muerte prevaleciente en el momento del nacimiento.
- /5/ Proporción de personas de 15 o más años que pueden leer y escribir.
- /6/ Proporción de niños escolarizados - pertenecientes o no a la correspondiente edad escolar - con respecto al total de población en dicho grupo de edad.
- /7/ Un peso inferior a 2,500 gramos.

INDICADORES	AÑOS	INDICE
Insuficiencia ponderal moderada y grave (0-4 años) /1/	1980-1989	34/8
Emaciación moderada-grave (12-28 meses) /2/	1980-1989	3
Cortedad de talla moderada-grave (24-59 meses) /3/	1980-1989	68
Consumo diario de calorías per cápita	1984-1986	105
<u>Salud.</u>		
Población con acceso a agua potable (total)	1985-1987	38
Población con acceso a agua potable (urbana)	1985-1987	72
Población con acceso a agua potable (rural)	1985-1987	14
Población con acceso a servicios de salud (total) /4/	1985-1987	34
Población con acceso a servicios de salud (urbana) /4/	1985-1987	47
Población con acceso a servicios de salud (rural) /4/	1985-1987	25
<u>Demográficos.</u>		
Tasa de crecimiento anual de la población	1980-1987	2.8

- /1/ Moderada: inferior a una desviación estándar de -2 respecto a la mediana de peso por edad de la población de referencia. Grave: -3.
- /2/ Moderada: inferior a una desviación estándar de -2 respecto a la mediana del peso por altura de la población de referencia. Grave: -3
- /3/ Moderada: inferior a una desviación estándar de -2 respecto a la mediana de altura por edad de la población de referencia.
- /4/ Proporción de la población que puede acceder a servicios locales de salud, a menos de una hora de camino con los medios de transporte habituales.

INDICADORES

Económicos.

Tasa media anual de crecimiento del PNB per cápita	1980-1987	-3.6
Tasa de inflación (porcentaje)	1980-1987	13
Población por debajo del nivel de pobreza absoluta (urbana)	1980-1987	66
Población por debajo del nivel de pobreza absoluta (rural)	1980-1987	74
Servicios de la deuda en porcentaje (exportación, bienes y servicios) /1/	1987	25

/1/ Suma total pagada por intereses y principal de la deuda externa con garantía pública.



ANEXO B

Tipos, causas y prevención de las deficiencias

TIPOS	CAUSAS	PREVENCIÓN
<p>Limitaciones locomotoras físicas</p>	<p>Nutrición inadecuada de la madre durante el embarazo Incompatibilidad de Rh Anoxia o trauma durante el proceso del parto Anemia nutricional Desnutrición y avitaminosis Infecciones bacterianas y víricas (por ejemplo, lepra, poliomielitis, meningitis, encefalitis) Consumo de medicamentos por la madre Accidentes Desastres naturales, guerras y otras formas de violencia Contaminantes ambientales</p>	<p>Adecuada nutrición de la madre durante el embarazo Asesoramiento genético Mejores condiciones e instalaciones durante el parto Consumo de vitaminas y dieta adecuados Mejores condiciones sanitarias para reducir las infecciones bacterianas Inmunización adecuada Intervención y tratamiento precoces para reducir la gravedad Malos tratos a los niños Precauciones en el hogar y en los lugares de recreo para prevenir accidentes</p>
<p>Retardo mental</p>	<p>Malnutrición de la madre durante el embarazo Rubéola padecida por la madre Exposición de la madre a toxinas ambientales que pueden afectar al feto Malnutrición infantil Infecciones bacterianas y víricas Incompatibilidad de Rh Toxoplasmosis Parálisis cerebral Anoxia y trauma al nacer Trastornos genéticos (p.ej., síndrome de Down) Pobreza o privación cultural Consumo accidental de plomo o mercurio por el niño</p>	<p>Mejor nutrición de la madre Mejor nutrición inicial del niño Inmunizaciones y tratamiento precoz de las infecciones bacterianas y víricas Educación para reducir la endogamia Localización de las personas que necesitan pruebas genéticas Mejoramiento de la asistencia prenatal y las condiciones del parto Mejoramiento de las primeras experiencias y educación del niño Eliminación de peligros ambientales</p>
<p>Ceguera/Deficiencias visuales</p>	<p>Malnutrición de la madre Rubéola padecida por la madre Desnutrición infantil y avitaminosis Xeroftalmia Tracoma Oncocercosis Lepra</p>	<p>Dieta adecuada de la madre durante el embarazo Adecuada nutrición y consumo de vitaminas, sobre todo de vitamina A Lucha contra parásitos y enfermedades que provocan ceguera Educación en materia de dieta, higiene y condiciones de vida Eliminación de condiciones poco seguras que puedan contribuir a la ceguera o a las deficiencias visuales</p>
<p>Sordera/Deficiencias auditivas</p>	<p>Rubéola padecida por la madre Consumo de medicamentos por la madre durante el embarazo (p.ej., aminoglucósidos) Incapacidad secundaria debida al síndrome de Down, incompatibilidad de Rh e infecciones víricas Infecciones del oído medio no tratadas Exposición prolongada a altos niveles de ruido Accidentes</p>	<p>Inmunización contra la rubéola Orientación durante el embarazo sobre los posibles resultados del consumo de medicamentos Examen prenatal para eliminar la incompatibilidad de Rh Inoculación adecuada contra infecciones víricas Reducción de la exposición prolongada a ruidos fuertes Educación pública</p>

ANEXO B (Continuación)		
Tipos, causas y prevención de deficiencias		
TIPOS	CAUSAS	PREVENCIÓN
Deficiencias neurológicas, p. ej., parálisis cerebral, distonía cerebral mínima que cause dificultades perceptivas, motoras y de aprendizaje	Malnutrición de la madre Anemia nutricional y avitaminosis Rubeola padecida por la madre Anoxia Trauma al nacer Epilepsia Lesión cerebral por desastres naturales Contaminación Guerras y accidentes	Dieta adecuada durante el embarazo Adecuada nutrición y educación de la madre durante el embarazo Asistencia e instalaciones adecuadas durante el parto Atención médica adecuada para reducir los ataques continuos Salvaguardias y educación pública para eliminar la contaminación y los accidentes
Enfermedad mental/ Trastornos de la conducta	Las causas de los trastornos psicosociales son tan diversas como los casos individuales y pueden ser consecuencias secundarias de deficiencias que causen otras incapacidades	Fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria y estimulación de los niños Formación de personas responsables de observar las primeras señales de alarma (p.ej., comportamiento extraño, distinto del de sus iguales/hermanos) y las posibles ramificaciones futuras Eliminación/reducción del stress Educación pública para acabar con los prejuicios contra las personas que manifiestan comportamientos asociados con la enfermedad mental
Incapacidades de comunicación, p. ej.: trastornos del habla, retrasos/trastornos del lenguaje	Casi siempre consecuencias secundarias de deficiencias que producen otras incapacidades p.ej. retardo mental, lesión cerebral, parálisis cerebral, paladar hendido Accidentes o enfermedades que afectan el mecanismo vocal Enfermedades o infecciones que producen lesiones en la zona del cerebro relacionada con el lenguaje y el habla Pérdida auditiva Privación cultural Estimulación inadecuada para facilitar el desarrollo del habla Problemas psicosociales de adaptación	Como la mayoría de las incapacidades de comunicación son consecuencia de deficiencias que causan también otras incapacidades, las técnicas de prevención son las que se aplican a las incapacidades primarias Incapacidades de comunicación adquiridas como consecuencia de la privación cultural La mejor forma de prevenir los modelos de habla defectuosos o la estimulación inadecuada es el asesoramiento y la educación pública sobre la importancia del lenguaje inicial y de la estimulación del habla Técnicas especiales para el desarrollo de la debida destrezas en el habla y el lenguaje
Uso indebido de drogas/alcohol	Las causas son variadas, pero entre ellas se encuentran: presiones de los compañeros y de la sociedad; consumo inofensivo que llega a crear hábito; necesidad emocional durante una crisis Algunos casos de uso indebido pueden deberse a una predisposición química y a la necesidad física que la acompaña	Educación pública sobre el alcoholismo y el uso indebido de drogas que sirva como disuasivo Restricciones más estrictas a la venta de drogas Mayor control de la disponibilidad de alcohol y drogas Orientación para evitar que los niños recurran a las drogas o al alcohol durante una crisis emocional
La información que figura en este cuadro fue adoptada por la reunión entre organismos de las Naciones Unidas sobre prevención de la incapacidad y rehabilitación de los incapacitados, celebrada en Ginebra en noviembre de 1978. Es una ampliación de la información contenida en el informe presentado por Rehabilitación Internacional a la Junta Ejecutiva del UNICEF: La incapacidad infantil: su prevención y rehabilitación.		

DECLARACION DE LEEDS CASTLE sobre la PREVENCION DE LAS INCAPACIDADES

12 de noviembre de 1981

Al concluir este Año Internacional de los Impedidos el Departamento de Salud y Seguridad Social británico reúne en Leeds Castle a un grupo internacional, presidido por el ex Primer Ministro, Lord Home of the Hirsel. Se trataba de un grupo sin igual, integrado por científicos, médicos, administradores sanitarios y estadistas, reunidos para examinar medidas prácticas de prevención de la incapacidad, que aqueja a una de cada diez personas de la raza humana. Sus recomendaciones fueron unánimes en el sentido de aconsejar la adopción de medidas prácticas inmediatas como complemento del interés suscitado por el Año Internacional de los Impedidos.

1. La incapacidad es una tragedia tanto si se considera en relación con los sufrimientos y la frustración humanos, como en términos numéricos. El número de personas impedidas en el mundo de hoy se calcula en unos 450 millones, de los cuales un tercio son niños y cuatro quintas partes viven en países en desarrollo. El crecimiento demográfico y la mayor proporción de ancianos sólo puede incrementar el problema. Si no se emprende ahora una acción enérgica, para finales del siglo podría duplicarse el número de impedidos.

2. Gran parte de la deficiencia subyacente se puede evitar. La expansión por todo el mundo de un programa de inmunización podría evitar a cinco millones de niños por año las incapacidades producidas por la poliomielitis, el sarampión, el tétanos, la tos ferina, la difteria y, en cierta medida, la tuberculosis. Esto podría conseguirse en unos diez años, con un costo por unidad de unos tres dólares por niño inmunizado.

Un programa de inmunización de ámbito mundial facilitaría también la producción y el uso eficaz de vacunas contra otras enfermedades que producen la muerte o deficiencias graves. Entre ellas está la rubeola, causa principal de ceguera, sordera y deficiencia mental congénitas. Debería promoverse en todos los países el uso de la vacuna contra la rubeola.

3. Las deficiencias originadas por malnutrición, infección y descuido podrían evitarse introduciendo mejoras poco costosas en la atención primaria de salud. En el plano colectivo, esas deficiencias perturban la vida y reducen la productividad de por lo menos veinte millones de personas todos los años.

Por ejemplo, el tracoma y la avitaminosis A son causa de que cada año pierdan la vista al menos dos millones de personas; esto es algo que se puede controlar. De la misma manera, con un tratamiento barato y sencillo se puede impedir la deficiencia causada por la fepra (que padecen al menos tres millones de personas), devolver la vista a diez millones de personas con cataratas, y mejorar la audición de diez millones de personas sordas.

Debe prestarse especial atención a la alimentación de las mujeres embarazadas para impedir la malnutrición del feto. También es conveniente fomentar la lactancia materna.

4. Son muchos los campos en que se pueden introducir mejoras en relación con otras incapacidades. Todo depende de que haya una verdadera comunicación de conocimientos, sobre todo al gran público.

Muchas incapacidades de la vida adulta se pueden aplazar

o evitar. Hay corrientes de investigación que ofrecen la esperanza de luchar contra las dolencias hereditarias y degenerativas. El diagnóstico precoz y el tratamiento de la hipertensión arterial podría liberar a millones de personas de una incapacidad prematura y de la muerte por enfermedades o ataques cardíacos. También podrían reducirse considerablemente las defunciones causadas por el uso indebido de drogas y los accidentes.

5. La incapacidad no tiene por qué producir necesariamente la minusvalidez. La no aplicación de remedios sencillos aumenta muchas veces la incapacidad, y las actitudes y disposiciones institucionales de la sociedad aumentan las probabilidades de que una incapacidad ponga a las personas afectadas en una situación de desventaja. La educación constante del público y de los profesionales es una necesidad urgente.

6. La incapacidad evitable es una causa fundamental de pérdidas económicas y privaciones humanas en todos los países, industrializados o en desarrollo. Estas pérdidas se pueden reducir en poco tiempo.

Ya se dispone de la tecnología necesaria para evitar la mayoría de las incapacidades o luchar contra ellas. Esta tecnología está además mejorando poco a poco. Lo que hace falta es que la sociedad se comprometa a vencer los problemas. La prioridad de los programas sanitarios nacionales e internacionales ya existentes debe ser en adelante la difusión de los conocimientos y de la tecnología. Si se utilizaran debidamente los actuales medios de comunicación los costos serían modestos y además se conseguirían grandes beneficios económicos. Por ejemplo, la comunidad mundial está ahorrando mil millones de dólares anuales gracias a la erradicación de la viruela.

7. Aunque hay medios tecnológicos para el tratamiento preventivo y curativo de la mayor parte de las incapacidades, los notables progresos realizados recientemente en la investigación biomédica prometen instrumentos nuevos y revolucionarios que podrían dar mayor fuerza a todas las intervenciones. En los años venideros es menester seguir apoyando tanto la investigación básica como la aplicada.

8. Los miembros del Seminario prestaron pleno apoyo a todos los aspectos del programa de trabajo del Año Internacional de los Impedidos, y en particular acogen complacidos el éxito logrado por los mismos impedidos al exponer ante la comunidad mundial sus frustraciones y ambiciones. La suerte de los impedidos sólo puede mejorar dentro de las familias y comunidades concretas. La movilización de la voluntad política para actuar es la base necesaria de todo programa fructífero.

9. En opinión de este Seminario internacional, el Año Internacional de los Impedidos debería tener como prolongación lógica y necesaria un programa de acción para prevenir la incapacidad. Con él se conseguiría que la próxima generación no padeciera el mismo grado de incapacidad evitable, y se realizaría una aportación sumamente indicada, eficaz y duradera a la salud y felicidad de la humanidad.

ANEXO D

DECLARACION DE LOS DERECHOS DE LOS IMPEDIDOS

RESOLUCION No: 3447 adoptada el 9 de diciembre de 1975

XXX ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS

LA ASAMBLEA GENERAL

CONSCIENTE del compromiso que los Estados Miembros han asumido, en virtud de la Carta de las Naciones Unidas, de tomar medidas conjunta o separadamente, en cooperación con la Organización, para promover niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos y condiciones de progreso y desarrollo económico y social.

REAFIRMANDO su fe en los derechos humanos y las libertades fundamentales y en los principios de paz, de dignidad y valor de la persona humana y de justicia social proclamados en la Carta.

RECORDANDO los principios de la Declaración Universal de Derechos Humanos (13), de los Pactos Internacionales de Derechos Humanos (14), de la Declaración de los Derechos del Niño (15) y de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (16), así como las normas de progreso social ya enunciadas en las constituciones, los convenios, las recomendaciones y las resoluciones de la Organización Internacional del Trabajo, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y otras organizaciones interesadas.

RECORDANDO ASIMISMO la resolución 1921 (LVIII) del Consejo Económico y Social, de 6 de mayo de 1975, sobre la prevención de la incapacitación y la readaptación de los incapacitados.

SUBRAYANDO que la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social (17) ha proclamado la necesidad de proteger los derechos de los físicos y mentalmente desfavorecidos y de asegurar su bienestar y su rehabilitación.

TENIENDO PRESENTE la necesidad de prevenir la incapacidad física y mental y de ayudar a los minusválidos a desarrollar sus aptitudes en las más

-
- (13) Resolución 217 A (III).
 - (14) Resolución 220D A (XXI).
 - (15) Resolución 1386 (XIV).
 - (16) Resolución 2856 (XXVI).
 - (17) Resolución 2542 (XXIV).

FUENTE: Carpeta Informativa de IMPACT (sin referencia bibliográfica).

diversas esferas de actividad, así como de fomentar en la medida de lo posible su incorporación a la vida social normal.

CONSCIENTE DE QUE, dado su actual nivel de desarrollo, algunos países no se hallan en situación de dedicar a estas actividades sino esfuerzos limitados.

PROCLAMA la presente Declaración de los Derechos de los Minusválidos y pide que se adopten medidas en los planos nacional e internacional para que la Declaración sirva de base y de referencia comunes para la protección de estos derechos:

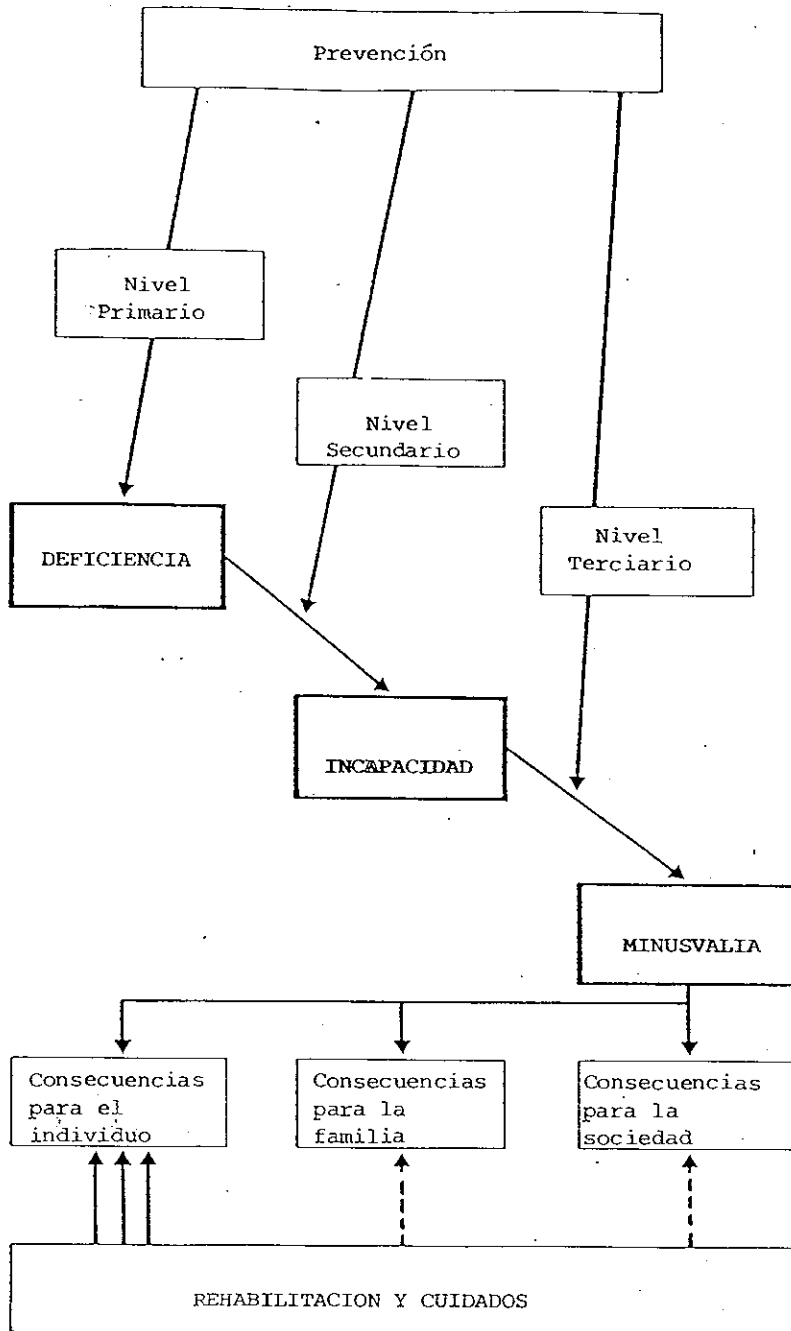
1. El término "minusválido" designa a toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una defi-ciencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales.
2. El minusválido debe gozar de todos los derechos enunciados en la presente Declaración. Deben reconocerse esos derechos a todos los mi-nusválidos, sin excepción alguna y sin distinción ni discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, fortuna, nacimiento o cualquier otra circunstancia, tanto si se refiere personalmente al minusválido como a su familia.
3. El minusválido tiene esencialmente derecho a que se respete su dignidad humana. El minusválido 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.
4. El minusválido tiene los mismos derechos civiles y políticos que los demás seres humanos; el párrafo 7 de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental se aplica a toda posible limitación o su-presión de esos derechos para los minusválidos mentales.
5. El minusválido tiene derecho a las medidas destinadas a permitirle lograr la mayor autonomía posible.
6. El minusválido tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de prótesis y ortopedia; a la readaptación médica y social; a la educación; a la formación y a la readaptación profesionales; a las ayudas, consejos, servicios de co-locación y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integra-ción o reintegración social.
7. El minusválido tiene derecho a la seguridad económica y social y a

un nivel de vida decoroso. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a obtener y conservar un empleo y a ejercer una ocupación útil, productiva y remunerativa, y a formar parte de organizaciones sindicales.

8. El minusválido, tiene derecho a que se tengan en cuenta sus necesidades particulares en todas las etapas de la planificación económica y social.
9. El minusválido tiene derecho a vivir en el seno de su familia o de un hogar que la substituya y a participar en todas las actividades sociales, creadoras o recreativas. Ningún minusválido podrá ser obligado, en materia de residencia, a un trato distinto del que exige su estado o la mejoría que se le podría aportar. Si fuese indispensable la permanencia del minusválido en un establecimiento especializado, el medio y las condiciones de vida en él deberán asemejarse lo más posible a los de la vida normal de las personas de su edad.
10. El minusválido debe ser protegido contra toda explotación, toda reglamentación o todo trato discriminatorio, abusivo o degradante.
11. El minusválido debe poder contar con el beneficio de una asistencia letrada jurídica competente cuando se compruebe que esa asistencia es indispensable para la protección de su persona y sus bienes. Si fuere objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un procedimiento justo que tenga plenamente en cuenta sus condiciones físicas y mentales.
12. Las organizaciones de minusválidos podrán ser consultadas con provecho respecto de todos los asuntos que se relacionen con los derechos humanos y otros derechos de los minusválidos.
13. El minusválido, su familia y su comunidad deben ser informados plenamente, por todos los medios apropiados, de los derechos enunciados en la presente Declaración."

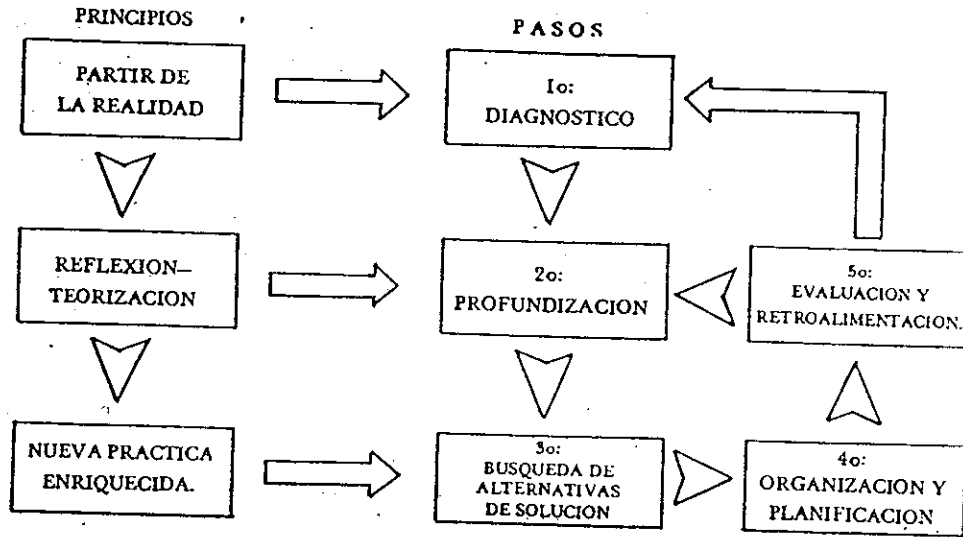
ANEXO E

Campos de intervención para aliviar la problemática
de las personas incapacitadas



ANEXO F

ESQUEMA DE LA PLANIFICACION PARTICIPATIVA



Anexo G
Cuadros Estadísticos

Cuadro 3.1

Guatemala. Población total por grupos de edad y sexo
1990

Edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	9 197 341	4 646 725	4 550 616
0- 4	1 607 866	819 717	788 149
5- 9	1 380 584	703 344	677 240
10-14	1 190 132	605 422	584 710
15-19	984 914	500 236	484 678
20-24	805 029	407 118	397 911
25-29	664 550	334 802	329 748
30-34	540 699	270 725	269 974
35-39	451 972	225 690	226 282
40-44	352 652	176 037	176 615
45-49	286 803	143 404	143 399
50-54	246 665	123 522	123 143
55-59	218 111	108 462	109 649
60-64	175 007	86 675	88 332
65-69	125 336	61 764	63 572
70-74	79 040	38 446	40 594
75-79	48 346	23 313	25 033
80-más	39 635	18 048	21 587

FUENTE: SEGEPLAN, Estimación y Proyecciones de la Población Guatemalteca, 1950-2000, Guatemala, Proyecto GUA/79/PO3-OIT/FNUAP, 1985 (Cuadros 1, 2 y 3).

Cuadro 3.2

Guatemala. Distribución porcentual de la población
Por regiones, 1980

Regiones	Distribución
Total país	100.0
I Guatemala	21.1
II Central	11.3
III Oriental	10.5
IV Altiplano	32.5
V Costera	6.4
VI Norte	10.0
VII Oriente	8.2

FUENTE: SEGEPLAN, Migraciones internas y distribución geográfica de la población, Guatemala, 1986.

Cuadro 3.3

División regional de Guatemala

	Región	Departamentos
I	Metropolitana	Guatemala
II	Norte	Baja Verapaz
		Alta Verapaz
III	Nor-Oriental	El Progreso
		Zacapa
		Izabal
		Chiquimula
IV	Sur-Oriental	Jalapa
		Jutiapa
		Santa Rosa
V	Central	Sacatepéquez
		Chimaltenango
		Escuintla
VI	Sur-Occidental	Suchitepéquez
		Retalhuleu
		Quetzaltenango
		San Marcos
		Sololá
		Totonicapán
VII	Nor-Occidental	Huehuetenango
		Quiché
VIII	Petén	Petén

FUENTE: Departamento de Población y Empleo, SEGEPLAN.

Cuadro 3.4

Guatemala. Población, según tamaño de localidad, 1981

Habitantes	Localidades	Población	Población porcentaje
Total	19 449	6 054 227	100.0
De 500 mil y más	1	754 243	12.5
De 50 mil a 99,999	1	61 362	1.0
De 20 mil a 49,999	4	92 373	1.5
De 10 mil a 19,999	20	289 712	4.8
De 5 mil a 9,999	67	469 593	7.7
De 2 mil a 4,999	207	621 533	10.3
De mil a 1,999	592	795 195	13.1
De 500 a 999	1 429	978 472	16.2
De 200 a 499	3 565	1 130 788	18.7
Menos de 200	13 563	860 956	14.2

FUENTE: SEGEPLAN, Educación Primaria, Población y Desarrollo. Bases para la formulación de estrategias y políticas de educación primaria en el mediano plazo, Guatemala, Proyecto GUA/85/PO2-OIT / FNUAP, 1986.

Cuadro 3.5

Guatemala. Indicadores del nivel de la mortalidad
1950-2000

Quinquenio	Esperanza de vida vida al nacer (en años)	Tasa Bruta de mortalidad (por mil)	Tasa de mortalidad infantil (por mil)
1950-1955	42.09	22.38	140.55
1955-1960	44.19	20.58	131.05
1960-1965	47.03	18.26	118.99
1965-1970	50.12	15.89	107.64
1970-1975	54.99	13.38	95.07
1975-1980	56.39	11.95	82.35
1980-1985	58.98	10.46	70.39
1985-1990	61.99	8.92	48.71
1990-1995	64.81	7.63	48.48
1995-2000	67.19	6.66	40.27

FUENTE: Departamento de Población y Empleo, SEGEPLAN.

Cuadro 3.6

Guatemala. Niveles nacionales de los indicadores demográficos
Período 1980-1985

Indicadores Demográficos	Guatemala	C. América	Latinoamérica
<u>Crecimiento total</u> (miles)	210.00	725.00	8 689.00
Tasa de crecimiento Total	2.86	2.95	2.32
<u>Fecundidad</u> Nacimientos anuales	318.00	952.00	11 943.00
Tasa bruta de natalidad	42.68	38.75	31.94
Tasa global de fecundidad	6.12	5.21	4.15
Tasa bruta reproducción	2.99	2.54	2.02
<u>Mortalidad</u> Muertes anuales	78.00	206.00	3 079.00
Tasa bruta de mortalidad	10.46	8.37	8.23
Esperanza de vida al nacer	58.98	63.43	64.38

FUENTE: SEGEPLAN e Instituto Nacional de Estadística.
Estimaciones y Proyecciones de la Población de Guatemala,
1950-2000. Proyecto GUA/79/PO3-OIT/FNUAP, Serie
Documentos de Trabajo No. 3, Guatemala, 1984, página 21.

Cuadro 3.7

Guatemala. Porcentaje estimado de familias en diferentes niveles de pobreza, por departamento (Cifras ajustadas a octubre de 1988)

Departamento	En estado de pobreza (Total)	En estado de pobreza		No pobres
		no extrema	extrema	
Total	83.4	64.5	18.9	16.6
Guatemala	63.5	36.4	27.1	36.5
Baja Verapaz	90.7	80.6	10.1	9.3
Alta Verapaz	89.1	72.5	16.6	10.9
El Progreso	88.3	69.0	19.3	11.7
Zacapa	85.6	61.7	23.9	14.4
Izabal	82.0	52.6	29.4	18.0
Chiquimula	83.1	65.0	18.1	16.9
Jalapa	94.4	82.1	12.3	5.6
Jutiapa	88.1	70.2	17.9	11.9
Santa Rosa	80.6	61.3	19.3	19.4
Sacatepequez	82.8	65.2	17.6	17.2
Chimaltenango	88.7	71.0	17.7	11.3
Escuintla	88.5	66.0	22.5	11.5
Suchitepequez	85.4	63.4	22.0	14.6
Retalhuleu	79.5	65.8	13.7	20.5
Quetzaltenango	80.8	58.0	22.8	19.2
San Marcos	90.9	75.0	15.9	9.1
Soloa	90.8	73.8	17.0	9.2
Totonicapan	95.7	86.3	9.4	4.3
Huehuetenango	87.9	74.7	13.2	12.1
Quiche	96.1	86.5	9.6	3.9
Peten	85.7	60.7	25.0	14.3

FUENTE: SEGEPLAN, en base a la información de la Encuesta Sociodemográfica del Instituto Nacional de Estadística, 1986-1987.

Cuadro 3.8

Guatemala. Retardo en talla en relación con algunas variables socioeconómicas, 1990

VARIABLES	Porcentaje de niños con retardo en talla
Sistema de Exposición de excretas	
Ausente	55.4
Letrina privada o pública	41.4
Inodoro	24.7
Tipo de piso en la vivienda	
Tierra	54.9
Torta de cemento	33.7
Madera o ladrillo	18.3
Tipo de cocina en la vivienda	
Fogón en el suelo	69.5
Fogón elevado	45.2
Pozo de leña o carbón	37.8
Escufa	16.7
Tipo de abastecimiento de agua	
Lluvia, río, lago o manantial	56.4
Pozo particular	42.2
Pozo o pila pública	52.9
Charco dentro de la vivienda	39.6
Grados de educación del jefe de familia	
Analfabeta	57.1
1 o menos años	48.3
2 a 5 años	41.6
6 a mas años	24.8

FUENTE: SEGEPLAN/INCAP. Regionalización de problemas nutricionales en Guatemala, mimeo, junio de 1980.



ANEXO H

ELEMENTOS Y CONCEPTOS QUE SE EMPLEAN EN EL MODELO DE TRABAJO

A. Elementos.

La mayoría de elementos a emplearse en el modelo de trabajo han sido discutidos en los capítulos anteriores. Sin embargo, por cuanto la dinámica del modelo que se propone descansa sobre ellos, es necesario resumirlos a continuación:

PERSONA INCAPACITADA	Aquella que, a causa de una deficiencia, tiene dificultades para desempeñarse adecuadamente en un área determinada.
FAMILIA	Toda persona, unida o no, por vínculos directos que vive con una o más personas incapacitadas.
COMUNIDAD	Grupo de habitantes que viven en una misma localidad a la cual pertenece la familia de la persona incapacitada.
INSTITUCION COORDINADORA	Organización encargada de coordinar las acciones educativas con el propósito de solucionar la problemática afrontada por la persona incapacitada, su familia y su comunidad.

PROMOTOR Persona preparada para iniciar actividades
 COMUNITARIO educativas en la comunidad.

B. Conceptos.

Para una mejor concepción del modelo, a continuación se presenta una lista y se definen los conceptos básicos que se emplean en éste.

AREA BASICA Actividades educativas directamente relacionadas con
 DE ACCION las incapacidades.

AREA BASICA Actividades que facilitan o propician la ejecución
 DE APOYO de las áreas básicas de acción.

AREA RURAL Según el Acuerdo Gubernativo del 7 de abril de 1938,
 se considera área rural a las comunidades asentadas
 en aldeas, caseríos y fincas, así como la población
 dispersa.

AREA URBANO- Grupos de población localizados en la periferia de
 MARGINAL las ciudades principales.

DEFICIENCIA Pérdida o anomalía permanente, o transitoria, de
 una estructura o una función, que impide al
 individuo actuar con normalidad frente a su medio
 ambiente.

EDUCACION	Influencia ejercida en un individuo y que da como resultado un cambio en su conducta.
EDUCACION NO FORMAL	Actividades educativas que se realizan fuera de la institucion escolar, pero que tienen una intencion y finalidad determinadas.
IMPEDIMENTO	Incapacidad que se convierte en una desventaja para el individuo, por cuanto limita o impide el cumplimiento de una funcion que se consideraria normal que el individuo realizara.
INCAPACIDAD	Cualquier alteracion de funcionamiento en el individuo, que le impide participar de las actividades del resto de la poblacion, en forma normal.
INTEGRACION	Proceso que conduce a que la persona incapacitada tenga acceso a todos los servicios y actividades de su comunidad.
MARGINACION	Las actitudes de la sociedad que segregan al individuo de algunas de sus actividades.

- PARTICIPACION COMUNITARIA** Actividades emprendidas por la comunidad tendentes a discutir los diversos problemas que afronta y a encontrarles, juntos, soluciones.
- PREVENCION** Actividades tendentes a impedir el apareamiento de incapacidades en el individuo o a evitar que aquellas que se presenten, se agraven por falta de atención apropiada.
- REHABILITACION** Actividades que tienen como propósito ayudar a la persona incapacitada a superar su deficiencia, haciendo uso de sus destrezas restantes.
- SOLIDARIDAD** Proceso mediante el cual una o varias persona se ponen al servicio de otro, para lograr un objetivo común.

ANEXO I.

Encuesta para identificar a las personas incapacitadas en las comunidades /1/

ENCUESTA POR VIVIENDA

Vivienda No. ___/___/___/___/___/

1. IDENTIFICACION:

1.1: Distrito: _____

1.2: Ciudad o población: _____

1.3: Sector: _____

1.4: Sub-Sector: _____

Manzana: _____

1.5: Observaciones para ubicar la vivienda: _____

2. APELLIDOS Y NOMBRE DEL PRINCIPAL ENTREVISTADO: _____

3. HABITANTES:

Edad	0 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 y +	T O T A L	
------	-------	-------	---------	---------	---------	---------	---------	--------	-----------	--

Sexo	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V+H
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----

No. _____

4. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA:

4.1: a) Propia: ___ b) Hipotecada: ___ c) Alquilada: ___ d) Cedida: ___ e) Invasión ___ f) Otra ___

4.2: ¿Cuántas habitaciones tiene para dormir? _____

4.3: ¿Qué tipo de energía consume? a) Electricidad: ___ b) Gas: ___ c) Kerosén: ___
d) Carbón: ___ e) Leña: ___ f) Otros: ___

4.4: ¿Cuáles son las fuentes de agua que utiliza?

a) Tubería de acueducto	_____	b) Fuente pública acueducto:	_____
c) Pozo artesiano	_____	d) Río o quebrada.....	_____
e) Agua de lluvia	_____	f) Vendedor a domicilio	_____
g) Otra (especificar):	_____		_____

4.5: ¿Cuál es el tipo de disposición de aguas servidas y excretas?

a) Sanitario conectado a red de cloacas	_____	c) Letrina.....	_____
b) Sanitario conectado a pozo séptico	_____	g) Ninguna	_____

4.6: ¿De cuáles artefactos del hogar dispone?

a) Radio.....	_____	d) T.V.....	_____	f) Teléfono	_____
b) Refrigeradora.....	_____	e) Equipo sonido.....	_____	g) Aspiradora/pulidora.....	_____
c) Electrodomésticos de cocina.....	_____	h) Lavadora/secadora de ropa:.....	_____		_____

4.7: Tipo de vivienda: a) Casa o quinta..... _____ b) Apartamento _____
 c) Pieza en cada de vecindad: _____ d) Vivienda rústica..... _____
 e) Vivienda improvisada..... _____ f) No clasificable..... _____

4.8: Accesibilidad Vial: a) Buena..... _____ b) Regular:..... _____ c) Mala _____

4.9: Ubicación: a) Urbana _____ b) Centro poblado intermedio..... _____
 b) Centro poblado pequeño _____ d) Rural dispersa _____

5. TRABAJO:

5.1: ¿Qué clase de trabajo realizan las personas que proporcionan el ingreso económico en la vivienda?
 a) Profesional Universitario o técnico..... _____ b) Directivo/Gerente..... _____
 c) Militar/Cuerpos de seguridad..... _____ d) Supervisor/Inspector..... _____
 e) Comerciante..... _____ f) Agricultor..... _____
 g) Pescador _____ h) Minero..... _____
 i) Empleado de oficina _____ j) Auxiliar de profesiones o técnicos: _____
 k) Obrero especializado _____ l) Obrero no especializado..... _____
 m) Otra (especificar): _____

5.2: Sector: a) Público: ___/___/___/ b) Privado Empleado... ___/___/___/ c) Privado propio: ___/___/___/

5.3: ¿Qué actividades no remuneradas realizan las otras personas en la vivienda?
 a) Oficios del hogar..... _____ b) Estudiante _____
 c) No aplicable..... _____ d) Se desconoce _____
 e) Otra: (especificar)..... _____

6. SITUACION ECONOMICA:

6.1: El ingreso económico global del grupo en la vivienda es:

a) Ninguno..... _____ b) Ocasional/Caritativo..... _____
 c) Igual o menor de un salario mínimo..... _____ d) Entre uno y tres salarios mínimos..... _____
 e) Mas de tres a seis salarios mínimos..... _____ f) Mas de seis salarios mínimos..... _____

6.2: Apreciación: a) Bajo-Bajo.. _____ b) Bajo..... _____ c) Medio bajo..... _____
 d) Medio..... _____ e) Medio-Alto _____ f) Alto..... _____

7. DETECCION DE DEFICIENCIAS

SI . NO

1. AUDITIVAS: Hay alguna persona que:
 - a) tenga dificultad para oír?.....
 - b) tenga dificultad para reconocer algunas palabras al oírlas?.....
 - c) tenga vértigos o mareos frecuentes?.....

Hay algún niño:

 - d) menor de nueve meses que no reacciona a voces familiares reconociéndolas y volteando la cabeza?.....

2. LENGUAJE: Hay alguna persona que:
 - a) tenga alguna dificultad para comunicarse mediante el habla?.....
 - b) tenga dificultad para comprender lo que se le dice?.....
 - c) para hacerse entender tenga que utilizar expresiones de la cara, o movimientos de las manos y el cuerpo?.....
 - d) sabiendo leer y escribir tiene dificultades para leer o escribir?.....

Hay algún niño que:

 - e) tenga babeo continuo?.....
 - f) tenga problemas al alimentarse como por ejemplo: ahogarse al tragar, no masticar, vomitar?.....
 - g) siendo mayor de tres años tenga trastornos en el habla, o que no hable, o que mantenga la cabeza inclinada a un lado?.....

3. VISUALES Hay alguna persona que:
 - a) tenga dificultad para ver por uno o por ambos ojos aunque utilice lentes?
 - b) sea bizco? (los dos ojos no miran en la misma dirección)
 - c) no distinga algunos colores, especialmente el verde y el rojo.....
 - d) viendo bien de día ve mal al anochecer?
 - e) vea formas o luces extrañas?.....
 - f) frecuentemente tenga dolor en uno o ambos ojos, secreciones, enrojecimiento; o que le moleste la luz o tenga anomalías en los párpados?...

Hay algún niño que:

 - g) se restriegue los ojos con frecuencia?.....
 - h) siendo mayor de cuatro meses no siga con los ojos el movimiento de algún objeto?.....
 - i) estando en la escuela no rinde en los estudios como los otros niños, se le dificulta leer o ver el pizarrón, o no le guste leer o jugar como sus compañeros.....

4. VISCERALES: Hay alguna persona que tenga problemas en el corazón, pulmones, estómago, intestinos, riñones o cualquier otra viscera, y que:
 - a) si es menor de siete años tenga que llevarlo por ello frecuentemente al médico?.....
 - b) si es mayor de siete años se le dificulte o impida ir a la escuela, jugar con otros de su edad o hacer deportes?.....
 - c) si es adulto se le dificulte o impida realizar las tareas del hogar, trabajar, o llevar una vida normal como otra persona de su edad?.....

5. MUSCULO-ESQUELETICAS: Hay alguna persona, adulto o niño, que:
 - a) tenga dificultad para mover la cabeza, el cuello, los músculos de la cara, el tronco, los brazos o las piernas?.....
 - b) que le falte toda o una parte de los brazos o las piernas?.....
 - c) tenga movimientos involuntarios en el cuerpo?.....

7. DETECCION DE DEFICIENCIAS

SI NO

Hay algún niño que:

- d) teniendo ya dos años de edad: no se siente solo, no se mantenga parado, camine con torpeza, camine en punta de pies, se le dificulte el uso de una mano, mueva menos o no mueva igual algún brazo o pierna?.....

6. DEFORMIDADES: Hay alguna persona, adulto o niño, que:

- a) tenga alguna deformidad evidente que le distinga mucho de una persona normal en el cráneo, la cara, el cuello, la espalda, los brazos o las piernas?.....
- b) tenga un orificio artificial para respirar, evacuar u orinar?.....

7. MENTALES Y PSICOLÓGICAS: Hay alguna persona, adulto o niño, que:

- a) tenga dificultad para aprender a vestirse, asearse, comer, o para progresar en educación como aprender a leer, escribir, entender la aritmética, o parezca francamente retardado mental?
- b) tenga pérdida total o parcial de la memoria, olvido de hechos ocurridos recientemente, o que relate como sucedidas situaciones que no existieron?
- c) tenga dificultad para interpretar lo que se le dice, o para expresar lo que piensa, o responde de manera incoherente?.....
- d) tenga permanentemente ideas absurdas que aunque se le critiquen no pueden dejarlas, o las defiendan como si fueran situaciones reales?.....
- e) tenga dificultad para reconocer objetos, paisajes, ambientes o personas?
- f) tenga dificultad para hacer acciones intencionales como agarrar un objeto, llevar la cuchara a la boca, abrir un imperdible, etc...?
- g) tenga o haya tenido pérdida de la conciencia o presentado convulsiones?
- h) perciba sensaciones irreales por el oído, la visión, el olfato, el gusto o el tacto?.....
- i) tenga que ingerir frecuentemente bebidas alcohólicas o alguna droga no medicinal?.....
- j) presentes estados frecuentes e intensos de ansiedad, tristeza, rabia, alegría o agitación?.....

Hay algún niño mayor de cuatro años que:

- k) no atiende a su nombre o que sabiendo hablar no habla?
- l) se mantenga solo, aislado, que habla y ríe solo?.....
- m) tenga movimientos de auto-estimulación como por ejemplo de genitales?....
- n) se mantenga irritado o lllore continuamente?.....
- o) no duerma bien, tenga sueño sobresaltado o terrores nocturnos?.....
- p) sea anormalmente inquieto, muy activo o no le preste atención a lo que pasa a su alrededor?.....
- q) sea frecuentemente agresivo, destruya cosas, haga lo contrario de lo que se dice o mienta frecuentemente?.....
- r) se sacuda o golpee la cabeza frecuentemente?.....

8. GENERALIZADOS, SENSITIVAS Y OTRAS?: Hay alguna persona adulta que:

- a) dependa de dispositivos especiales o medicinas para poder vivir, como marcapasos, aparatos para respirar, insulina, etc.?.....
- b) tenga áreas de la piel donde no sienta al tocarse, al acercarse a objetos calientes o no sienta dolor al pincharse con una aguja o espina, especialmente en manos y pies?.....
- c) siendo mayor de dos años no pueda controlar la salida de orina o heces?
- d) tenga dolores constantes que le dificulte hacer sus labores habituales?

SI PARA ALGUNA DE LAS PERSONAS EN LA VIVIENDA, LAS HAYA VISTO O NO, LA SEÑALA "SI" EN UNA O MAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, ESCRIBA PARA CADA UNA LOS DATOS A CONTINUACION:

N°	APELLIDO Y NOMBRES	Edad	Sexo	SI (x)	NO

(x)} Puede asistir al examen por el médico? Señala siempre "SI" ó "NO"
Atención: si señala "NO" quiere decir que hay que ir a examinarlo en su vivienda.

INSTRUCTIVO

("Encuesta por vivienda")

Este instrumento tiene los objetivos principales siguientes:

- A. Identificar las características de quienes la habitan en cuanto a número, grupo de edad y sexo (Punto 3).
- B. Identificar las características de la vivienda (punto 4).
- C. Identificar las condiciones laborales y económicas de sus habitantes (punto 5 y 6).
- D. Detectar el sector de población con mayor probabilidad de contener verdaderos discapacitados (punto 7).

Se aplica por ello sólo en viviendas habitadas y no a viviendas ocupadas sin residentes permanentes como clubes, escuelas, etc.

Se debe llenar de acuerdo a las siguientes instrucciones: **VIVIENDA No.:** Comprende dos grupos: uno de 2 cifras y otro de 3 cifras. El primer grupo indica el número que le corresponde al encuestador. El segundo grupo indica el número de vivienda encuestada, por el mismo encuestador, por número correlativo desde la primera vivienda que encueste hasta la última. Los números menos de 99 deben tener a la izquierda uno o dos ceros según el caso. Por ejemplo 08-056 indica que es la vivienda No. 56, encuestada por el encuestador No. 8.

1. Identificación: Identificar el Distrito, la ciudad o población, el sector, subsector y manzana en los cuales está la vivienda. La información del sector, subsector y manzana la recibe el encuestador durante el adiestramiento y al recibir del supervisor las encuestas para llenar. Los apartes de sector o subsector también se aplican al medio rural. En "observaciones para ubicar la vivienda" y especialmente en áreas marginales, centros poblados intermedios y pequeños y rurales dispersos, se debe anotar cualquier dato que sirva para localizar nuevamente la vivienda, como por ejemplo nombre de la calle, color de la casa, alguna característica de la fachada, cercanía a una bodega, un árbol, poste de electricidad, accidentes en el ambiente como un peñasco, etc.

2. Apellidos y nombres del principal entrevistado: a la encuesta pueden responder más de una persona en cuyo caso anotar el apellido y nombre de aquella que ha respondido con más interés al mayor número de preguntas. Si es sólo una persona quien responde también se anota.

3. Habitantes: señalar el número de personas habituales de la vivienda que correspondan a cada grupo de edad y según sean varones (v) o hembras (h).

4. Características de la vivienda:

- 4.1 Los términos pequeña, hipotecada, alquilada se explican por sí mismos. Cedida: indica que viven allí sin pagar alquiler pero con autorización para ello. Invadida: indica que está ocupada sin autorización y sin pagar alquiler.
- 4.2 Indica el número de habitaciones acondicionadas para dormir. No se incluyen otros ambientes como recibo, comedor, etc., utilizables en ciertos casos para dormir.
- 4.3 a
- 4.6 Estos apartes se explican por sí mismos. Pueden señalarse en cada uno más de una circunstancia.
- 4.7 Para esta encuesta se ha tomado la descripción contenida en el XI Censo General de Población y Vivienda de Venezuela (1981).
- Casa o quinta: estructura de construcción única e independiente, por lo general de varias habitaciones o cuartos de carácter permanente y con servicios sanitarios, construida con materiales resistentes como bloques, ladrillos, piedras, adobes, concreto, madera aserrada o bahareque frisado.
 - Apartamento en edificio, en casa o en quinta, estructura de una o más habitaciones o cuartos que forman parte de un edificio, casa o quinta, dotados de servicios sanitarios propios y cocina, con acceso desde el exterior o desde un área común de circulación.
 - Pieza en casa de vecindad: es la habitación o cuarto utilizado como vivienda familiar en la cual los servicios sanitarios y el abastecimiento de agua por lo general están fuera de la pieza y son de uso común, y no tiene acceso directo desde el exterior sino a través de un pasillo interno a un área común de circulación. (En este caso cada pieza se considera como una vivienda y debe llenarse un instrumento para cada una).
 - Vivienda rústica o rancho: la vivienda familiar cuya estructura tiene generalmente techo de paja o palma, paredes de bahareque, paja o palma, y piso de tierra. Esta vivienda no pierde su condición por tener mejor ras en paredes, techo o piso.
 - Vivienda improvisada o rancho urbano: es la vivienda familiar construida casi siempre por sus propios moradores

con materiales de desecho (tablas, cartones, latas, etc.) y por lo general sin servicios sanitarios. Esta clase de vivienda es la predominante en barrios marginales.

- Otra vivienda: cualquier alojamiento no comprendido en los anteriores tales como trailers, vagones de ferrocarril, cuevas, carpas, caneyes, u otros albergues utilizados como vivienda en forma temporal o permanente. Se incluyen en esta categoría los locales de trabajo no construidos para vivienda y utilizados como vivienda permanente.

4.8 Accesibilidad vial: Buena: cuando el vehículo llega a la puerta de la casa. Regular si la vivienda está a corta distancia del punto final de acceso del vehículo y un enfermo puede ser llevado con poco esfuerzo* (p.e. apartamentos en edificios, vivienda cercana a la carretera). Mala: el punto final de acceso del vehículo es distante y un enfermo puede ser llevado con gran dificultad (p.e. viviendas en áreas periurbanas, viviendas rurales apartadas de la carretera).

4.9 Ubicación: Urbana: centros poblados con 2,500 habitantes o mayores. Centro poblado intermedio: centros poblados entre 1,000 y 2,499 habitantes. C.P. pequeño: todo lugar con tres o más viviendas que no tengan separación entre sí de más de 500 metros y menores de 1,000 habitantes. Rural dispersa: localidades con menos de tres viviendas.

5. Trabajo:

5.1 La agrupación de tipos de trabajo intenta, con un número pequeño de grupos, clasificar la mayoría de la población encuestada. Como en una misma vivienda pueden existir varias personas desempeñando ocupaciones remuneradas, (habitualmente diversas) hay que diferenciarlas dando a cada una, una letra del alfabeto. A: para el jefe de familia; B: para el conyuge; C y siguientes para otras personas.

- a) Profesional universitario o técnico: los que tienen una certificación de estudios completa superiores a la educación secundaria.
- b) Directivo/gerente: tiene posición directiva en una industria sin ser profesioal universitario o técnico.
- c) Militar o cuerpo de seguridad: perteneciente al ejército, guardia, policía, etc., uniformado o no.

- d) Supervisor/inspector: realiza actividad de supervisión en una industria o servicio con adiestramiento práctico realizado habitualmente en la misma industria o institución de servicios.
- e) Comerciante: realiza actividades comerciales de compra-venta sin tener una calificación profesional o técnica.
- f) Agricultor: realiza predominantemente actividades agrícolas.
- g) Pescador: realiza predominantemente actividades de pesca.
- h) Minero: realiza predominantemente actividades de minería.
- i) Empleado de oficina: realiza actividades dentro de una oficina o negocio con o sin adiestramiento en cursos a nivel educativo secundario.
- j) Auxiliar de profesiones o técnicos: realiza actividades técnicas, después de realizar cursos específicos y bajo supervisión inmediata.
- k) Obrero especializado: realiza actividades manuales que requieren cierto grado de preparación técnica.
- l) Obrero no especializado: realiza diversas actividades manuales que no requieren conocimientos técnicos.

5.2 Sector:

- a) Público: desempeña su actividad remunerada en instituciones, servicios u oficinas de carácter gubernamental.
- b) Privado/empleado: desempeña actividad remunerada en industrias, comercios, oficinas, etc., no gubernamentales.
- c) Privado/propio: desempeña actividad remunerada en industrias, comercio, oficina, etc., de su propiedad.

5.3

- a) Oficios de hogar: realiza actividades no remuneradas de limpieza, lavado, planchado, preparación de comida, etc.
- b) Estudiantes: dedica la mayor parte del tiempo a estudiar bajo supervisión para alcanzar niveles progresivos de preparación.

- c) No aplicables: no realiza ninguna actividad específica remunerada o no. Por ejemplo un niño.
- d) Se desconoce: es imposible ubicarlo en alguno de los grupos anteriores.
- e) Otro:, es imposible ubicarlos. Se debe especificar.

6. Situación económica

6.1 Se debe determinar el salario mínimo oficial del país y de acuerdo a ello señalar el ingreso total de los habitantes en la vivienda. No se debe tratar de averiguar el monto exacto de la remuneración de cada persona, sino pedirle al entrevistado ubicar el ingreso total en los grupos apropiados. Por ejemplo, si el salario mínimo son 4,000 pesos, pedirle ubique el ingreso del grupo:

entre 0 y menos de 4,000 pesos

entre 4,000 y 12,000 pesos

entre 12,000 y 24,000 pesos

más de 24,000 pesos

- Ocasional-caritativo: el grupo recibe ingresos en moneda o especies, en forma caritativa, ya sea ocasional o regularmente.

6.2 **Apreciación socio-económica:** en forma general se estima en base a las condiciones de construcción de la vivienda, disponibilidad de servicios, ingresos y tenencia de artículos para el hogar. Para esta encuesta se ha tomado la de la primera encuesta de invalidez en Medellín, Colombia (Boletín OPS, noviembre de 1977, páginas 451-454).

- **Estrato bajo-bajo:** corresponde a viviendas construidas sin plan determinado y generalmente con materiales de desecho. No disponen de servicios básicos como alcantarillado, luz eléctrica y agua potable. Cuando se dispone de servicios básicos su uso se comparte (mixto) o son exteriores. Los ingresos familiares son bajos y no se dispone de artículos domésticos eléctricos (nevera, lavadora, televisor, etc.). Generalmente son viviendas que forman parte de barrios de invasión.

- **Estrato bajo:** corresponde a viviendas con fachada de obra negra. Disponen de servicios básicos aún cuando su uso sea mixto, colectivo o interior. Ingresos bajos y escasa disponibilidad de artículos para el hogar. Con frecuencia se encuentran casas de inquilinato y un alto nivel de personas que comparten cada cuarto.

- Estrato medio bajo: usualmente corresponde a viviendas construidas por instituciones de crédito gubernamentales. Poseen todos los servicios y son de uso exclusivo. Ingreso familiar bajo pero se disfruta de algunos artículos para el hogar (radio, tocadiscos, televisor, etc.).
- Estrato, medio: mayores facilidades de vivienda que el anterior. Nivel de ingresos medio y se dispone de más artículos para el hogar (radio, televisor, tocadiscos, nevera, encerradora, etc). Los habitantes que predominan son los empleados de nivel medio con vehículo propio.
- Estrato medio-alto: formado por viviendas construidas por Bancos Centrales Hipotecarios. Se dispone de una gran variedad de artículos para el hogar y de vehículo propio. Los habitantes son generalmente altos ejecutivos y profesionales de mayores ingresos. Son barrios con zonas verdes y gran facilidad de acceso.
- Estrato alto: corresponde a viviendas habitadas por familias de altos ingresos, generalmente grandes mansiones con amplias zonas verdes y muy fácil acceso. Sus servicios y comodidades sobrepasan los límites del confort general.

7. Detección de deficiencias: Esta es la sección destinada a descubrir si hay personas discapacitadas en la vivienda, para luego ser examinada por un profesional que pueda confirmarlo o negarlo. Es muy importante tener en cuenta lo siguiente:

- a) Las preguntas pueden y hasta deben ser modificadas cuando sea necesario por el investigador principal, utilizando el léxico local para hacerlas fácilmente comprensibles a la población del área que se investiga. Sin embargo no debe cambiarse su sentido o significado;
- b) el encuestador debe leerlas despacio para ser entendidas repitiendo el encabezado subrayado de cada sección en cada pregunta. No debe modificar la pregunta. (Por ello es importante adaptar la pregunta al léxico local). Durante el adiestramiento pueden explicarse si es necesario el significado de algún término poco común que debe ser lo máximo que pueda agregar el encuestador. Entre una y otra pregunta debe dejar pasar unos segundos para oportunidad a captar la pregunta y responder;
- c) después de cada pregunta señalar siempre SI o NO;
- d) al terminar las preguntas debe: 1) identificar las personas (niño o adulto) en cuanto a nombre, edad y sexo; y 2) decidir si

ese sospechoso de discapacidad puede asistir al examen de validación o si es necesario venir a examinarlo en la vivienda. Esta información la asienta en la sección correspondiente al final de la encuesta. El encuestador debe ser muy cuidadoso en este aspecto y reducir al máximo las personas que tienen que ser examinadas en su vivienda.

Al finalizar la entrevista y llenar los datos hasta aquí explicados de la encuesta, el encuestador debe llenar:

- A) La "declaración" que tiene por finalidad asegurar el máximo de confidencialidad de la información suministrada por el (los) ocupante (s) de la vivienda.
- B) La "evaluación de la encuesta por el encuestador". El propósito de cada pregunta es:
 1. Precisar el tiempo que dura cada entrevista, relacionarla con número correlativo de encuestas realizadas por el mismo encuestador y extraer para cada encuestador y para todo el grupo de encuestadores, el tiempo promedio necesario para encuestar una vivienda.
 2. Precisar con facilidad en cuantas viviendas no existían discapacitados, en cuantas sí existían y cuantos discapacitados.
 3. Determinar si la encuesta se ha llenado en todos sus apartes.
 4. Identificar, si es el caso, las causas por las cuales no fue llenada en todos sus apartes.
 5. Determinar la comprensibilidad observada de las preguntas.
 6. Recoger la impresión que las respuestas le merecieron al encuestador en cuanto a confiabilidad de las mismas.
 7. Recoger la impresión que la actitud del respondente le mereció al encuestador en cuanto a su cooperación para responder a las preguntas.
 8. Determinar si la entrevista la presenciaron otras personas con capacidad para entender y responder.
 9. Determinar si estas personas participaron o no en las respuestas.
 10. Determinar si la presencia de estas personas afectó la entrevista en forma importante.

11. Recoger la impresión que la actitud de estas personas le merecieron al encuestador en cuanto a su cooperación para facilitar la entrevista y las respuestas.
12. Recoger las observaciones y comentarios adicionales a las preguntas, que pudiera en cada caso aportar el encuestador.



ANEXO J

PREVENCIÓN. OBJETIVOS ESPECÍFICOS, OBJETIVOS EDUCATIVOS Y
CONTENIDOS DEL MÓDULO DE ENFERMEDADES INMUNIZABLES
NO PREVENIBLES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDOS
<p>Controlar la morbi-mortalidad de las enfermedades prevenibles por inmunización.</p>	<p>Que la población conozca las enfermedades prevenibles por vacunas.</p> <p>Que la población comprenda la importancia de inmunizar a la población.</p> <p>Que la población conozca las causas, sintomatología y períodos de incubación de las enfermedades prevenibles por vacunas.</p> <p>Que la población contribuya a disminuir los índices de enfermedades prevenibles por vacunas, vacunando a sus niños.</p>	<p>Enfermedades que se pueden prevenir por vacunación:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Características -Agentes causantes -Períodos de incubación <p>-La importancia de las vacunas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cómo aprovechar las jornadas de vacunación -Cómo cuidar a los enfermos



ANEXO K

Rehabilitación. Forma de enseñar a un niño a alimentarse
por sí mismo

(Tomado de UNICEF (1983: 13-18))

Traducción libre de la autora

Cómo ayudar a un niño que tiene problemas para alimentarse por sí mismo.

Las personas se alimentan de diferentes maneras. Algunas utilizan una sola mano; otras pueden utilizar las dos. Algunas personas utilizan tazones para llevarse los alimentos a la boca; otras pueden utilizar cucharas.

Los niños incapacitados necesitan la misma alimentación que las demás personas para poder crecer sanos y fuertes. Además, deben disfrutar sus alimentos. Estos deben tener un buen sabor.

Las horas de comida son parte de la vida familiar. Por lo tanto, la familia debiera permitir que los niños incapacitados compartieran esas horas con los demás miembros de la familia.

Cuando usted comience a enseñarle a un niño a comer, recuerde:

La forma en que la comida se lleva a la boca, depende de la comida que está siendo ingerida.

Los alimentos sólidos, como la carne, pueden ser llevados a la boca utilizando las manos; los alimentos líquidos, como la leche y la sopa, necesitan ser bebidos de un tazón o taza.

Ayude al niño para que se alimente de la forma como lo hacía antes de adquirir la incapacitación. Sólo si esto no es posible, deben elegirse otras maneras.

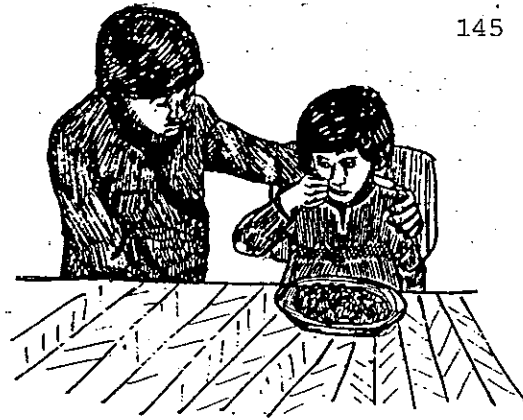
Los niños incapacitados deben ser ayudados para que se alimenten solos, de la misma manera como lo hacen los otros miembros de la familia.

La mejor postura para comer es mientras se está sentado de una manera cómoda. Las manos deben estar libres.



Si el niño que se está entrenando, no puede sentarse, haga lo siguiente:

Siéntese a un lado del niño y sosténgalo con un brazo, o



Utilice una caja para apoyarlo.



Si el niño no puede sostener su cabeza, usted puede hacer lo siguiente:

Coloque su brazo atrás del cuello del niño para evitar que la cabeza se ladee. También puede colocar el brazo en la cintura del niño para sostenerlo.



O puede también fabricar un collar como el que se muestra en el dibujo; envolverlo en una toalla y colocarlo en el cuello del niño para ayudarlo a sostener su cabeza.

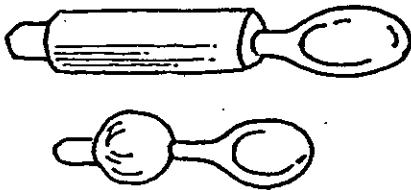


Utilizando una mano



Utilizando ambas manos

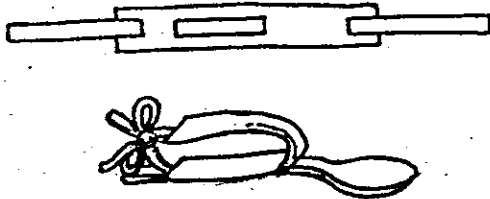
Utilizando una cuchara con un mango delgado (el mango puede hacerse más delgado si se utiliza una caña o un pedazo de bambú).



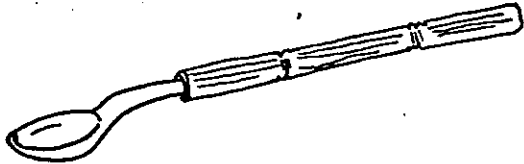
O puede utilizarse una cuchara con una bola adaptada al mango, para facilitar el sostenerla.



También puede elaborarse una pulsera para amarrar la cuchara a la mano o al brazo. La pulsera puede fabricarse con cuero, hule, algodón y otros materiales similares.



También puede fabricarse una cuchara con mango más largo. Para eso, un pedazo de madera o bambú puede ayudar.



Los asideros para las manos pueden elaborarse con:

* arcilla (modelada de la que se encuentra en el suelo)

* yeso

La arcilla y el yeso pueden mezclarse para hacer el asidero más fuerte.

* epoxi (es el material más fuerte y resistente al agua).

Para fabricar el asidero:

1. Tome una pequeña cantidad del material y móldelo hasta convertirlo en una pelota.
2. Coloque la pelota en la mano de la persona incapacitada.
3. Coloque el material que va a utilizarse para fabricar la asidera. Con utensilios como lápices o tenedores, haga que la pieza quede firmemente colocada dentro del material.
4. Pídale al niño que sostenga la pieza de la forma como lo haría normalmente.
5. Presione los dedos del niño firmemente, para que la impresión quede bien.
6. Deje el asidero unos minutos en esa posición. Luego quítelo y deje que se seque.
7. Si el asidero está hecho de arcilla, póngalo bajo el sol. Cúbralo con aceite o grasa para hacerlo más resistente al agua.

Enséñele al niño a llevarse la comida a la boca de la siguiente forma:

Sosteniéndose el brazo con el que va a llevarse la comida a la boca, con el otro brazo.



Apoyando el codo en la rodilla, el suelo o la mesa.



Doblando la cabeza para llevar la boca al plato.



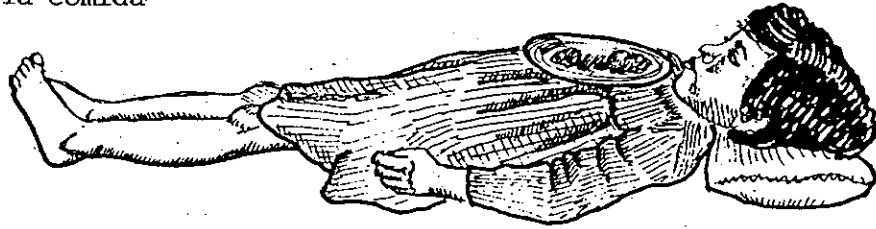
Enseñe al niño a colocarse la comida en la boca de la siguiente forma:

Llevándose la comida a la boca con los labios. Para ello es conveniente enseñarle a llevarse solo una pequeña cantidad cada vez.

Algunos niños podrían devolver la comida. Para evitar esto, procure que el niño se lleve la comida hasta la mitad de la lengua.



Si el niño no se puede levantar y se mantiene acostado, colóquele el plato en el pecho para que pueda 'aspirar' la comida.



O acuéstelo boca abajo. Puede enseñarle a colocar la comida en un lado de la lengua y en el otro, en forma alterna.



Cómo enseñarle al niño a masticar:

Mantenga sus labios cerrados, para que la comida se mantenga en la boca.

Puede ayudarle a masticar enseñándole cómo mover la quijada.



Cómo enseñarle al niño a tragar los alimentos:

Manténgale cerrada la boca.

Si el labio inferior se cae, sosténgaselo con el dedo.

Debe mantener la cabeza recta. Si se va para atrás el tragar puede resultar dificultoso.



