El Educador

VOLUMEN XXXI, N° 2 ENERO 2017

Sociedades en INTERVENCIÓN TEMPRANA



Una publicación de

ICEVI

El Consejo Internacional para la Educación de Personas con Discapacidad Visual

OFICIALES PRINCIPALES

PRESIDENTE
Frances Gentle
Centro Renwick
Instituto Real para Niños Sordos y Ciegos
Private Bag 29 Parramatta, NSW 2124
AUSTRALIA
frances.gentle@ridbc.org.au

VICE PRESIDENTE PRIMERO
Praveena Sukhraj
42 Windswawel Street,
Monument Park Extension 4,
Pretoria 0181,
SUDÁFRICA
psukhraj@justice.gov.za

VICE PRESIDENTE SEGUNDO
Rima Canawati
Sociedad para Rehabilitación Bethlehem
Arab P.O. Box 100,
Bethlehem
PALESTINA
rima.qanawati@gmail.com

TESORERA
Nandini Rawal
Asociación de Personas Ciegas 132 Ft. Ring Road
Vastrapur
Ahmedabad 380 015
INDIA
bpaiceviad1@bsnl.in

PRESIDENTE ANTERIOR
Lord Low of Dalston
Instituto Real Nacional para Personas Ciegas
105 Judd Street, London
WC1H 9NE
REINO UNIDO
colin.low@rnib.org.uk

PRESIDENTE EMÉRITO
Lawrence F. Campbell
1, Center Street,
Rockland, Maine
04841 EE.UU,
larry.icevi@gmail.com

PRESIDENTES REGIONALES

ÁFRICA
Gertrude Oforiwa Fefoame
Ases. Global de Incidencia Sightsavers
Densu Point, P.O. Box KIA 18190
North Dzorwulu, Accra, GHANA
gofefoame@sightsavers.org

ASIA ORIENTAL
Aria Indrawati
Pertuni (Asociación de Ciegos de Indonesia)
P.O.Box 386, Jalan Raya Bogor,
Km.19 Ruko Blok Q No. 13-L,
RT01 RW04, Kramat Jati,
East Jakarta, INDONESIA
aria.indrawati@gmail.com

EUROPA
Panagiota (Betty) Leotsakou
Ministerio de Educación
K.D.A.Y of Athens
12 Ioannou Kotsou Street
Glyka Nera 15354, Athens
GRECIA
bl@icevi-europe.org

LATINOAMÉRICA
María Cristina Sanz
Avda. 13 n 1207, piso 9 A
(1900) LA PLATA
ARGENTINA
latinoamericaicevi@gmail.com

NORTEAMÉRICA / CARIBE
Kay Alicyn Ferrell
Profesora de Educación Especial, Emérita
Universitdad de Northern Colorado Campus Box 146
501, 20th Street
Greeley, CO 80639
EE.UU.
kay.ferrell@unco.edu

PACÍFICO
Ben Clare
Coordinador de Proyecto, Actividades de las Islas del Pacífico, Fundación Médica Aspen PO Box 231 Deakin West ACT 2601
AUSTRALIA
bwclare@gmail.com

ASIA OCCIDENTAL
Bhushan Punani
Asociación de Personas Ciegas, 132 Ft. Ring Road, Vastrapur Ahmedabad 380 015 INDIA
blinabad1@bsnl.in

ORGANIZACIONES FUNDADORAS

Fundación Americana para Ciegos
Scott Truax
2 Penn Plaza, Suite 1102
New York, NY 10121
EE.UU.
struax@afb.net

Escuela Perkins para Ciegos
Dave Power
175 North Beacon Street
Watertown, MA 02472
EE.UU.
dave.power@perkins.org

Real Instituto Nacional de Personas Ciegas
Kevin Carey
105 Judd Street
London WC1H 9NE
REINO UNIDO
kevin.carey@rnib.org.uk

ORGANIZACIONES INTERNACIONALES NO GUBERNAMENTALES

Sordociegos Internacional
Bernadette M. Kappen
999, Pelham Parkway Bronx
New York 10469
EE.UU.
bkappen@nyise.org

Unión Mundial de Ciegos
Elly Macha
P. O. Box 777
Usa-River, Arusha
TANZANIA
macha.elly@gmail.com

Agencia Internacional de Prevención de Ceguera
Peter Ackland
Escuela Londinesnse de Higiene & Medicina Tropical, Keppel Street,
London WC1E 7HT
REINO UNIDO
packland@iapb.org

Visítenos en:
www.icevi.org

MIEMBROS ASOCIADOS INTERNACIONALES

CBM
Lars Bosselmann
CBM EU Liaison Office (EU LO)
Third Floor, Rue Montoyer 39,
1000 Brussels, BÉLGICA
lars.bosselmann@cbm.org

Luz para el Mundo
Nafisa Baboo
26 Niederhofstrasse
A11-20 Vienna, AUSTRIA
n.baboo@light-for-the-world.org

Asociación Noruega de Ciegos y Deficientes Visuales (NABPS)
Terje Iversen
P.O. Box 5900, Majorstua0308
Oslo, NORUEGA
terje.iversen@blindeforbundet.no

Organización Nacional de Ciegos Españoles
Ana Peláez
C/ Almansa, 66, 28039
Madrid, ESPAÑA
apn@once.es

Escuela Perkins para Ciegos
Michael J. Delaney
175 North Beacon Street
Watertown, MA 02472,
EEUU
Michael.Delaney@perkins.org

Real Instituto para Niños Sordos y Ciegos
Frances Gentle
Private Bag 29, Parramatta,
NSW 2124, AUSTRALIA
frances.gentle@ridbc.org.au

Real Instituto para Niños Sordos y Ciegos
Kevin Carey
105 Judd Street, London WC1H 9NE
REINO UNIDO
Kevin.Carey@rnib.org.uk

Sightsavers
Andrew Griffiths
35 Perrymount Road
Haywards Heath
West Sussex RH16 3BW
REINO UNIDO
agriffiths@sightsavers.org

Visio
Marten de Bruine
Amersfoortsestraatweg 180
1272 RR Houses
HOLANDA
martendebruine@visio.org

Director Ejecutivo
Mani, M.N.G.
5030, 3rd Floor, Sreevatsa Centre,
G.N. Mills PO, Coimbatore - 641 029
Tamil Nadu, INDIA
sgicevi@vsnl.net

Editora

Marianne Riggio
Directora
Programa de Liderazgo Educativo y Entrenamiento Relacionado al Campus Internacional
Perkins Internacional
175 North Beacon Street
Watertown, MA 02472
EEUU

Editor Asociado

M.N.G. Mani
CEO, ICEVI

Comité Editorial

Marianne Riggio
Lord Low of Dalston
M.N.G. Mani

Diseño e Impresión

Secretaría de ICEVI
5030, 3rd Floor
Sreevatsa Centre
Mettupalayam Road
G.N. Mills Post
Coimbatore - 641 029
Tamil Nadu, INDIA

Telefax : 91-422-2648104
e-mail : sgicevi@vsnl.net

ÍNDICE

1. Mensaje del Presidente 02

2. Mensaje del Editor 04

3. Nuevas Autoridades de ICEVI 05

4. ICEVI Asamblea General - Acta 07

5. Sociedades en Intervención Temprana: El Programa de Poder de Puntos SVRC 13
Debra Lewis

6. Sociedades en Servicios de Intervención Temprana para Niños con Sordoceguera en India 19
Atul Jaiswal & Sachin Rizwal

7. Intervención en Discapacidad Visual: Sociedades entre el área médica, el área de rehabilitación, políticas brasileras públicas y de familia: Informe de Experiencia 26
Maria Elisabete Rodrigues Freire Gasparetto

8. Primeros Pasos en la Comunicación con un Niño con Sordoceguera Congénita: Un Abordaje de Atención Conjunta 33
María del Mar Martín de Frutos

9. Enseñando a Niños Pequeños a "Ver Más": Visión Funcional Aumentada 37
Krister Inde

10. Sociedad en el Programa de Intervención Temprana en la Escuela para Niños con Discapacidad Visual Prof. Dr. Ivan Shishmanov, en Varna, Bulgaria 38
Julieta Petkova & Yana Raeva

11. Cómo un Programa de Orientación y Movilidad Aplicada Afecta el Aprendizaje en Geometría para Estudiantes con Discapacidad Visual en Abuja y Gindiri, Nigeria 43
Isuwa Jikukka Jurmang

12. ICEVI Promueve Inclusión Educativa en Tayikistán 49
Bhushan Punani

13. Ficha Técnica de ICEVI 52

Miembros Internacionales

cbm · LIGHT FOR THE WORLD · ONCE · Perkins · Royal Institute for Deaf and Blind Children · RNIB · Sightsavers · The Norwegian Association of the Blind and Partially Sighted · Visio



Mensaje de la Presidente

Bienvenidos al primer número de El Educador de 2017. Este número refleja la naturaleza global de los miembros de nuestra organización, con artículos e informes en la temática Sociedades en Intervención Temprana, de Australia, Brasil, Bulgaria, India, Nigeria, España, Suecia y Tayikistán. Al leer los artículos e informes, por favor tómense un momento para considerar las contribuciones de nuestra Editora, Marianne Riggio, y los autores que han compartido sus investigaciones, programas y experiencias.

Este número pregona el cuadrienio 2017-20 de ICEVI y el cambio de autoridades a nivel internacional y regional – ver **http://icevi.org**/. Los logros sustanciales de ICEVI durante el cuadrienio anterior reflejan el fuerte liderazgo de Lord ColinLow, Presidente (2010-2016), y M.N.G. Mani, nuestro Director Ejecutivo. El Informe del Cuadrienio 2012-2016 lanzado en la Asamblea GeneralUMC-ICEVI en Orlando en agosto 2016 (también disponible en el sitio web de ICEVI www.icevi.org) exhibe los programas y actividades llevadas a cabo por los Oficiales Principales de ICEVI, Comités Regionales, y socios internacionales.El artículo incluye un informe de progreso de nuestra campaña global, Educación para todos los Niños con Discapacidad Visual (EFA-VI), que fue lanzada conjuntamente por ICEVI y la Unión Mundial de Ciegos (UMC) en la Conferencia Mundial de ICEVI en Kuala Lumpur en agosto 2006. Entre 2007 y 2015, la campaña fue implementada en 31 países incluyendo el establecimiento de grupos de trabajo nacionales de EFA-VI y provisión de más de 670 capacitaciones. Como resultado, unos 110.000 niños con discapacidad visual adicionales fueron inscriptos en la educación.Esto es un logro remarcable, y hay mucho más por hacer para llegar a los millones de niños con discapacidad visual y otras discapacidades que están fuera de la escuela.

El fuerte compromiso de ICEVI en promover la educación para niños con discapacidad visual continuará siendo la base de nuestra misión, objetivos y prioridades en el cuadrienio 2017-20. ICEVI está posicionado de manera única para proporcionar a la comunidad educativa global experticia técnica en el campo de la educación para niños con discapacidad visual, y para fomentar una cooperación global e innovación en entrenamiento docente y diseño de currículo. La adopción por parte de las Naciones Unidas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y del Marco de Acción para la Educación 2030 ha destacado la importancia del financiamiento de los objetivos ODSy las metas serán alcanzadas para 2030. El Consorcio Internacional en Discapacidad y Desarrollo (IDDC) destacó los niveles descendientes de ayuda bilateral y multilateral para la educación que responde a la discapacidad en el informe #Informe de Costos de Equidad lanzado en 2016 en las Naciones Unidas en Nueva York – ver https://www.iddcconsortium.net/. El informe presenta un rango de recomendaciones para la educación de personas con discapacidad, incluyendo aumentos en la financiación por parte de los gobiernos nacionales y apoyo de donantes internacionales. Mi asistencia al lanzamiento del informe en representación de ICEVI ofreció una oportunidad para conocer a Aubrey Webson, la nueva Presidente designada del Comité Ejecutivo de

UNICEF; y Gopal Mitra, Especialista del Programa para Niños con Discapacidad de UNICEF. Nuestra discusión se centró en el número de niños con discapacidad visual fuera de la escuela en los países de bajos recursos, y la necesidad de información acerca de educación de calidad y abordajes innovadores en capacitación docente y apoyo en áreas rurales y comunidades remotas.

En los próximos meses, el Comité Ejecutivode ICEVI finalizará nuestro Plan Estratégico para el cuadrienio 2017-20. El Plan se enfocará en los siguientes tres objetivos estratégicos:

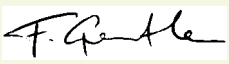
Objetivo 1: Promover el acceso a una educación de calidad para personascon discapacidad visual incluyendo aquellos con ceguera, baja visión, sordoceguera y discapacidad visual;

Objetivo 2: Influenciar a los gobiernos y los actores relevantes en la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Convención por los Derechos de las Personas con Discapacidad, en el área de la educación de las personas con discapacidad visual; y

Objetivo 3: Mejorar el trabajo en red, compartir información y colaborar a nivel nacional, regional y global.

Las actividades prioritarias del cuadrienio incluirán la Campaña "EFA-VI 2030", y la expansión de las iniciativas en matemáticas, tecnología, y educación superior. Para conocer el proyecto de ICEVI-Fundación Nippon en educación superior, los refiero al sitio web **http://icevi.org/Projects.htm**, y a una entrevista online con el Sr. Dang Hoai Phuc, que fue cegado por una mina cuando era un niño en Vietnam. El Sr. Phuc es ahora el coordinador en el proyecto de educación superior de la Fundación Nippon por Vietnam, y Director del Centro Sao Mai - ver **https://youtu.be/ZW4EdPme5z0**. El proyecto de educación superior de ICEVI ha resultado en que más de 200 universidades e instituciones educativasen Camboya, Indonesia, Laos, Myanmar, Filipanasy Vietnam ofrezcan inscripción a 2000 adultos jóvenes ciegos. El Proyecto fue reconocido en la ceremonia de premiación del Proyecto Zero de Austria 2016 por "soluciones innovadoras concernientes al empleo y a la educación y entrenamiento vocacional" – ver **https://zeroproject.org/**.

Con el lanzamiento de este número de El Educador de enero 2017, aprovecho la oportunidad para darles la bienvenida al nuevo Comité Ejecutivo (EXCO) y para reconocer con agradecimiento las contribuciones de nuestros miembros de EXCO anteriores. Es un gran honor trabajar junto a mucho de los líderes mundiales en el campo de la educación de niños con discapacidad visual – estoy en compañía de gigantes.



Frances Gentle
Presidente, ICEVI



Mensaje de la Editora

Queridos colegas y amigos,

Estoy complacida de compartir con ustedes la última edición de El Educador. Debido a la abrumadora respuesta que recibimos ante nuestro pedido de artículos en el tema deSociedades en Intervención Temprana, estamos continuando este tema muy importante en esta edición. Siempre es inspirador leer acerca del trabajo realizado en cada continente, reflejado en los artículos contenidos en estas dos ediciones.

Al leer el mensaje de nuestra nueva Presidente, Frances Gentle, creo que ICEVI es muy afortunado de tener a alguien al mando con un entendimiento tan profundo del trabajo en el que estamos todos comprometidos y esté al tanto de las iniciativas mundiales.

Mientras continuamos trabajando en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas que crean oportunidades de educación permanente, esperamos nuestra próxima edición en la oportuna temática de *Transición a la Vida Adulta*. Espero que todos ustedes, que están realizando un trabajo pionero en el área, compartan sus logros con nosotros.

Espero que se enriquezcan al leer.

Con agradecimiento y buenos deseos,

Marianne Riggio

Marianne Riggio
Editora

Nuevas Autoridades de ICEVI

ICEVI llevo a cabo su Asamblea Generalel 25 deagosto de 2016 en el Rosen Centre Hotel, Orlando y estamos complacidos que la Dra. FrancesGentlehaya sido elegida como nueva Presidentede ICEVI para el Cuadrienio 2016-20. La Dra. Gentlees profesora de discapacidad visual en el Instituto Real de Niños Sordos y Ciegos (RIDBC) en Australia. Fue Presidente Regional de la Región Pacífico de ICEVI (2006-12) y 2nd Vicepresidente de ICEVI (2012-16),y su experiencia sin dudas guiará a la organización en varias dimensiones de desarrollo. Los nuevos Oficiales Principales elegidos son los siguientes:

- **Dra. Frances Gentle,** Presidente
- **Dra. Praveena Sukhraj,** Vice Presidente Primera
- **Srta. Rima Canawati,** Vice Presidente Segunda
- **Sra. Nandini Rawal,** Tesorera
- **Lord Colin Low,** Presidente Anterior

Los Oficiales Principales de ICEVI traen mucha buena voluntad a la organización. El electorado de ICEVI felicita a la Dra. FrancesGentley a los otros Oficiales Principales para un excelente Cuadrienio.

Los presidentes regionales también fueron elegidos en la Asamblea General y los nuevos presidentes regionales son los siguientes:

- **Gertrude Fefoame,** Presidente Regional, Región ICEVI África
- **Aria Indrawati,** Presidente Regional, Región ICEVI Asia Oriental
- **Panagiota (Betty) Leotsakou,** Presidente Regional, Región ICEVI Europa
- **Maria Cristina Sanz,** Presidente Regional, Región ICEVI Latinoamérica
- **Kay Ferrell,** Presidente Regional, Región ICEVI Norteamérica y Caribe
- **Ben Clare,** Presidente Regional, Región ICEVI Pacífico
- **Bhushan Punani,** Presidente Regional, Región ICEVI Asia Occidental

Los detalles de contacto completos de los oficiales pueden encontrarse en el sitio web oficial de ICEVIwww.icevi.org

OFICIALES PRINCIPALES



Presidente
Frances Gentle
frances.gentle@ridbc.org.au



Vice Presidente Priemra
Praveena Sukhraj
psukhraj@justice.gov.za



Vice Presidente Segunda
Rima Canawati
rima.qanawati@gmail.com



Tesorera
Nandini Rawal
bpaiceviad1@bsnl.in



Presidente Anterior
Lord Low of Dalston
colin.low@rnib.org.uk

PRESIDENTES REGIONALES



África
Gertrude Oforiwa Fefoame
gofefoame@sightsavers.org



Asia Oriental
Aria Indrawati
aria.indrawati@gmail.com



Europa
Panagiota (Betty) Leotsakou
bl@icevi-europe.org



Latinoamérica
María Cristina Sanz
latinoamericaicevi@gmail.com



Norteamérica / Caribe
Kay Alicyn Ferrell
kay.ferrell@unco.edu



Pacífico
Ben Calre
bwclare@gmail.com



Asia Occidental
Bhushan Punani
blinabad1@bsnl.in

Asamblea General de ICEVI

25 de agosto 2016 F Orlando, EEUU

ACTA

1. La Asamblea General fue presidida por Lord ColinLow, Presidente ICEVI, quien extendió una calurosa bienvenida a los delegados de la Asamblea General.
2. El Presidente dejó constancia del agradecimiento por parte de ICEVI a la Federación Nacional de Ciegos por una exitosa conducción de la Asamblea Conjunta de UMC-ICEVI en Orlando.
3. FrancesGentle, la Vice-Presidente Segunda de ICEVI, leyó breves biografías de aquellas personas conectadas a ICEVIque fallecieron durante el período 2012-16.

REGIÓN ÁFRICA

Solomon Januário Olivera Kaligwele
Afonso Luis Mutisse
Frances Candiru

ASIA ORIENTAL

Mavis Campos, 2015
Kirk Horton

REGIÓN EUROPA

Dr Lilli Nielsen, June 2013
Alan Suttie, 7 September, 2014
Sir Duncan Watson, 21 April, 2015

NORTEAMÉRICA Y CARIBE

Natalie Barraga, USA, 2014
Jules Cote, USA, 2014
John DeWitt, USA, 2014
Fred Gissoni, USA, 2014
Philip Hatlen, USA, 2016
Carson Y. Nolan, USA, 2014
Ralph Peabody, USA, 2016
Veronica Gilligan, USA, 2015, Educator
Jean Ann Vogelman, USA, 2015
Richard “Rick” Welsh, USA, 2014

REGIÓN PACÍFICO

Mr John W Wilson, January 2013
M Paul Manning, May 2014
Frederick Max Miller, August 2014

ASIA OCCIDENTAL

Mr. G.S. Perera
Mr. P.G. Michael

Los miembros de la Asamblea General realizaron un minuto de silencio.

4. Las cuentas auditadas de ICEVI de los años 2012-2015 fueron presentadas ante la Asamblea General para su adopción.Los miembros revisaron las declaraciones realizadas por Lubbock Fine acerca de la precisión de las cuentas de ICEVI y respaldaron las cuentas auditadas.
5. Mani, Director Ejecutivopresentó un resumen de las actividades llevadas a cabo por ICEVI en el últimoCuadrienioy puso sobre la mesa el Informe Cuadrienial de ICEVI, el cual fue aprobado. Los Miembros dejaron registro del trabajo significativo realizado por ICEVI en elCuadrienio 2012-16.
6. Mani, Director Ejecutivo presentó a los siguientes Presidentes Regionales elegidos en sus respectivas regiones para el Cuadrienio 2016-20
   - **África** – **Gertrude Fefoame**
   - **East Asia** – **Aria Indrawati**
   - **Europa** – **Betty Leotsakou** (Nota: Betty falleció el 6de enero 2017 th y las elecciones serán llevadas a cabo durante la Asamblea Regional de ICEVI Europa en Julio 2017)
   - **Latin America** – **María Cristina Sanz**
   - **North America and Caribbean** – **Kay Ferrell**
   - **Pacific** – **Ben Clare**
   - **West Asia** – **Bhushan Punani**
7. Bhushan Punani, Presidente del Comité de Nominaciones presentó la siguietelistade Oficiales Principalespara el cuadrienio 2016-20.
   - **Presidente – Frances Gentle**
   - **Vice Presidente Primera – Praveena Sukhraj-Ely**
   - **Vice Presidente Segunda – Rima Canawati**
   - **Tesorera – Nandini Rawal**.

   El Presidente de ICEVI invitó a nominaciones, si hubiera, por parte de los presentes. No hubo otras nominaciones además de la lista de Oficiales Principales propuestos por el comité de nominaciones. La Asamblea General aprobó las nominaciones propuestas por aclamación para que sirvan como Oficiales Principales para el Cuadrienio 2016-20.
8. Los nuevos oficiales principales electos y los presidentes regionales fueron invitados a dirigirse a la asamblea general y todos aseguraron que brindarán sus mejores servicios para el crecimiento de ICEVI en el futuro.
9. El comité de resoluciones, presidido por Praveena Sukhraj-Ely presentó las siguientes resoluciones adoptadas por la Asamblea General.

Nosotros, los participantes de la Asamblea General de ICEVI, 2016 adoptamos las siguientes RESOLUCIONES:

Resolución 1. *Teniendo en cuenta* la importancia de los derechos humanos paralas Personas con ceguera, baja visión y con discapacidad visual, debemos esforzarnos en:

- Asegurarnos que las personas con discapacidad visual sean incorporados como Miembros de todos los Comités de las Naciones Unidas, especialmente aquellos relacionados con la protección de los derechos humanos y con garantizar el desarrollo inclusivo;
- Convertir en leyes nacionales o políticas a la CDPD y otras declaraciones y convenciones de la Naciones Unidas que nuestros Gobiernos Nacionales hayan ratificado o firmado, y asegurar su efectiva implementación;
- Asegurar revisión de toda la legislación, políticas, programas e iniciativas por parte del gobierno para asegurar la inclusión de personas con discapacidad visual y protección de sus derechos;
- Preparar un plan inclusivo de acción para la implementación de la Agenda 2030 en los respectivos países reflejando las aspiraciones, expectativas y necesidades específicas de las personas con discapacidad visual;
- Utilizar la CDPD y sus Protocolos Opcionales como herramientas para asegurar la protecciónde los derechos de las personas con discapacidad visual, y para volver inclusivos los instrumentos internacionales.
- Asegurar la alineación de los planes nacionales con los Objetivos de Desarrollo Sostenible para asegurar la implementación inclusiva de dichos planes y para seguir el estado de su implementación.
- Crear concientización del Tratado de Marrakech y asegurar su implementación y las promesas de Marrakech y los tratados relacionados para que se vuelvan una realidad.
- Alentar a las corporaciones a desarrollar, producir y proporcionar dispositivos y material educativo para las personas con discapacidad visual a costos accesibles; y apoyar a la tecnología y al desarrollo de productos que conformen diseños universales y apoyen iniciativas innovadoras en desarrollo inclusivo como parte de la Responsabilidad Social de las Corporaciones o filantropía tecnológica.

Resolución 2. *Entendiendo* la importancia de la tecnología en la educación, el empleo, la accesibilidad, e inclusión de personas con ceguera y baja visión, debemos asegurar que:

- Se entienda la importancia de la tecnología digital en la educación, empleo e inclusión; debiendo:
- Trabajar para asegurar la disponibilidad de la tecnología asistida y ajustes apropiados para las tecnologías genéricas a precios razonables y lenguajes a elección del usuario.

- Requerir al sector público que todos los bienes y servicios sean accesibles; y hacer campaña por que todos los otros bienes y servicios sean accesibles.
- Diseñar y promover cursos y módulos para equipar a los maestros y otros profesionales que trabajan con personas ciegas o con discapacidad visual, y a las mismas personas, para que se beneficien de la tecnología existente y emergente.
- Rastrear las tecnologías emergentes particularmente en referencia a la electrónica de consumo general.
- Pedir al Consejo Mundial de Braille que prepare un informe acerca de los roles respectivos de las copias impresas y los dispositivos braille.
- Promover la enseñanza de STEM y geografía tanto en la escuela como el colegio y desarrollar estrategias para el uso de gráficos digitales y realizaciones en 3D.
- Discutir con la UMC la oportunidad de combinar su trabajo con el de ICEVI en esta área.

Resolución 3. *Reconociendo* la importancia de la inclusión social de personas con discapacidad visual en todas las esferas de la vida humana y el progreso, debemos esforzarnos al máximo para:

- Lograr la cobertura de las personas con discapacidad visual en programas e iniciativas de todos los Ministerios, Departamentos y programas de desarrollo para asegurar su acceso inclusivo y desarrollo.
- Establecer, apoyar y promover las Organizaciones de Padres (OPs) así como también las Organizaciones de Personas con Discapacidad (OPDs), extendiéndoles apoyo técnico y financiero y guía, para asegurar su crecimiento y sostenibilidad.
- Alentar, como socios igualitarios, la participación activa de padres, miembros de las familias, organizaciones de padres, Organizaciones de Personas con Discapacidad (OPDs), y organizaciones internacionales a todo nivel, para asegurar la protección de los derechos y la implementación de las políticas de ICEVI, las iniciativas de incidencia, campañas y programas.
- Buscar la participación activa de padres, miembros de la familia, miembros de la comunidad y otros actores, y alentar el uso de recursos de la comunidad para expandir el alcance de la provisión de servicios sostenibles e iniciativas.
- Alentar a los Gobiernos Nacionales y a las entidades Corporativas a ofrecer oportunidades de empleo adecuadas para personas con ceguera y baja visión bajola reserva de empleos o sistemas de cupo existentes, y políticas de empleo igualitarias.
- Abogar por que los Gobiernos Nacionales desarrollen esquemas de subsidios para dispositivos educativos adecuados y accesibles y productos relacionados con la tecnología, o los proporcionen libres de costo o a un costo reducido para personas con discapacidad visual que no los puedan costear.

- Establecer un Comité Especial de ICEVI para promover la Educación Superior y para llevar a cabo una conferencia internacional, especialmente en la temática “Derecho a una Educación Superior”.
- Compartir con los miembros de diferentes países información acerca de los resultados exitosos de las iniciativas relacionadas con la incidencia, la comunicación social, la concientización, y las prácticas innovadoras; e iniciativas legislativas relacionadas a promover educación inclusiva, desarrollo de currículo, intervención temprana, preparación de personal, modelos de aprendizaje electrónico, educación vocacional, rehabilitación, vida independiente, evaluación de baja visión, entrenamiento docente, desarrollo de recursos humanos e intervenciones;para que dichas iniciativas sirvan como herramientas para convencer a los Gobiernos Nacionales y a los Proveedores de Servicios a adoptar las mismas en sus respectivos países.
- Asegurar el desarrollo de estrategias nuevas y más efectivas para el entrenamiento de maestros de Educación Especial y Maestros regulares/generales y otros proveedores de servicios, respecto a nuevos desarrollos, iniciativas basadas en los derechos, estrategias orientadas a la tecnología y a los servicios relacionados con la calidad de la educación.
- Promover el deporte entre los niños y jóvenes con discapacidad visual, en cooperación con la Asociación Internacional de Deportes para Ciegos (IBSA, por sus siglas en inglés).
- Desarrollar un documento de posicionamiento de ICEVI con respecto a la inclusión y el desarrollo de personas con discapacidad visual que son gays, lesbianas o transgénero.

Resolución 4. Sabiendo que las mujeres y niñas con discapacidad visual, especialmente en países en desarrollo, enfrentan discriminación de género y son mayormente marginalizadas, debemos asegurar:

- Que se realice una distribución de fondos específica y enmarcada para asegurar igual cobertura para las niñas y mujeres con ceguera y baja visión en todos los programas e iniciativas;
- Que los Gobiernos Nacionales y las Organizaciones No Gubernamentales Internacionales publiquen guías acerca del igual tratamiento y cobertura para las mujeres y niñas.

Resolución 5. *Reconociendo* que las epidemias de enfermedades son una causa de preocupación humanitaria que impactan de manera única en la comunidad de discapacitados, tanto como riesgo a los individuos como causa de discapacidad;

Entendiendo que las experiencias de niños y familias impactados por enfermedades epidémicas son diversas;

Reconociendo que los individuos que sirven a niños y jóvenes con discapacidad visual tienen conocimiento especializado y experticia en el desarrollo del impacto de la pérdida de visión;

Entendiendo que los niños afectados por el virusZikay otras epidemias experimentan una variedad de condiciones médicas, incluyendo discapacidad visual y neurológica;

Creyendo que, de acuerdo con la Convención paralas Personas con Discapacidad Visual de las Naciones Unidas y la Declaración de los Derechos del Niños, todos los niños deberían gozar del derecho a asistencia médica, igualdad, protección especial, y el "derecho a ser educados con comprensión tolerancia, amistad y hermandad universal" (DRC#10); Y

Reafirmando que ICEVI respalda la prevención, concientización, y educación nacional e internacional, y los esfuerzos educativos que proporcionen información clara, accesible, frecuente y precisa acerca de epidemias como el virus Zika para todas las personas que viven en el área afectada;

i. ICEVI *expresa* su intención de colaborar con la Organización Mundial de la Salud y la Organización Pan-Americana de la Saludpara distribuir activamente información acerca del impacto del virus Zikay otras epidemias en el funcionamiento visual y el desarrollo en la infancia temprana, y asegurarse que la información sea provista en formatos accesibles para las personas con discapacidad visual; y

ii. ICEVI *solicita* que los mensajes distribuidos a familias y profesionales de la salud incluyan mayor énfasis en las consecuencias visuales de la infección por Zika y otras epidemias.

Adoptando las cinco resoluciones mencionadas arriba, ICEVI debería

a. Sincronizar las soluciones con aquellas adoptadas por la UMC con el objetivo de racionalizar las resoluciones para asegurar el alineamiento entre las dos organizaciones; y

b. Revisar la implementación de las resoluciones cada seis meses y lanzar informes de progreso acerca de su implementación en el sitio web de ICEVI a través de sistemas de comunicación regular con sus Estructuras Regionales, miembros, organizaciones financiadoras, miembros fundadores y otras organizaciones involucradas.

10. Los miembros de la Asamblea General fueron informados que la Secretaría enviaría un cuestionario para todos los participantes invitándolos a expresar sus impresiones acerca del evento conjunto de UMC-ICEVI y del Día de ICEVI. ICEVI también solicitará a sus miembros y delegados que proporcionen devoluciones acerca del formato del evento, contenido, logística, etc. Las respuestas al cuestionario y las devoluciones serán discutidas entre el Ejecutivo de la UMC y los Oficiales Principales de ICEVI, y se informará la decisión acerca de eventos futuros.

La reunión finalizó con agradecimientos a la Presidente.

Sociedades en Intervención Temprana: El Programa Poder de Puntos CREV

Debra Lewis, Centro de Recursos Estatal de Visión, Australia
E-mail : lewis.debra.d@edumail.vic.gov.au

Introducción

En el estado australiano de Victoria, hay más de 900.000 niños escolar y jóvenes en edad inscriptos en escuelas del gobierno, Católicas e independientes (Departamento de Entrenamiento Educativo, 2016). De ellos, 540, o menos que el 0.06%, han sido identificados con discapacidad visual (baja visión o ceguera). De ellos, 60, o aproximadamente 0.01% del total de la población estudiantil, son lectores de braille (Clínica de Evaluación de Educación de la Visión, 2016).

Mientras la mayoría de los estudiantes victorianos con ceguera asisten a su escuela local regular donde aprenden junto a sus pares videntes, hay una amplia aceptación sobre que a los estudiantes con discapacidad visual se les debe enseñar habilidades pertinentes específicas relacionadas a la ceguera, identificadas como Currículo Expandido (CE). El CE proporciona un marco de trabajo para evaluar, planear, y proveer instrucciones que encaran las habilidades y conocimiento adicionales requeridas por los estudiantes con discapacidad visual para lograr el éxito en su entorno educativo (Escuela Texas para Ciegos y Discapacitados Visuales, 2014).

El Braille, una habilidad identificada como parte del CE, es el modo de alfabetización más eficiente y efectivo para estudiantes ciegos. El personal del Centro de Recursos Estatal de Visión (CREV) está comprometido a alentar y a apoyar a los estudiantes ciegos para que desarrollen alfabetización braille. A través de su Programa Poder de Puntos, el CREV proporciona apoyo a los lectores Braille principiantes y a sus familias, especialmente educadores y miembros de la comunidad educativa.

Centro de Recursos Estatal de Visión

El CREV, una instalación del Departamento Victoriano de Educación y Entrenamiento, incluye un calificado, experimentado y comprometido personal, del cual muchos integrantes han dedicado sus vidas laborales a la educación de las personas con discapacidad visual.

El CREV ofrece apoyo y servicios a educadores especialistas en visión, escuelas, estudiantes y sus familias, junto con la más amplia comunidad educativa (estatal, Católica e independiente) e incluye:

- Evaluación para establecer elegibilidad para apoyo adicional por discapacidad visual por parte de un equipo multidisciplinario – oftalmólogo pediátrico, ortopedista, educador especialista en visión, y psicólogo;
- Desarrollo profesional y asesoramiento enfocado en el apoyo a los estudiantes con discapacidad visual – talleres prácticos de acceso a la tecnología y al CE, videos de entrenamiento, conferencias web y otras opciones

dentro y fuera del campus;

- Programa Poder de Puntos – instrucción intensiva en Braille y gráficos táctiles para niños en edad preescolar hasta tercer año;
- Programa de Habilidades de Apoyo– instrucción intensiva en el CE para estudiantes del tercero al décimo año;
- Campamentos y actividades - actividades educativas y sociales para estudiantes y familias;
- Producción de materiales de aprendizaje para estudiantes en formatos alternativos – braille, texto electrónico, audio, letra aumentada;
- Desarrollo de materiales del currículo enfocándose en las nueve áreas del CE – tecnología de asistencia, educación vocacional, acceso compensatorio, vida independiente, orientación y movilidad, recreación y esparcimiento, auto determinación, eficiencia sensorial, e interacción social.

Programa Poder de Puntos del CREV

Establecido en 2008, Poder de Puntos es un abordaje único para proporcionar apoyo adicional para estudiantes cuyo medio primario de aprendizaje es el braille. Poder de Puntos ofrece instrucción intensiva en manos de educadores especialistas en visión para niños desde el preescolar al tercer año (de 4 a 10 años de edad). Llevado a cabo cuatro veces al año en el CREV, los estudiantes participan en actividades de aprendizaje estructuradas, diseñadas para alentar la lectura en braille, escritura en braille y adquisición de habilidades táctiles para gráficos en un entorno de aprendizaje social positivo donde se apoya plenamente al braille. Poder de Puntos ofrece un entorno para que los niños experimenten el éxito, junto a sus pares lectores de braille, a través de la enseñanza experta en un entorno rico en braille.

Los objetivos de Poder de Puntos son:

- Promover la alfabetización Braille y habilidades numéricas, táctiles-gráficas y desarrollo de conceptos para lectores braille principiantes;
- Enseñar habilidades específicas para Braille en un entorno de aprendizaje social positivo;
- Presentar las mejores prácticas en la enseñanza Braille junto con los recursos de aprendizaje táctiles de alta calidad para niños ciegos, sus familias, educadores especialistas en visión (ej. educadores de infancia temprana, maestros itinerantes) y otros miembros de su comunidad educativa (ej. ayudantes/asistentes, terapistas, dirección de escuelas) de escuelas del gobierno, Católicas e independientes;
- Proporcionar oportunidades para una conexión social entre niños ciegos, sus familias y miembros de su equipo educativo.

Construyendo Conexiones

Los estudiantes preescolares victorianos con discapacidad visual (0 a 6 años de edad) son generalmente apoyados por educadores de infancia temprana de organizaciones tales como Visión Australia.

La elegibilidad para apoyo educativo adicional en la escuela (5 a +18 años de edad) es generalmente establecida durante los 6 a 12 meses antes de la inscripción escolar a través de la Clínica de Evaluación de Educación de la Visión del CREV.

La transición fluida entre los servicios de infancia temprana y el apoyo constante a nivel escolar se logra a través de una colaboración

cercana entre las familias y el personal pertinente de las organizaciones involucradas. Poder de Puntos ofrece una vía valiosa para apoyar el proceso de transición alentando la asistencia del personal del preescolar y los miembros de la comunidad escolar junto con los estudiantes y sus familias.

Pares y Mentores

Como la discapacidad visual es una discapacidad de baja incidencia, es probable que los niños ciegos, sus padres/cuidadores y sus educadores regulares no hayan conocido a otras personas ciegas – niños o adultos – antes de involucrarse en el Programa Poder de Puntos. Sin embargo, como fue destacado por investigadores como Doepel (2014, p18), "el apoyo de pares para los estudiantes ciegos (es un importante) mecanismo para apoyar la inclusión social en escuelas regulares".

Poder de Puntos permite a los estudiantes ciegos la rara oportunidad de trabajar junto a sus pares lectores de braille en un contexto activo, social,centrado en los estudiantes. Los estudiantes claramente disfrutan interactuar con otros estudiantes ciegos o con baja visión; durante los recreos se puede encontrar a los estudiantes, por ejemplo, comparando su nivel de visión, conversando acerca de su tecnología favorita o exclamando, "¿Tienes un bastón? ¡Yo también tengo uno!"

Dentro del grupo, puede haber un rango de edad de hasta 6 años. Mientras que la instrucción y los materiales de aprendizaje son proporcionados al nivel de aprendizaje individual de los estudiantes, la estructura del programa alienta a los estudiantes de mayor edad o más capacitados a entrenar y apoyar a los participantes más jóvenes.

La asistencia a Poder de Puntos a lo largo de algunos años permite desarrollar relaciones entre estudiantes y padres/cuidadores. Los estudiantes esperan con ansias vera sus compañeros en Poder de Puntos y graduarse juntos al Programa de Habilidades de Apoyocuando alcancen los Grados 3 y 4.

El Programa Poder de Puntos ofrece a los niños ciegos, sus familias, y a sus educadores regulares la oportunidad de conocer adultos ciegos con empleos exitosos. Cada programa incluye en su personal al menos un "lector táctil" que modela la lectura y escritura con velocidad y confianza, tanto incidentalmente como intencionalmente durante el día.Tal entrenamiento para los estudiantes, particularmente en los primeros años, ha sido identificado, por adultos ciegos consumados, como una influencia poderosa y positiva para la adquisición de habilidades y éxito (Doepel, 2014).

Altas Expectativas

Aprender a leer es un proceso complejo tanto para estudiantes videntes como ciegos. Es importante que los maestros tengan altas expectativas de que sus estudiantes ciegos estén "al nivel del grado" para leer y escribir (D'Andrea, 2013).

Este principio se aplica a la enseñanza de las habilidades Braille y más ampliamente a todas las oportunidades de aprendizaje dentro del programa. La asistencia está disponible cuando se requiere, sin embargo se espera que los estudiantes demuestren independencia; por ejemplo, guardar su bolso en su casillero al llegar, encontrar su escritorio, plegar y guardar

su bastón, colocar el papel en su máquina braille y comenzar su trabajo sin repetidas indicaciones.

Adicionalmente, los estudiantes son alentados a ser pensadores independientes y verse a sí mismos como futuros adultos exitosos a través de las actividades y discusiones que conforman cada día.

Aprendizaje Profesional

Poder de Puntos ofrece una oportunidad excepcional para observar a un grupo de hasta 15 estudiantes ciegos trabajando juntos con un educador de visión calificado y experimentado, utilizando materiales de aprendizaje táctiles y en braille de alta calidad, en actividades de aprendizaje cuidadosamente planeadas. Aquellos que apoyan a los estudiantes ciegos en su entorno pre-escolar o escolar son bienvenidos a observar el programa desde el punto de vista del aprendizaje profesional. La invitación a asistir al programa está abierta a miembros de la familia, educadores (maestros, asistentes y directivos de escuela), y terapistas para-profesionales. Esto permite la observación de las mejores prácticas en la enseñanza y aprendizaje del braille en un entorno donde todo el personal involucrado es letrado en braille.

Los observadores asisten a una sesión informativa al comienzo del día y se les proporciona una copia del programa describiendo los objetivos generales, junto con las intenciones de aprendizaje para sesiones particulares. Se invita a los observadores a completar listados preparados, que dirigen su atención a las mejores prácticas en enseñanza y aprendizaje, y a alentar la independencia, curiosidad, concientización social, y resistencia. Los observadores son alentados a discutir, buscar clarificaciones y reflexionar en sus observaciones, utilizando esta información para informar sus futuras prácticas de enseñanza.

Apoyando la Inclusión

Como anterior Comisionada de Discriminación por Discapacidad de Australia (2016), Graeme Innes comentó recientemente, “Las investigaciones indican que los niños con discapacidad son mejor atendidos, tanto en términos de resultados en educación como en resultados de vida, al ser incluidos en escuelas regulares”. Sin embargo, en un estudio nacional, la población australiana con discapacidad y sus familias informaron altos niveles de aislamiento y marginalización (Deane, 2009). Ser el único estudiante ciego en una clase de niños videntes puede exacerbar los sentimientos de aislación y “diferencia” para el niño y su familia.

En contraste, el CREV ofrece un entorno de discapacidad visual positivo; el personal tiene un entendimiento comprensivo de las implicaciones de la ceguera y baja visión, y hacen todos los esfuerzos para ser inclusivos en todo momento; por ejemplo:

- El personal se identifica ante las personas con discapacidad de manera individual o mediante un “llamado nominal” grupal;
- El personal avisa cuando sale de un cuarto y cuando el mobiliario u otros elementos han sido movidos;
- La asistencia es respetuosa;
- Los materiales son provistos en formato accesible;
- Se han instalado funciones de exploracióntáctiles y en alto contraste.

Estas adaptaciones simples permiten a los

niños ciegos o con baja visión, y a sus familias, sentirse cómodos y comprendidos – como declaró el padre de un niño ciego, “este es al único lugar al que asisto donde no tengo que estar dando explicaciones acerca de mi hijo.”

Poder de Puntos ofrece a los estudiantes ciegos la oportunidad de estar juntos en un entorno de aprendizaje social de alta calidad para enfocarse, junto a sus compañeros ciegos, en las habilidades específicas requeridas para los estudiantes lectores de braille.Esta adquisición de habilidades apoya la participación en los entornos de aprendizaje en las escuelas regulares y proporciona oportunidades para el desarrollo a largo plazo de relaciones para los estudiantes y sus familias.

Planificación

Planear cada programa Poder de Puntos es un proceso colaborativo que involucra personal docente y transcriptores de Braille del CREV que se reúnen para desarrollar y refinar las intenciones de aprendizaje, el tema, actividades, calendarioy recursos táctiles requeridos para el día. Poder de Puntos no busca reemplazar el rol de la escuela regular del estudiante y el apoyo allí disponible, sino trabajar en sociedad para alentar y edificar sobre las necesidades específicas de los estudiantes ciegos.

Las temáticas han sido tan diversas como la entrega de cartas por correo, una mama pájaro alimentando a sus bebés, cocción de pizzas, el código de música braille, y las Paralimpíadas. Este abordaje permite la variedad en cada programa. Junto con alentar a los estudiantes a tener tanta práctica en Braille como sea posible en un día, el foco también puede incluir conciencia cinética, convenciones sociales, eco localización, o cartografía.

Los experimentados educadores de visión que conducen las actividades en el día, modelan la práctica de enseñanza inclusiva. El programa incluye sesiones enfocadas en la escritura Braille, lectura Braille, lectura en grupo, gráficos táctiles, habilidades organizativas, y, lo más importante, tiempo para que los estudiantes interactúen unos con otros sin intervención de los adultos.

El canto grupal es frecuentemente usado para introducir o repasar un tema. Las canciones son a menudo escritas o arregladas especialmente para Poder de Puntos y describen en Braille estenografiado el tema del día.

Los recursos táctiles son designados y desarrollados por educadores en colaboración con transcriptores braille. Dependiendo del nivel de alfabetización del niño, los recursos son producidos en braille a simple o doble espacio, en braille integral o estenografiado. Para los jóvenes lectores, el material puede ser simplificado únicamente en puntos guía o gráficos táctiles. Estos recursos están disponibles para que los niños se los lleven a sus hogares al final del día, y a menudo los estudiantes se llevan al hogar actividades de extensión para experiencia o práctica adicional.

La importancia de objetos reales para estudiantes ciegos es característica del día. Mientras se trabaja en conciencia kinestésica y movimiento, por ejemplo, un aro de hula-hula proporciona un método simple para ayudar a cada niño a que identifique su espacio físico. Al enfocarse en “el cuerpo en el espacio”, los recursos pueden incluir modelos de artistas en tres dimensiones en madera, modelos magnéticos de dos dimensiones – como Fleximan (Marek, n.d.) – seguidos de collages, representaciones táctiles y diagramas táctiles en relieve.

Para finalizar cada programa, el personal se reúne para evaluar las actividades, discutir las devoluciones por parte de niños y adultos, apuntar el progreso de los estudiantes, y comenzar a planear el próximo día Poder de Puntos.

En Conclusión

Poder de Puntos comenzó como un abordaje innovador para enseñar Braille, pero pronto se convirtió en un medio de conectar a niños ciegos, sus familias, el personal de las escuelas y los pre-escolares del gobierno, Católicas e independientes, el personal de otras agencias de apoyo en visión, y el personal del Centro de Recursos Estatal de Visión, en una sociedad de aprendizaje social.

La tendencia mundial de educar a los estudiantes ciegos en las escuelas regulares locales deriva en un gran éxito al asegurarse que a los estudiantes se los provea con una instrucción intensiva por parte de maestros apasionados y calificados en las áreas de habilidades requeridas para lograr el éxito en la escuela regular – el Currículo Expandido, incluyendo el braille.

Un programa de inmersión, como el Programa de Habilidades de Apoyo del CREV, provee un modelo exitoso para apoyar el aprendizaje de niños ciegos. Como aprendizaje profesional, los participantes tienen la chance de desarrollar su práctica a través de la observación guiada.

Proporcionar oportunidades para la conectividad social ayuda aún más al niño y a su familia a lograr que cada estudiante domine el código braille.

Referencias

D'Andrea, F.M. (2015). Evaluación de la lectoescritura con estudiantes con discapacidad visual *impairments. Obtenido de* http://www.pathstoliteracy.org/resources/ass essment-reading-writing-students-visual-impairments

Deane, K. (2012). Dejados fuera: *La experiencia de las personas con discapacidad y sus familias en Australia.* Obtenido de https://www.dss.gov.au/sites/default/files/do cuments/05_2012/nds_report.pdf

Departamento de Educación y Entrenamiento. (2016). *Resumen de Estadísticas para escuelas Victorianas, Marzo 2016*. Obtenido de http://www.education.vic.gov.au/Documents /about/department/brochuremarch.pdf

Doepel, S. (2014). A*ccediendo al Currículo Nacional Australiano– ¿Qué habilidades y tecnologías necesitan los estudiantes ciegos? Informe – Agosto 2014.* Obtenido de https://dl.dropboxusercontent.com/u/28756639/shanedoepelscholarshipreportfinalaugust2014.docx

Clínica de Evaluación de Educación de la Visión. (2016). *Resumen Estadístico de estudiantes con discapacidad visual en escuelas Victorianas, 2016*. Informe no publicado.

Innes, G. (2016). *Escuelas Victorianas no inclusivas para estudiantes con discapacidad: Informe.* Obtenido de http://www.theage.com.au/victoria/victorian-schools-not-inclusive-for-students-with-disabilities-report-20160417-go8d10.html

Marek, B. (n.d.). *Fleximan – Nuevo producto de HungryFingers.* Obtenido de http://www.hungryfingers.com/Fleximan.pdf

Centro de Recursos Estatal de Visión. (2016). *Currículo expandido para estudiantes con discapacidad visual.* Obtenido de http://svrc.vic.edu.au/curriculum/expanded

Escuela Texas para Ciegos y Discapacitados Visuales. (2014) *¿Qué es el currículo expandido? Obtenido de* http://www.tsbvi.edu/math/3973-ecc-flyer

Sociedades en Servicios de Intervención Temprana para Niños con Sordoceguera en India

Atul Jaiswal, Oficial Superior de Programas & **Sachin Rizwal,** Director de Entrenamiento e Investigación, Sense Internacional (India)
E-mail : atul.jaiswal@queensu.ca / sachin@senseintindia.org

Sense Internacional (India), también conocido como Sense India, es la primera y única organización a nivel nacional que trabaja en 23 estados. A través de una red de 57 organizaciones asociadas, Sense India ha apoyado a más de 71.500 personas con sordoceguera y discapacidad multisensorial en los últimos diecinueve años. Este informe examina las fortalezas y desafíos del modelo en sociedad de la agencia para desarrollar servicios de intervención temprana (IT) específica de la sordoceguera en la India. Recurre a reseñas bibliográficas, a informes de proyectos, así como a perspectivas desarrolladas en trabajo con familias, profesionales médicos, y organizaciones gubernamentales o no gubernamentales (ONGs).

Introducción

La historia de Helen Keller y su maestra Anne Sullivan es conocida mundialmente, iniciando a muchas generaciones en la condición única que es la sordoceguera y sus desafíos. La sordoceguera es una "discapacidad visual y auditiva combinada [que] causa dificultades en la comunicación, acceso a la información y movilidad" (Depto. de Salud, 1995). Las estimaciones sugieren que hay más de 500.000 personas con sordoceguera en la India (Sense Internacional [India], n.d.). Sin embargo, las investigaciones sobre esta discapacidad y los programas de intervención temprana para niños con sordoceguera es muy limitada en la India y mundialmente.

Debido a que la sordoceguera es una discapacidad de baja incidencia, no ha sido reconocida como una categoría separada en "Ley de Personas con Discapacidad, 1995". Como resultado, los niños sordociegos no pueden aprovechar completamente los beneficios de la seguridad social. Enfrentan desafíos para calificar para certificados de discapacidad, la necesidad de educación específica, y servicios de rehabilitación (Paul, Mathew, Kumar, Rizal, and Jaiswal, 2016). Recientemente, "El Proyecto de Ley de Derechos para Personas con Discapacidad, 2014", fue propuesto en el parlamento de la India; reemplazaría la actual ley de discapacidad, y cubre 19 discapacidades específicas, incluyendo sordoceguera (PRS, 2015).

La sordoceguera causa desventajas extremas que afectan todas las áreas del desarrollo y la formación de cada relación temprana padre-hijo (Murdoch 2004). Debido a los desafíos en comunicación, acceso a la información, y movilidad, la sordoceguera es una de las discapacidades más aisladoras. Obstaculiza significativamente las actividades diarias y la participación en la sociedad (Hersh, 2013; Moller, 2003). Las consecuencias de la sordoceguera en el desarrollo requieren una

intervención temprana oportuna, coordinada y especializada que involucre a diferentes actores como las familias, profesionales y organizaciones (Southerny Drescher, 2005).

Paul et al (2016) declara que una identificación a debido tiempo de la sordoceguera en niños pequeños (de 0 a 6 años) y la provisión de servicios de intervención temprana (IT) pueden minimizar el impacto negativo de la discapacidad en sus vidas. Servicios apropiados de intervención temprana incluyen exámenes clínicos y funcionales de audición y visión, estimulación multisensorial, e intervenciones terapéuticas evolutivas como terapia ocupacional y terapia del lenguaje. Estos servicios ayudan significativamente al niño a alcanzar su máximo potencial (Sense Internacional [India], n.d.). Tristemente, aunque estas intervenciones son importantes, las necesidades educativas especiales de los niños con sordoceguera a menudo no son satisfechas (Miles, 1995).

Sense India se estableció en 1997 para apoyar el desarrollo de servicios comprehensivos para las personas ciegas a lo largo de la India. Trabaja con organizaciones locales, regionales y nacionales para desarrollar servicios sostenibles para niños y adultos sordociegos. En 2012, la organización desarrolló su modelo de intervención temprana para detección temprana de recién nacidos con sordoceguera en riesgo, en sociedad con hospitales y otras ONGs.

Preguntas de investigación

Este informe es guiado por las siguientes preguntas de investigación, "¿Cuál es el modelo de sociedad de Sense India para los servicios de IT para niños con sordoceguera? ¿Cuáles son las fortalezas y desafíos asociados con él?

La reseña literaria fue llevada a cabo usando bases de datos on-line de fuentes tales como CINAHL, MEDLINE, y Google Académico. Las palabras clave utilizadas para obtener los artículos relevantes incluyeron sordoceguera, intervención temprana, niños, India, fortalezas, y desafíos.

El artículo está dividido en tres secciones principales. La primera sección introduce el desarrollo del modelo de sociedad de Sense India para servicios de intervención temprana. La segunda sección destaca el proceso y las características salientes del modelo de sociedad. La tercera sección revisa los desafíos enfrentados en este modelo de sociedad, y ofrece sugerencias para desarrollar modelos adicionales con actores tales como familias, profesionales, hospitales y ONGs.

Resultados y Discusión

El Gobierno de la India inició en 2013 un Programa Nacional de Educación Infantil, con el objetivo de identificación e intervención para niños con varias discapacidades (Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, 2013). Sin embargo, el programa no está diseñado para satisfacer las necesidades de los niños con sordoceguera. Mientras hay programas de detección basados en los hospitales para niños con sordera y ceguera separadamente, estos programas pasan por alto a los niños con sordoceguera. Una de las principales razones es la falta de confiabilidad en las herramientas de detección para niños con discapacidad múltiple.

La investigación indica que para que la intervención temprana sea más efectiva, debe iniciarse en los primeros meses de vida. La IT necesita ser intensiva e

individualizada, y estar dirigida a las áreas del desarrollo afectadas por la condición de doble pérdida sensorial. Sin embargo, en muchas áreas de la India, los servicios de IT son prácticamente inexistentes, con el resultado de que se pierde el período de desarrollo crítico, donde tiene lugar el máximo aprendizaje y desarrollo. (Paul et al, 2016). Sense India desarrolló servicios específicos de sordoceguera para cubrir las necesidades.

Sense India Desarrolla el Modelo de Sociedad para Intervención Temprana

Paul et al (2016) declara que Sense India se ha involucrado en identificación e intervención temprana desde 1998, y ha utilizado abordajes de rehabilitación basada en la comunidad (RBC) para proporcionar estos servicios. En Patna, Bihar, Sense India ensayó un programa enfocado en la intervención temprana para niños pequeños con sordoceguera, en 2011. El programa se realizó en sociedad con una ONG y el hospital local, e incluyó servicios de detección y servicios de intervención multi-disciplinarios. La evaluación en niños recién nacidos fue conducida utilizando equipos de Emisiones Otoacústicas (EOA) y observación del comportamiento visual.

Utilizando las experiencias del programa piloto de Patna, Sense India desarrolló su modelo de sociedad en suministro de servicios de intervención. Basándose en Paul et al (2016, p.6), sus objetivos son:

- Identificar niños con alto riesgo de sordoceguera en el grupo etario de 0-6 años; Proporcionando el apoyo necesario y realizando la intervención lo antes posible;
- Asistir en la provisión de servicios comprehensivos basados en el hogar y/o basados en los centros, incluyendo evaluación, servicios clínicos y terapéuticos, ayudas y dispositivos necesarios;
- Proporcionar apoyo y asesoramiento a familias, reduciendo el sentimiento de aislación, estrés, y aislación;
- Proporcionar entrenamiento en desarrollo motriz, comunicacional, sensorial, oro-motriz, cognitivo y social, así como también en actividades de la vida diaria.

Para lograr estos objetivos, la sociedad en intervención temprana lleva a cabo estas actividades:

- Proporcionar entrenamiento para educadores y personal de campo en intervención temprana para pequeños infantes con sordoceguera;
- Desarrollar un plan educativo individualizado (PEI) para cada niño;
- Entrenamiento y asesoramiento para miembros de la familia/cuidadores;
- Producir materiales informativos en idiomas locales;
- Ofrecer actividades de concientización y sensibilización a nivel regional y estatal, incluyendo entrenamiento del personal médico y para-profesional.

Después de la evaluación y validación, este programa de sociedad en intervención temprana está operando actualmente en ocho estados adicionales de la India (Andhra Pradesh, Goa, Gujarat, Karnataka, Kerala, Madhya Pradesh, Maharashtra, y Tamil Nadu). Los programas son gestionados con la ayuda de las ONGs socias de Sense India. Un total de 5433 infantes recién nacidos (2939 hombres y 2494 mujeres) fueron escaneados

utilizando la técnica de Emisiones Otacústicas (EOA) y 331 niños (200 hombres y 131 mujeres) fueron inscriptos en el programa de IT entre 2012 y 2015. (Sense Internacional [India], 2015).

Procesos y Características Salientes del Modelo de Sociedad de Sense India

Sense India trabaja de dos maneras para ayudar a las personas sordociegas y sus familias. En el ámbito público, la organización concientiza y realiza campaña para los derechos, oportunidades, y servicios para esta población. Sense India también proporciona asistencia técnica y entrenamiento de personal a sus organizaciones socias, apoyando servicios que traen un cambio significativo a estas familias. Este trabajo es completado con la colaboración con el gobierno para asegurar que la sordoceguera y la discapacidad múltiple sean incluidas en las políticas y las capacitaciones.

La teoría organizativa de Sense India depende primariamente del enfoque de colaboración. Identificamos organizaciones locales basadas en la comunidad, hospitales, e instituciones, y los entrenamos para iniciar programas específicos de sordoceguera en la región. La característica más sobresaliente de este abordaje es que no crea nuevas instituciones o infraestructuras. Más bien, este modelo facilita y permite a los interesados aprender unos de otros, y trabajar juntos para desarrollar servicios sin duplicar esfuerzos. Este modelo ayuda a cada interesado a asumir parte de la responsabilidad, difundiendo el trabajo entre los socios.

Este abordaje asegura que los padres se identifiquen como socios con igual responsabilidad en el programa de IT. Se les informa acerca del impacto de la sorodoceguera en su hijo, y de la importancia de su parte en el proceso de intervención. La participación de los padres no se limita al "desarrollo de una habilidad particular o moldear la conducta sino a alentar y aumentar el nivel de participación con el mundo en general a través de la exploración, imitación, tomar turnos, anticipación, aceptación mutua y modelos a seguir para los niños" (Paul et al, 2016, p.7).

Sense India facilita las sociedades locales con agencias estatales y hospitales locales. A través del programa, equipo OAE fue instalado en el hospital local asociado, permitiendo el control de todos los bebés nacidos en el hospital. Nosotros entrenamos el personal médico y paramédico en identificación temprana, y ellos informan al personal del proyecto cuando se encuentren con un niño en riesgo. El personal contacta a las familias, realizan evaluaciones más profundas, inscriben al niño en los servicios de IT cuando lo necesita, y proporcionan entrenamiento y mentoreo a los educadores.

El rango de servicios de IT dentro de este modelo incluye audiología, entrenamiento familiar, fisioterapia, terapia ocupacional, servicios de psicología clínica, servicios de nutrición, asesoría, visitas al hogar, tecnología asistiva, terapia del habla, ayudas y dispositivos adaptados, modificaciones en el entorno, apoyo médico continuo y entrenamiento en educación especial para el niño. Además, proveemos terapia familiar y apoyo de entrenamiento basado en las necesidades. En este modelo, el servicio atiende las necesidades especiales de cada niño, y periódicamente se revisan los planes y

objetivos individuales, para asegurar que el plan de intervención aún sea apropiado.

Los socios documentan el proceso y mantienen la información de los controles OAE, el número de niños en riesgo identificados, derivaciones a programas IT, evaluaciones, derivaciones a otras ONG, y citas con especialistas en IT. El personal también sigue el nivel de seguridad de los padres y especialistas en IT mientras trabajan en los programas individualizados, y el progreso y las metas de cada niño. Los socios proporcionan esta información trimestralmente, y el equipo de Sense India lo verifican durante las visitas de monitoreo y evaluación.

Dado que algunos recién nacidos no son controlados en el hospital, Sense India también entrena al personal del proyecto en el método de encuesta de campo para identificar a los niños que necesitan servicios de IT. Con la ayuda de educadores especiales y trabajadores de rehabilitación basada en la comunidad (RBC), las familias y el personal utilizan las listas de detección e identificación tempranas para identificar discapacidades visuales y auditivas. Los niños en riesgo son derivados al hospital asociado, donde personal médico los evalúa en sordoceguera, y luego los deriva a los educadores para servicios de intervención temprana. Todos los involucrados participan en talleres anuales, donde revisan el programa y planean mejoras.

Cambios al Modelo de Sociedad

El modelo de sociedad de Sense India presenta desafíos a nivel macro y micro. Los describimos más abajo, junto con las estrategias que ideamos para superarlos.

Desafíos a Nivel Macro:

La falta de reconocimiento de la sordoceguera en las leyes actuales de discapacidad impide que los niños con sordoceguera reciban los servicios apropiados. Los fondos destinados a esta población son limitados, y las ONGs que trabajan con ellos no pueden obtener garantías gubernamentales para iniciar servicios basados en las necesidades. Además, la falta de concientización acerca de la sordoceguera entre el público en general, los formuladores de políticas, los planeadores de desarrollo, y las ONGs limita el número de organismos que trabajan para esta población a lo largo de la nación. Como respuesta, Sense India, junto con sus 57 socios a lo largo de 23 estados, trabaja para fomentar la concientización acerca de la sordoceguera. La agencia ha tenido éxito logrando que la sordoceguera sea incluida en el 'Proyecto de Ley de los Derechos de las Personas con Discapacidad 2012', y ha influenciado políticas en los estados deRajasthan, Chhattisgarh, Bihar y Meghalaya. Sense India también difunde materiales de información, educación, y comunicación (IEC) acerca de las señales tempranas de la sordoceguera a través de programas a nivel de la comunidad durante todo el año.

El modelo de sociedad de Sense India requiere una inversión sustancial de esfuerzo, tiempo, y recursos. Sin embargo, es difícil obtener recursos para una discapacidad de baja incidencia como la sordoceguera. En respuesta, Sense India trabaja no solo para concientizar acerca de la sordoceguera a las agencias de servicios, sino también para desarrollar modelos rentables de distribución de servicios .El abordaje en sociedad realza las capacidades de las organizaciones asociadas, extendiendo la responsabilidad a través de múltiples agencias, y empoderándolas para

continuar con los servicios a la sordoceguera.

Los programas de salud pública no están equipados para escanear y diagnosticar niños en riesgo de sordoceguera a una edad temprana. Aunque el gobierno de la India inició un Programa Nacional de Salud Infantil con el objetivo de identificar recién nacidos con necesidades especiales (Ministerio de Salud y Bienestar Familiar 2013), el programa no alberga bebes sordociegos. Esto resulta en una falta de servicios durante los cruciales primeros años de desarrollo. En respuesta, Sense India tiene una campaña para sensibilizar a los profesionales médicos y a los oficiales de gobierno. La agencia aboga por servicios de IT específicos para la sordoceguera, y vacunación contra la Rubeola en el programa nacional de inmunización.

Muchas de las familias de niños con sordoceguera luchan contra la pobreza y la falta de conocimiento acerca de la sordoceguera. Esto a menudo lleva a un mal cumplimiento de la intervención. En respuesta, Sense India proporciona asesoramiento y entrenamiento adecuados para los padres, transformándolos de receptores pasivos de servicios a socios activos en la intervención del niño.

Desafíos a Nivel Micro:

Desarrollar sociedades exitosas entre organizaciones asociadas y hospitales locales es esencial para la sustentabilidad a largo plazo del programa, y también uno de sus mayores desafíos. Sense India tiene un rol activo en facilitar la sociedad entre estas dos instituciones y crea una situación beneficiosa para todos.

Otro desafío mayor en el campo es la falta de personal entrenado en hospitales y organizaciones asociadas. En respuesta, Sense India entrena personal del proyecto en escaneo OAE, identificación temprana, servicios IT, y habilidades de tutoría. Este apoyo ayuda a mantener la calidad de los servicios a lo largo de los proyectos.

Conclusiones

El modelo de sociedad de Sense India facilita el compartir aprendizajes y experiencias entre el personal, organizaciones asociadas, y las familias de los niños con sordocegeura. Este modelo desarrolla servicios de intervención temprana en diferentes partes del país de manera muy rentable, porque no requiere nueva infraestructura. Mientras que el abordaje múltiple de Sense India brinda servicios muy necesarios para los chicos con sordoceguera, el desarrollo y entrega de estos servicios es complejo y presenta muchos desafíos. Una mayor investigación para desarrollar un entendimiento más profundo de la sordoceguera y los servicios específicos de IT para las necesidades de esta población única garantiza ayudar a los practicantes a mejorar la calidad de los servicios.

Reconocimientos

Los autores agradecen a Sense International (Reino Unido) por su apoyo y guía mientras Sense Internacional (India) desarrollaba el modelo de intervención temprana para la población sordociega de la India. Los autores también reconocen el apoyo recibido por parte del equipo de Sense India, Deepak Krishna Sharma, Akhil Paul, Uttam Kumar, Parag Namdeo, Srinivasan Prasannan, y Rashmikant Mishra.

Bibliografía

Dammeyer, J. (2014). Sordoceguera: Una revisión de la bibliografía. S*candinavian Journal of Public Health*, 42(7), 554–562. http:// doi.org/ 10.1177/1403494814544399

Danermark, B. D., & Moller, K. (2008). Sordoceguera, seguridad ontológica, y reconocimiento social. *International Journal of Audiology, 47*(sup.2), S119-S123.

Departmento de Salud. (1995) Reino Unido.

"Discapacitados por falta de voluntad política". Editorial. *Economic And Political Weekly*, *49*(2), 2014. Obtenido de http:// www.epw.in/ journal/2014/2/editorial s/ disabled-lack-political-will.html.

Hersh, M. A. (2013). Personas sordociegas, comunicación, independencia y aislación. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *18*(4), 446-463.

Lash, J. P. (1980). *Helen y maestra: La historia de Helen Keller y Anne Sullivan Macy.* Nueva York: Delacorte Press.

Miles, B. (1995). Panorama de la Sordoceguera. En National Information Clearinghouse on Children Who Are Deaf-Blind. 1-9. Obtenido de http:// www.tr.wosc.osshe.eduldblink

Ministerio de Salud y Bienestar Familiar. (2013). Rashtriya Bal Swasthya Karyakram. En National Health Mission, Government of India. Obtenido de http://nrhm.gov.in/ images/pdf/programme s/RBSK/ For_more_information.pdf

Moller, K. (2003). Sordoceguera: un desafío para evaluar--¿ es el ICF una herramienta útil? *International Journal of Audiology*, *42*(Sup.1), S140–S142. http://doi.org/10.3109/14992020309074635

Murdoch, H. (2004). Intervención temprana para niños con sordoceguera. *Educational and Child Psychology*, *21*(2), 67. Obtenido de http://alice.nc.huji.ac.il/~dmitry/Reading/ Data/Lesions/interesno.pdf

Paul, A., Mathew, B., Kumar, U., Rizal, S., & Jaiswal, A. (2016). Intervención temprana (IT) para niños con sordoceguera en la India: Barreras y facilitadores. *Disability and International Development, 1*, 4-11. Obtenido de http://www.zbdw.de/ projekt01/media/pdf/ 2016_1_BIE.pdf

PRS Investigación Legislativa. (2015). *Resumen Legislativo—El Proyecto de Ley de los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2014*. New Delhi. Retrieved from http://www.prsindia.org/uploads/ media/Pe rson%20with%20Disabilities/ Legislative%2 0Brief%20%20-%20Disabilities%202014.pdf

Sense Internacional (India). (2015). *Informe Anual*. Ahmedabad. Obtenido de http:// www.senseintindia.org/resources/an nual-report

Sense Internacional (India). (n.d.). ¿Qué es la sordoceguera?. Obtenido de http:// www.senseintindia.org/about/deafbli ndness

Sense Internacional (India). (n.d.). Documento sin publicar del modelo de intervención temprana. Ahmedabad.

Southern, N., & Drescher, L. (2005). Tecnología y las necesidades de las personas sordociegas. *International Congress Series*, *1282*, 997– 1001. Obtenido de http://doi.org/ 10.1016/j.ics.2005.05.057

Intervención en discapacidad visual: Sociedades entre el área medica, el área de rehabilitación, políticas brasileras públicas y de familia: Informe de experiencia

Maria Elisabete Rodrigues Freire Gasparetto
Departamento de Desarrollo Humano y Rehabilitación, Centro de Rehabilitación Prof. Dr. Gabriel Porto.Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Campinas, Brasil
E-mail : gasparetto@fcm.unicamp.br

Para conocer la prevalencia mundial de la discapacidad visual se llevaron a cabo encuestas en 55 países. Brasil se encuentra dentro del grupo América B, en el cual la prevalencia de la ceguera en la población es de 0.3%, y la prevalencia de baja visión es de 1.7% (Resnikoff et al., 2004).

El Censo Demográfico 2010 estableció que 45.6 millones de brasileros tienen algún tipo de discapacidad. El número corresponde al 23.91% de la población. De este número total, 12.7 millones (6.7% de la población mundial) tiene al menos un tipo de discapacidad severa; la discapacidad visual severa prevalece, afectando el 3.5% de la población (IBGE, 2010).

La discapacidad visual incluye ceguera y baja visión. Se entienden como ceguera los valores de agudeza visual en el mejor ojo con la mejor corrección de 0.05, o campo visual menor a 10°. Se considera baja visión cuando el valor de la agudeza visual corregido en el mejor ojo es menor a 0.3 e igual o mayor a 0.05, o campo visual menor a 20° en el mejor ojo con la mejor corrección óptica (OMS, 1993).

En Brasil, La Política de Atención Oftalmológica Especializada (PNAEO, en portugués) estableció la creación de redes para proporcionar a la población portuguesa una mejor atención en salud visual. Los Servicios Federales de Rehabilitación de la Red de Atención Médica para la Persona con Discapacidad Visual tienen el objetivo de asegurar: el diagnóstico y evaluación funcional, intervención temprana, guía para las familias y/o tutores, habilitación/rehabilitación, selección de recursos de tecnología de asistencia para mejorar la calidad de vida y prescripción de estos recursos de acuerdo con las necesidades de aquellas personas (Brasil, 2008).

La Tecnología de Asistencia es un área de conocimiento, de carácter interdisciplinario, que comprende productos, recursos, estrategias metodológicas, prácticas y servicios con el objetivo de fomentar la funcionalidad de la actividad y participación de personas con discapacidad o movilidad reducida. Busca su autonomía, independencia, calidad de vida e inclusión social (Brasil, 2009). La Tecnología de Asistencia para baja visión es cualquier

recurso que promueve el mejor desempeño de los individuos en sus actividades diarias. Los recursos se clasifican en ópticos, no ópticos, electrónicos y computarizados.

La Política de Atención Oftalmológica Especializada afirma que los Servicios Federales de Rehabilitación de la Red de Atención Médica para la Persona con Discapacidad Visual deberían participar y/o promover, en sociedad con las instituciones educativas y de investigación, estudios e investigaciones en el área de discapacidad visual, especialmente con respecto al uso de métodos terapéuticos y producción de evidencia clínica en el campo de esta deficiencia, de innovación y en el uso de recursos de tecnología de asistencia (Brasil, 2008).

De acuerdo con esta orientación, enfatizamos que el Departamento de Desarrollo Humano y Rehabilitación, el Centro de Estudios e Investigación en Rehabilitación "Prof. Dr. Gabriel de O. S. Porto", y los Servicios en Baja Visiónde Oftalmología en el Departamento de Oftalmología y Otorrinolaringología, Facultad de Ciencias Médicasde la Universidad Estatal de Campinas, desarrollen un trabajo multidisciplinar en la mejora de la rehabilitación. Estos programas incluyen acciones planeadas por las políticas de salud, fundadas por el Sistema Nacional de Salud del país. Por ello, se realiza una inversión en educación e investigación, para que el resultado pueda ser aplicado y dirigido a la asistencia para personas con discapacidad visual.

Los Servicios de Baja Visión operan dentro del Hospital Clínico de Unicamp. El equipo trabaja con un abordaje interdisciplinario, con los siguientes profesionales: oftalmólogos, oftalmólogos residentes, ortoptistas, y pedagogos. El equipo tiene el objetivo de alentar a la persona con discapacidad visual, desarrollar la habilidad de resolver problemas, enfrentar nuevas situaciones y reconocer limitaciones. El objetivo está contenido en un proceso dinámico, considerando la relación de la persona con discapacidad visual con sí misma, con su familia y con la sociedad (Carvalho, 1993).

Le corresponde al oftalmólogo y a los residentes en oftalmología establecer el diagnóstico, la selección, evaluación y prescripción de recursos. El oftalmólogo guía a las personas con discapacidad visual y les proporciona documentación para que obtengan seguro social y pases de autobús. También se ayuda a los pacientes a adquirir las ayudas prescriptas (Carvalho, 1993).

El ortoptista actúa en la evaluación del desempeño visual y en los exámenes de recursos de tecnología de asistencia. El pedagogo actúa en la evaluación de la visión funcional de la persona con discapacidad visual (Carvalho, 1993).

La evaluación de visión funcional describe la funcionalidad de la persona con discapacidad en llevar a cabo actividades relacionadas con el uso de la visión y se puede utilizar para complementar resultados clínicos y realizar estimativos útiles del desempeño visual de la persona con discapacidad. Se realiza a través de observación informal de la persona llevando a cabo actividades diarias. Gracias a esta evaluación, es posible saber las condiciones que favorecen la habilidad funcional de la visión, así como también otros recursos sensoriales (Carvalho, 1993).

Luego del diagnóstico, la selección y la prescripción de recursos, el pedagogo guía a las personas con discapacidad visual, sus familias, escuelas y compañeros de trabajo. La orientación a la escuela se realiza a través de un cuadernillo instructivo que contiene guías generales y específicas para un mejor desempeño académico (Carvalho, 1993).

El equipo completo (oftalmólogo, residente en oftalmología, ortoptista, y pedagogo) realiza la guía del diagnóstico y pronóstico; mantiene una actitud de apoyo, entendimiento, y aliento hacia la familia; trabaja con la comunidad en entrenar a profesionales y llevar a cabo proyectos en la comunidad para prevenir la ceguera (Carvalho, 1993).

Las personas con discapacidad visual son derivadas al Centro de Estudios e Investigación en Rehabilitación "Prof. Dr. Gabriel de O. S. Porto" para el entrenamiento con recursos prescriptos y el proceso de rehabilitación. El centro está situado en el área de salud de Unicamp, en un edificio al lado de los Servicios en Baja Visión (Carvalho, 1993).

El Centro de Estudios e Investigación en Rehabilitación "Prof. Dr. Gabriel de O. S. Porto" fue fundado en 1973 y desde su creación desarrolla trabajos dedicados a las personas sordas y con discapacidad visual. Tiene el objetivo de rehabilitar y educar a estas personas y sus familias, con un abordaje interdisciplinario.

El área de personas con discapacidad visual tiene la meta de ofrecer asistencia de calidad a la comunidad, proporcionar entrenamiento a los profesionales que trabajan en habilitación/rehabilitación, desarrollando estudios en prevención, tratamiento, y rehabilitación en discapacidad. Los servicios se ofrecen a personas con ceguera y baja visión congénitas o adquiridas, que vivan en Campinas, en la región, o en otros estados del país (Montilha, 1997).

La asistencia a las personas con discapacidad visual se divide en dos programas que se correlacionan a través de objetivos comunes:

1. Programas Infantiles: sirve a los niños desde el nacimiento hasta los 11 años de edad, y sus objetivos generales son: intervenir y facilitar el proceso de desarrollo general de los niños con discapacidad visual, preparándolos para empezar la vida escolar; identificar problemas y buscar soluciones; orientar a padres y tutores acerca del desarrollo general de los niños, sus limitaciones y discapacidades.

2. El Programa de Adolescentes, Adultos y Adultos Mayores con Discapacidad Visual sirve a personas de más de 12 años de edad, y tiene el objetivo de proporcionarles herramientas a través de actividades en los diferentes sectores de servicios, para que estén más informados y busquen el más alto nivel de autonomía.

La intervención se lleva a cabo en un equipo interdisciplinario, con un abordaje interdisciplinario, formado por profesionales de las áreas de Servicios Sociales, Pedagogía, Terapia Ocupacional Psicológica, Orientación y Movilidad, y Nutrición.

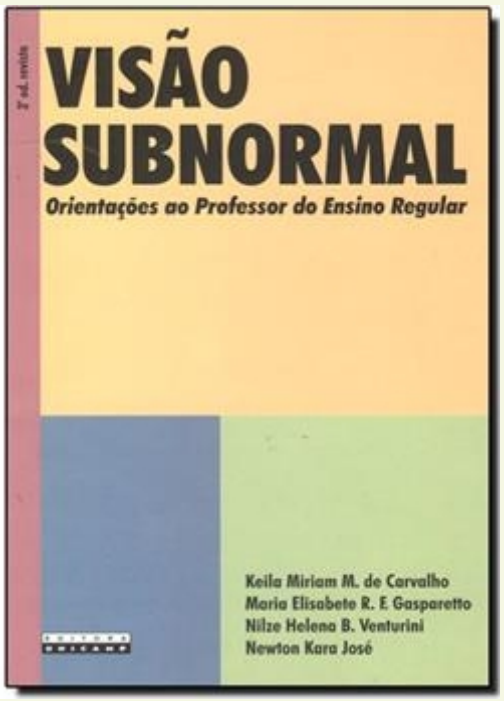
El equipo ofrece recursos para que las personas con discapacidad visual busquen sus propios intereses y posibilidades, para poder llegar a los niveles de independencia que desean. El equipo también proporciona el

desarrollo de habilidades, la capacidad de resolver problemas, la fuerza para lidiar con nuevas situaciones, y el reconocimiento de límites.

Las personas con discapacidad visual son derivadas al Centro de Estudios e Investigación en Rehabilitación, por los Servicios de Baja Visión y otros servicios a la comunidad. Estas personas se unen al Programa de Rehabilitación para Adolescentes, Adultos, y Adultos Mayores con Discapacidad Visual a través de un examen llevado a cabo por un trabajador social, y por una entrevista complementaria realizada por un profesional de un equipo interdisciplinario, en el que recolectan toda la información relacionada con las necesidades de estas personas, sus expectativas y dificultades encontradas al llevar a cabo actividades diarias.

En el Programa Infantil, los niños son elegibles para asistencia individual o en parejas, y las acciones desarrolladas tienen el objetivo de minimizar el impacto de la discapacidad visual durante el período crítico de desarrollo. La intervención tiene lugar una vez por semana como un proceso que establece una sociedad entre el área médica, el área de habilitación y/o rehabilitación, y la familia. La confianza establecida desde los primeros contactos forma la base de la intervención de niños con discapacidad visual. Junto a las intervenciones, el equipo proporciona orientación para la familia y la escuela. La participación de la comunidad escolar (maestros, maestros especializados en discapacidad visual, consejeros,y directores) es frecuente en la evaluación de los niños, para entender las especificidades de la discapacidad visual y para aplicar su conocimiento adquirido durante la evaluación en el aula y la escuela.

Después de la evaluación del niño con discapacidad visual,el Centro envía un informe acerca de los resultados de la evaluación a la escuela, junto con una copia del libro *Visão Subnormal: Orientações a Professores do Ensino Regular* (Carvalho et al., 2003).
et al., 2003).



A través de acciones interdisciplinarias, el Programa de Rehabilitación para Adolescentes, Adultos, y Adultos Mayores con Discapacidad Visual tiene el objetivo de mejorar la calidad de vida de estas personas restableciendo sus habilidades parciales o totales, facilitando la inclusión familiar, escolar, social y laboral (Bittencourt et al., 2011).

Para lograr este objetivo, el Programa de Rehabilitación lleva a cabo visitas individuales y grupales a las personas ciegas o con baja visión que han recibido y evaluado. Las personas consideradas elegibles para el programa de rehabilitación grupal son aquellas cuyas necesidades pueden trabajarse dentro de la propuesta del grupo. La rehabilitación grupal tiene el objetivo de servir a las personas con discapacidad visual en sus necesidades básicas, permitiendo el entrenamiento en recursos de tecnología de asistencia para facilitar la vida diaria, llevándoles conocimiento acerca de las leyes y derechos, además de ayudar en el proceso de elaborar y aceptar la condición visual. El grupo también permite la identificación de problemas y experiencias entre los participantes, creando un espacio en el que intercambian información, sentimientos, y experiencias (Bittencourt et al., 2011).

El equipo interdisciplinario trabaja con diferentes grupos de personas ciegas y con baja visión. En los grupos de personas con ceguera, el objetivo de la intervención inicial es ayudarlos a lidiar con el proceso de duelo por la pérdida de visión. Las personas con discapacidad tratan sus habilidades sensoriales, como el tacto, olfato, audición, gusto, y propiocepción, para que les ayuden a re-aprender, interaccionar e involucrarse con el entorno que los rodea. Las personas ciegas desempeñan actividades con el objetivo de desarrollar el descernimiento táctil, utilizando el sistema Braille, promoviendo la comunicación a través de la lectoescritura. El grupo también trabaja con su comunicación gestual. En cuanto a la accesibilidad, las personas ciegas también reciben información y entrenamiento en el software de computación de lectura de pantalla, en habilidades de orientación y movilidad con el uso de bastón y perros guía (Bittencourt et al., 2011).

Aquí presentamos las actividades llevadas a cabo en el grupo de rehabilitación con personas ciegas y los respectivos profesionales que las desempeñan (Bittencourt et al., 2011):

Trabajador Social

Desempeña la recepción y proporciona el apoyo para la persona ciega y su familia para que continúe desarrollando su proyecto de vida. Proporcionan orientación en seguridad social, asistencia social y otros beneficios/ derechos sociales, el derecho al trabajo; los derechos de las personas con discapacidad, cooperativas sociales, becas, pasantías, trabajo temporario, empleo y contratos de experiencia. Tienen el objetivo de ayudar a los pacientes con los problemas sociales que afectan la rehabilitación.

Psicólogo

Ayuda a las personas ciegas a superar el proceso de duelo debido a la pérdida de la visión. Ayudan a los pacientes a construir su identidad como personas ciegas; ofrecen ayuda para que los pacientes puedan lidiar con sus limitaciones y frustraciones.

Pedagogo Especializado

Introduce el sistema Braille y ayuda a las personas a aprenderlo; enseña a los pacientes a utilizar software de tecnología de la información (lector de pantalla, por ejemplo), facilitando la inclusión digital.

Terapista Ocupacional

Alienta a los pacientes y su familia a expresar sus sentimientos para facilitar el proceso de duelo por la pérdida de visión; promueve el desarrollo de habilidades y las acciones de concientización para el desarrollo de actividades diarias; crea actividades circunstanciales acordes a las necesidades del paciente; organiza actividades profesionales y de auto-expresión, teatro, manualidades, actividades de recreación y ocio.

Actividades de la vida diaria

Ofrece entrenamiento para la adquisición de independencia en las actividades de la vida diaria, como alimentarse, higienizarse, vestirse, y limpieza del hogar.

Orientación y Movilidad

Proporciona orientación acerca del uso de un bastón para asegurar su derecho a la movilidad.

Nutrición

Proporciona orientación acerca de la importancia de comer saludable; se ofrece un tentempié en cada sesión, como un refuerzo a la orientación.

El proceso de componer el grupo de pacientes de baja visión es similar al proceso llevado a cabo para los pacientes ciegos, y tiene el objetivo de alentarlos a usar la visión residual con ayudas ópticas prescriptas por el oftalmólogo, con ayudas no ópticas, como adaptaciones de materiales y modificaciones del entorno. Aunque el abordaje se realiza en grupo, los pacientes con baja visión son evaluados individualmente por sus habilidades, fortalezas y necesidades a raíz de la baja visión o las tareas diarias que desempeñan (Bittencourt, et al., 2011).

Las siguientes son las actividades del grupo de rehabilitación en baja visión y los respectivos profesionales que las desempeñan (Bittencourt, et al., 2011):

Trabajador Social

Brinda la acogida y proporciona apoyo para que las personas con baja visión y sus familias continúen desarrollando sus proyectos de vida. Proporcionan orientación en seguridad social, asistencia social y otros beneficios/derechos sociales, el derecho al trabajo; los derechos de las personas con discapacidad, cooperativas sociales, becas, pasantías, trabajo temporario, empleo y contratos de experiencia. Tienen el objetivo de ayudar a los pacientes con los problemas sociales que afectan la rehabilitación.

Psicólogo

Ayuda a confrontar el proceso de duelo de la pérdida de visión: proporciona herramientas para que las personas construyan una nueva identidad de personas con baja visión; ayuda a los pacientes a lidiar con las limitaciones y frustraciones, y el deseo de recuperar la visión para adquirir una nueva perspectiva.

Pedagogo Especializado

Enseña a los pacientes a utilizar recursos de tecnología de asistencia prescripta por el oftalmólogo; alienta el uso de la visión residual en las actividades de la vida diaria, como leer y escribir; enseña a los pacientes a utilizar las tecnologías de información, como el software de sonido de la computadora, mejorando la inclusión digital.

Therapista Ocupacional

Se enfoca en el proceso de duelo de la persona que ha adquirido baja visión, los ayuda a desarrollar habilidades, para mejorar su confianza y autoestima, y a utilizar su visión residual; crea actividades circunstanciales de acuerdo a las necesidades del paciente; organiza actividades de auto expresión, teatro, profesionales, manualidades, recreación y ocio.

Actividades de la vida diaria

Se enfoca en la visión residual, ofreciendo entrenamiento para la adquisición de independencia en el manejo y en las actividades de la vida diaria, como comer, higienizarse, vestirse, y limpieza del hogar.

Orientación y Movilidad

Proporciona orientación en el uso de un bastón, para asegurar el derecho a la movilidad.

Nutrición

Proporciona orientación acerca de la importancia de comer saludable; se ofrece un tentempié en cada sesión, como un refuerzo a la orientación.

Referencias Bibliográficas

1. Resnikoff, S., Pascolini, D., Etya'ale, D., Kocur, I., Pararajasegaram, K., Pokharel,G.P., Mariotti, S.P. (2004). Boletín de la Organización Mundial de la Salud; 82:844-851.
2. Instituto Brasilero de Geografía y Estadística. (2010). Censo Brasileiro de 2010. Brasília. Disponible en: http:// www.ibge.gov.br. Acceso el 05 abril 2016.
3. Organización Mundial de la Salud (1993). Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo. Edusp.
4. Brasil. Ministerio de Salud (2008). Portaria Nº 957. Política Nacional de Atenção em Oftalmologia. Disponible en: http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/g m/ 2008/prt0957_15_05_2008.html . Acceso el 02 de marzo de 2016.
5. Brasil. Subsecretaría Nacional de Promoción de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Comitê de Ajudas Técnicas. Tecnologia Assistiva. Brasília: CORDE; 2009.
6. Carvalho, K.M.M (1993). Visão Subnormal: apresentação de um modelo de atendimento e caracterização das condições de diagnóstico e tratamento em um serviço universitário do Brasil. [Doutorado]. FCM. Unicamp.
7. Carvalho, K.M.M., Gasparetto, MERF, Venturini, NHB, Kara-José N. Visão Subnormal: Orientações a Professores do Ensino Regular. 3ª ed. UNICAMP, 2003
8. Montilha, R.C.I., 1997. Reabilitação de portadores de deficiência visual: características, conhecimentos e opiniões de clientela atendida em um centro universitário. [Mestrado]. FCM. Unicamp.
9. Bittencourt, Z.Z.L.C., Montilha, R.C. I., Gasparetto, M.E.R.F., Carvalho, K.M.M. 2011. Retinopatía diabética y discapacidad visual entre los pacientes de un programa de rehabilitación. Rev. bras.oftalmol. vol.70 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec.

Primeros Pasos en la Comunicación con un Niño con Sordoceguera Congénita: Un Abordaje de Atención Conjunta

María del Mar Martín de Frutos, ONCE Centro de Recursos Educativos, Sevilla, España

Introducción

Este artículo relaciona una experiencia respecto a los primeros pasos en la comunicación creando situaciones de atención conjunta. La experiencia involucra a un niño con sordoceguera congénita y nuestro trabajo en intervención temprana.

Nuestra intervención se basa en el razonamiento teórico publicado por la Unidad de Sordoceguera de la ONCE, *Sordoceguera: Un Abordaje Multidisciplinario*, (Gómez, et al., 2004). Los autores definen a la sordoceguera de este modo:

> Una persona es sordociega cuando dos discapacidades sensoriales (visual y auditiva), que pueden ser más o menos severas, están presentes y causan problemas de comunicación particulares y necesidades especiales debido a la dificultad de percibir globalmente, obtener conocimiento y, por ello, demostrar un interés, y funcionar en su entorno.
>
> Como resultado de la falta de comunicación y desconexión con el mundo de las personas sordociegas causadas por la privación sensorial, ellos experimentan un rango de dificultades que se manifiestan en diferentes grados dependiendo de las características, acceso a la información, educación, entrenamiento profesional, empleo, hasta vida social y actividades culturales.

En este artículo, describimos nuestro trabajo con J, un niño con sordoceguera congénita. Él está actualmente clasificado en el grupo de nivel medio de desempeño, lo que quiere decir que tiene estas habilidades (Gómez):

- Exhibir interés cognitivo por el mundo (personas y cosas);
- Generar estrategias más o menos elementales para resolver problemas;
- Vivir una vida semi-independiente;
- Imitar al menos signos convencionales relacionados a necesidades básicas.

Nuestros objetivos de intervención con J incluían “desarrollar un sistema de comunicación, desarrollar habilidades útiles para la vida diaria, habilidades sociales y estrategias para permitir el trabajo individual en un entorno protegido si las características de la persona lo permiten” (Gómez).

Historia Clínica de J

J nació con 24 semanas de gestación y pesó 765 gramos al nacer. Fue diagnosticado como prematuro extremo y recibió numerosos tratamientos médicos en el hospital para encarar su salud digestiva y respiración. También recibió rehabilitación y servicios neuropediátricos, etc.

Siguiendo un diagnóstico oftalmológico de retinopatía del prematuro, se sometió a una operación de ambos ojos. Esta operación no tuvo éxito y él es totalmente ciego.

Un diagnóstico de su audición mostró hipoacusia bilateral. Inicialmente utilizó ayudas auditivas antes de ser sometido a una cirugía de implante coclear en su oído derecho cuando tenía 18 meses. El implante fue activado cuando tenía 20 meses y la reacción inicial fue muy positiva.

J tiene ahora cinco años y se ha adaptado extremadamente bien al implante en el oído derecho y a la ayuda auditiva en el oído izquierdo.

Desarrollando la Interacción

En el caso de J primero establecimos una relación positiva utilizando juegos que involucran movimiento, balanceo y canciones. Luego, comenzando desde una situación gratificante para él – haciendo trompetillas y besando manos – iniciamos un juego/diálogo del siguiente modo: Beso su mano y espero a que él responda. Él sopla un beso y yo respondo con un beso y movimiento más fuertes.

Este juego se combinó con trompetillas en sus manos así al final J podía elegir que quería que yo hiciera – soplar besos o trompetillas.

En esta fase interactiva, fuimos guiados por Gómez, et al, para observar el comportamiento de J y ver qué le interesaba a él, utilizando detalles que podíamos usar para comunicarnos; estructurando sus actividades; reaccionando a él para mostrar que él tenía cierto control sobre su entorno.

Desarrollando la comunicación

J ha descubierto a las personas y cosas que lo rodean. Muestra interés en ellos y se ha dado cuenta que nosotros lo escuchamos y que puede provocar respuestas gratificantes. Esta es la razón por la que trata de comunicarse, porque sabe que su pedido obtendrá una respuesta. Para lograr esto, utilizamos canciones junto con gestos que él aprendió gradualmente y, una vez que aseguramos la distribución de la atención, comenzamos a trabajar en áreas de comunicación además de hacer pedidos, como respetar turnos para comunicarse durante las conversaciones.

Continuamos siendo guiados por Gómez et al., distribuyendo la atención, facilitando las expresiones naturales de J, alentándolo a tomar turnos e imitando sus comportamientos.

Desarrollando el lenguaje

J actualmente utiliza las señas de la Lengua de Señas Española. Comenzó utilizándolas individualmente para hacer pedidos. Utiliza las señas para “más”, “listo”, “agua”, y algunos signos relacionados con actividades específicas. Actualmente utiliza dos o tres señas juntas, por ejemplo: “Quiero agua”, “Quiero escuchar [nombre de la canción]”, etc.

Frecuentemente hace esto junto con emisiones vocales semejantes a palabras.

Continuamos usando el marco de trabajo de Gómez et al., aumentando nuestro vocabulario compartido y construyendo desde las señas naturales de J para introducir señas convencionales.

Metodología

Dese el principio establecimos una relación personal cercana con J, lo que lo anima a confiar en nosotros. Desde el inicio establecimos una rutina y la mantuvimos en todo momento. Siempre lo saludamos cuando entra a una habitación, nos aseguramos de incluir actividades que incluyan a su madre, hicimos otras actividades que incluyen a su terapeuta, y siempre participamos de un ritual de despedida.

Posteriormente, y cuando J comenzó a entender la rutina para cada sesión, decidimos introducir una agenda para anticipar los eventos usando tres actividades, cada una con un objeto de referencia.



La rutina de la sesión no se modificó. Intercambiamos saludos cuando J ingresa a la habitación. Repasamos las actividades a ser desempeñadas y luego las llevamos a cabo:

- Una actividad basada en canciones y juegos para alentar la comunicación y el desarrollo del lenguaje;
- Una actividad que involucra manipular y reconocer diferentes objetos;
- Una actividad final que él encuentra divertida y en la que él muestra un gran interés. Al comienzo esto era un juego de ritmos con un tambor, y ahora utilizamos libros de cuentos de relevo

Luego, revisamos todo lo que hicimos, y nos despedimos.

Al cultivar la atención en su mundo, nuestro objetivo es que J aprenda a ser independiente. Esperamos enseñarle a ser capaz de actuar en su entorno y hacer conexiones con otras personas.

Utilización de Lengua Oral y de Señas

Desde el mismo comienzo trabajamos mucho con J en la estimulación auditiva, primero con sus ayudas auditivas. Luego del implante se sometió a rehabilitación involucrando un programa de terapia del habla en el hospital, mientras continuábamos priorizando aspectos auditivos y comprensión oral.

Creemos que el implante se colocó en el momento apropiado para J, y lo habilitó a progresar en el desarrollo auditivo y del lenguaje. Sin embargo, llegó un momento en el que la comprensión de J se desarrollaba a un buen ritmo pero encontraba dificultades para expresarse. En ese momento decidimos comenzar a utilizar lenguaje de señas basado en el tacto usando las manos más sistemáticamente. Esto le dio a J una manera más viable de expresarse. Sin embargo, nunca descuidamos el trabajo con el lenguaje oral, y siempre buscamos consolidar cualquier intento que hiciera de comunicarse oralmente.

Esto quiere decir que ahora J utiliza dos sistemas para expresarse; utiliza el método oral para aquellas cosas con las que está más familiarizado y que le son más fáciles emitir. Utiliza algunos gestos y señas básicas para otros pedidos que se le dificulta expresar oralmente. Por ejemplo, expresa “en casa”, “en el auto”, “llama a mamá”, o “llama a mis

hermanas", utiliza onomatopeyas para sonidos animales. Sin embargo, cuando quiere decir que su implante no funciona apropiadamente, señala su oído o su ayuda auditiva. Utiliza la seña para "listo" cuando ha comido suficiente, o en situaciones que no encuentra placenteras. Ahora está comenzando a pedir ir al baño utilizando ambos, lenguaje oral y señas.

El rol de la familia de J

El apoyo e interacción de toda la familia de J – su madre, padre, hermanas y abuela – han sido vitales para su desarrollo general, y en particular para su desarrollo en habilidades de comunicación. Han hecho posible que J tenga diferentes interlocutores que, en diferentes momentos y circunstancias, interactúan y se comunican con él de una manera que él puede entender.

Además, desde que ha comenzado a asistir a la escuela, J disfruta del apoyo especializado de un maestro de sordociegos. Este maestro se enfoca en desarrollar las habilidades comunicativas, establecer rutinas, y anticiparse.

Lecciones para Trabajar con Otros Niños con Dificultades Severas en Desarrollar Habilidades de Comunicación

Creemos que algunas partes de esta metodología pueden ser extrapoladas para su uso con otros niños y niñas que encuentran dificultades en la comunicación:

- El punto de partida deben ser los intereses del niño, creando situaciones interactivas gratificantes y facilitando situaciones para atención conjunta o distribuida.
- Establecer contingencias: establecer rutinas en la sesión y alentar la anticipación de actividades para ayudar al niño a entender mejor que es lo que está por suceder.
- Utilizar gestos o señas básicas para la comunicación. Esto facilita un entendimiento del lenguaje oral y alienta a la expresión, hasta el momento en que se consolide el lenguaje oral.
- Utilizar "lenguaje infantil", caracterizado por hablar lento y repetir constantemente el mensaje clave, durante la intervención.
- Esperar a que el niño reaccione, darle tiempo para que exprese una respuesta, y repita la información otra vez para que él o ella se sienta escuchado/a y sepa que hemos entendido.

Referencias

Unidad Técnica de Sordoceguera, ONCE. (2010). *Material de Entrenamiento para el Curso "Educación para Estudiantes Sordociegos"*. Madrid: ONCE.

Freeman, P. (1975). *El bebé sordociego: un programa de cuidados*. Madrid: Versión en español publicada por ONCE.

Gómez Viñas, P., & Romero Rey, E., et al. (2004). *Sordoceguera: Un análisis multidisciplinario*. Madrid: ONCE.

Janssen, M., & Rodbroe, I. (2014). *Comunicación y Sordoceguera Congénita*. Madrid: ONCE.

Herrera, C., & Pons, A. (eds.). (2010), *Un proceso de asistencia integrada: Discapacidades sensoriales*. *Andalucía*: Junta de Andalucía, Consejería de Salud.

McInnes, J. M., & and Treffry, J. A. (1998). *Una Guía para el desarrollo del niño sordociego.* Madrid: Siglo XXI.

Enseñando a Niños Pequeños a "Ver Más": Visión Funcional Aumentada

Krister Inde, Especialista en Baja Visión / Indenova i Karlstad, **Suecia**

El Proyecto Ver Más en la Universidad de Lund, Suecia fue llevado a cabo unos 10 años atrás, e involucró 17 niños con baja visión, de 18 meses a 7 años de edad. El propósito fue aumentar o expandir su alcance visual. Trabajamos en colaboración cercana con el equipo de la Universidad Vanderbilt de Nashville, asociados con la Dra. Anne Corn.

Los niños recibieron entrenamiento visual utilizando telescopios, basándonos en la asesoría de un optometrista altamente calificado, Dr. Jörgen Gustafsson.El entrenamiento comenzó en el hogar y duró un año y medio. Enseñamos a los niños a utilizar telescopios para analizar, enfocar, buscar, rastrear y seguir objetos en movimiento. La mayoría de los niños prefirió modelos monoculares de 4 o 6X en telescopios de enfoque corto.

La regla terapéutica es no cubrir un ojo en niños con nistagmos, y esto funcionó en este entrenamiento, ya que nunca cubrimos un ojo. Utilizamos el ojo dominante del niño sin importar cuál fuera la mejor agudeza visual corregida (MAVC).

Preguntamos a sus padres acerca de las nuevas dimensiones del desempeño visual: deseo visual, estrategias visuales, eficiencia visual, memoria visual y confianza visual. La confianza fue la diferencia más significativa pero el deseo fue la más importante. Todo se trata de querer y gustar de usar la visión residual con dispositivos ópticos. La motivación es el asunto más importante, no la agudeza.

Luego de siete años realizamos un estudio de seguimiento. Contactamos a 12 de los 17 estudiantes originales, y descubrimos que 9 de ellos todavía usaban el mismo telescopio. Los otros tres habían perdido la visión útil debido a un glaucoma congénito, o, en un caso, no quería revelar su baja visión a otros utilizando su telescopio.

Descubrimos que en una sociedad desarrollada es importante que los niños de 2.5 a 3 años de edad sean capaces de usar aumento en telescopios, o utilicen el zoom de la cámara en sus teléfonos inteligentes. Esto les permite ver más, aprender más, y ser más independientes. Cuando alguien dice que pueden necesitar Braille más adelante, puede ser verdad, pero el hoy es el hoy, y para el mañana falta mucho. La visión siempre es más útil que el sentido del tacto, y debe ser alentada lo más posible. Si la baja visión en niños no es usada en su máxima posibilidad, es un signo de bajo desarrollo o falta de él en la sociedad de ese país o región.

Después de 40 años vine a Amman en Jordania. En un momento, todos los niños usaban braille en la escuela para ciegos. Ahora están progresando mucho. En la Academia para niños con discapacidad visual, un optometrista a tiempo completo y maestros de baja visión son actualmente miembros plenos del equipo. También, el Centro de Entrenamiento de la Visión ha desarrollado un equipo para enseñar a los clientes con baja visión a hacer el mejor uso de su visión. ¿Puede esto suceder en todos lados?

Sociedad en el Programa de Intervención Temprana en la Escuela para Niños con Discapacidad Visual Prof. Dr. Ivan Shishmanov en Varna, Bulgaria

Julieta Petkova, Directora & **Yana Raeva,** Maestro principal
Escuela para Niños con Discapacidad Visual Prof. Dr. Ivan Shishmanov, Bulgaria
E-mail : udnz_100g@abv.bg

No todos los niños son típicos en su desarrollo y entrenamiento; algunos individuos al nacer o en su infancia temprana presentan anomalías en su desarrollo cognitivo, requiriendo habilidades de educación especial por parte de sus educadores. Los niños pequeños necesitan servicios de intervención temprana, que en Bulgaria son proporcionados por programas y centros especializados.

El primer programa de intervención temprana en Bulgaria fue inaugurado en 1992 en la Escuela para Niños con Discapacidad Visual Prof. Dr. Ivan Shishmanov en la ciudad de Varna. Desde entonces a la Escuela Shishmanov se le unió una segunda escuela en Sofía, ambas administradas por el Ministerio de Educación y Ciencia. Las escuelas educan y apoyan a estudiantes con discapacidad visual de todo el país.

Los servicios de intervención temprana apoyan la educación de niños con necesidades especiales en su hogar, así como el entrenamiento para sus padres. Los niños que empiezan a asistir a la escuela tienen entre 0 a 6 años de edad.

Los niños con necesidades educativas especiales son integrados en jardines de infantes y escuelas regulares en Bulgaria, con programas de educación individuales. Por tanto, los niños con discapacidad crecen y aprenden junto a sus pares, y al mismo tiempo reciben apoyo de educadores especiales.

Servicios Tempranos

Prevención, detección temprana, e intervención temprana son las bases de los servicios de educación especial. Hoy en día el tiempo entre la detección de la discapacidad y la provisión de asistencia se redujo. Idealmente, la intervención temprana comienza en el primer mes de vida del niño. Mientras que el desarrollo psicofísico atípico se puede manifestar en cualquier etapa, más frecuentemente aparece durante el desarrollo embrionario, durante el nacimiento, y los primeros años luego de este.

Cuando parece probable que un niño tenga necesidades educativas especiales, se mide su inteligencia.

Los indicadores de posibles discapacidades de aprendizaje incluyen déficit de vocabulario, conocimiento insuficiente, o problemas de

memoria. También chequeamos anomalías y limitaciones en el habla. Los problemas de articulación en los niños preescolares son a menudo asociados con problemas de desarrollo neuro-psicológico, y puede causar la aparición de futuros problemas con la lectura. Esto lleva a retrasos en el aprendizaje, y requiere atención especial y trabajo individual.

El trabajo correctivo temprano le brinda al niño la mejor chance de lograr su nivel óptimo de desarrollo. La intervención temprana es de gran importancia para el desarrollo de niños con necesidades educativas especiales. Es importante incluir especialistas de varios campos como psicólogos, educadores especiales, médicos, terapistas del habla, y fisioterapistas.

Durante este año académico el programa de intervención temprana atiende a 32 niños con necesidades educativas especiales, algunos con discapacidad múltiple. Los estudiantes se extraen de centros de hospedaje de tipo familiar y hogares para cuidados médicos en Varna.

El programa educativo incluye el uso completo del cuarto multi-sensorial, el cuarto psicomotor, y el cuarto de intervención temprana. Introducimos a los niños en una rica variedad de experiencias, incluyendo solución de problemas, sorpresas, una variedad de efectos de iluminación, formas, tamaños y texturas de objetos, y actividades musicales durante acupuntura. Esto permite a los profesionales observar las reacciones y emociones de los niños. Incluimos niños de diferentes edades y niveles de desarrollo en actividades grupales. Los estudiantes aprenden a comunicarse a través de objetos que intercambian, producción de sonidos, imitaciones de entonaciones, y conectando su voz con una persona en particular. Esto los alienta a responder gradualmente de forma más completa. Trabajamos con objetos símbolo, que marcan el comienzo y fin de las actividades. Realzamos esto con explicaciones, descripciones y estimulación táctil.

Como con todos los niños, los estudiantes con necesidades educativas especiales comienzan a desarrollar una autoimagen a una edad muy temprana. Comienzan a sentirse apreciados y amados, y aprenden a distinguirse de otros. La terapia musical es una herramienta poderosa en este trabajo. Aprenden patrones de movimiento con los métodos “mano con mano” y “cuerpo con cuerpo”.

Establecer objetivos realistas para los niños es imperativo. Trabajamos con padres para evitar el favoritismo, que puede llevar a la dependencia. Los padres también pueden cometer el error de presionar a los niños para lograr los objetivos deseados a cualquier precio, lo que puede hacer que se sientan inadecuados. Nosotros cultivamos el autoconocimiento de cada niño, el cual es crucial para crear una autoimagen positiva. Saber sus nombres y las partes de su cuerpo evita el verbalismo en una instancia posterior del desarrollo. Practicamos frente al espejo con el maestro, y luego independientemente. Esto ayuda a las interacciones con otras personas.

El desarrollo de las habilidades sociales comienza con el reconocimiento de voces, sonidos, formas, tamaños, y conectándolos con personas y objetos. Mostramos a los niños como manejar varios objetos desde una edad temprana, comenzando con su investigación. Ellos sostienen, exploran, y

descubren cada detalle que les proporciona información. Completar la tarea construye su autoestima y confianza.

Llevamos a cabo orientación grupal para padres y sus niños con un equipo de especialistas de la escuela. Estas reuniones marcan el progreso de cada niño e identifican los siguientes pasos en el desarrollo de la relación niño-adulto. También refuerzan la confianza de los padres en lo que hacen con sus hijos.

Los niños con discapacidad visual y discapacidad múltiple deben ser instruidos para usar otros sentidos – oído, habla, y habilidades táctiles.

Es necesario para estudiantes y maestros tener confianza y agrado mutuos para poder lograr buenos resultados. El niño debe ser motivado y estimulado emocionalmente, verbalmente o, en algunos casos, materialmente.

Un punto importante en el trabajo es asegurar un entorno seguro y permanente.

Aprender conductas aceptables facilita la integración temprana de niños en los jardines de infantes regulares y centros de educación y rehabilitación, llevando a una socialización más rápida y una formación de comportamiento apropiado en la sociedad.

Dos de los niños con los que trabajamos están en jardín de infantes y están logrando buenos resultados. Encajan bien en el equipo de niños, y han desarrollado hábitos de autoservicio, higiene, y nutrición. Están volviéndose más independientes.

El modo más efectivo de entrenamiento y educación de niños pequeños con discapacidad visual es con juegos. En las situaciones de juego, los niños recrean la vida real que los rodea, alentándolos a expandir y reforzar habilidades y hábitos diarios. Ellos reciben información adicional y conocimiento y aumentan la comunicación con otras personas. Es importante para los niños ser alentados, participar con el equipo, intentar no buscar ayuda de un adulto, y participar activamente en los juegos. Ellos necesitan saber quiénes están jugando y qué está pasando. Esto los ayuda desde comportamientos emocionalmente positivos a través de la autoexpresión. Transferir el juego de un pequeño espacio cerrado al aire libre los alienta con sus habilidades de movilidad. Es importante que los maestros dirijan las actividades apropiadamente cuando estén afuera.

Es crucial que los estudiantes desarrollen habilidades de orientación y movilidad así como habilidades de comunicación desde una edad muy temprana. Incluir actividades más interesantes, como la música, danza, deportes, terapia con arte, etc., alienta a los niños a tomar la iniciativa. Aprenden a controlarse, lo que contribuye a su mejor desarrollo emocional y físico.

Nuestras vidas están repletas de tecnologías -- teléfono, computadora, tablet, etc. Son una necesidad estos días, los niños necesitan estar al tanto de su uso apropiado. Sirven para expandir el acceso a la información, al ser usados apropiadamente, estimulan la visión, el oído, las capacidades de habla, habilidades motoras, coordinación, atención y concentración.

Siendo el Centro de Intervenciónón Temprana de la escuela para niños con discapacidad

visual en Varna, una evaluación de cada niño es desempeñada por un equipo multidisciplinario: psicólogo, terapeuta del habla, fisioterapeuta y educador especial. Ellos diseñan un programa individual para trabajar con el niño. Es importante que los padres y la familia estén suficientemente comprometidos en la implementación de este programa. La intervención temprana permite combinar actividades en el entorno escolar y en el hogar, haciendo que los padres sean socios activos en el proceso de desarrollo. Ellos participan en la implementación de etapas en el programa individual del estudiante.

La participación del niño en las actividades de intervención temprana en las escuelas especiales estimula la comunicaciónón con otras personas además de la familia. Los especialistas están familiarizados con los métodos pedagógicos para influenciar a los niños, y con los métodos que realzan el desarrollo en un entorno familiar. Los entornos y materiales didácticos adaptados utilizados para el entrenamiento son de importancia fundamental para el éxito del niño.

El gran problema en el trabajo en intervención temprana es la falta de conciencia de las familias acerca de él. Muchos padres simplemente no saben que estamos aquí para asistirlos. Hay poca comunicación entre las agencias sociales, las instituciones de la salud, y educativas. Esta es la razón por la que muchas familias no aprovechan los servicios de intervención temprana.

Nuestro programa utiliza actividades tanto grupales como individuales. Las actividades grupales son llevadas a cabo por un educador especial y asistente. Las actividades individuales son llevadas a cabo por fisioterapeutas, terapeutas del habla, psicólogos, y especialistas en orientación y movilidad, baja visión, y habilidades útiles. También hay clases de estimulación sensorial (Tacpac), terapia musical, artística, etc.

Mantenemos contacto regular con las familias de los niños, para proporcionar una guía en las actividades y rutinas diarias en casa. Diseñar un programa individual requiere clarificar las áreas de prioridad para cada niño. Esto permite una intervención individual más eficiente. En el centro del programa está el niño, con un fuerte énfasis en la personalidad e interacción con el mundo. Al diseñar un programa individual tomamos en cuenta las necesidades del niño, que siguen su naturaleza.

Las actividades del programa tienen el objetivo de mitigar la adaptación al nuevo entorno de la escuela para niños con necesidades de educación especial. Trabajamos en la concentración y atención, desarrollo del lenguaje y formas alternativas de comunicación, conceptos matemáticos tempranos, y conocimiento acerca del entorno. Para muchos de estos niños, esta es la primera oportunidad para socializar en un entorno más allá del familiar.

Creamos un entorno Montessori para desarrollar habilidades de independencia. Ofrecemos herramientas y materiales educativos que ayudan a desarrollar las capacidades de los niños basadas en la libre elección. Ellos aprenden autosuficiencia y habilidades prácticas en la vida diaria. Los niños se sienten seguros y protegidos en aulas Montessori, porque los límites y reglas

establecidas siempre son respetados – tanto por niños como por especialistas. Los estudiantes eligen los materiales con los que van a trabajar, y determinan la duración de la actividad, así como sus compañeros. Estas actividades se enfocan en desarrollo motriz, habilidades de comunicación, autoservicio, habilidades sociales, orientación en el entorno, desarrollo cognitivo, ámbito emocional y voluntario, y música y arte.

Una intervención temprana bien diseñada puede reducir y superar los efectos de la discapacidad del niño. En el caso de patología del habla y desarrollo atrasado del habla, los métodos terapéuticos impulsan sus capacidades de comunicación, alimentación y habilidades de juego. Es muy importante monitorear y re-evaluar el progreso y desarrollo de cada niño. Esto sucede al comienzo, medio y fin del año escolar, utilizando pruebas de evaluación. Cada especialista anota el progreso realizado por cada estudiante en su campo.

Finalmente, nos gustaría enfatizar la importancia del entrenamiento en curso y el intercambio profesional para maestros y especialistas. Este desarrollo profesional es particularmente rico cuando es internacional– compartir a través de conferencias y asistencia a las instituciones educativas líderes en Europa y EE.UU. La participación de los maestros de la escuela en conferencias europeas y mundiales ha facilitado el intercambio de las mejores prácticas y el compartir métodos y técnicas innovadoras.

Cómo un Programa de Orientación y Movilidad Aplicada Afecta el Aprendizaje en Geometría para Estudiantes con Discapacidad Visual en Abuja y Gindiri, Nigeria

Isuwa Jikukka Jurmang, Facultad / Departamento de Educación Especial y Rehabilitación Universidad de Jos, **Nigeria.** E-mail : Jurmangi2002@yahoo.com

Antecedentes

En Nigeria, la enseñanza y el aprendizaje de matemáticas, incluyendo geometría, ha sido un gran desafío para los estudiantes con discapacidad visual (ECDV). En un estudio a nivel nacional, el Consejo Nigeriano de Desarrollo Educativo y de Investigación (2009) descubrió que en veinticuatro escuelas residenciales especiales seleccionadas, las matemáticas no se les ofrecían a estudiantes con discapacidad visual. La razón principal es que a los docentes les falta entrenamiento en las estrategias y métodos adaptados para usar en la enseñanza de matemáticas.

En la reseña de 2013 de los resultados de exámenes en escuelas nigerianas, el Consejo de Examinación de África Occidental (CEAO) informó que los estudiantes con discapacidad visual tenían mejores resultados que sus pares videntes en los exámenes de 2012. De los candidatos videntes, el 37.97% (150.615) aprobaron con cinco créditos, incluyendo inglés y matemáticas. Sus compañeros con discapacidad visual aprobaron con una porcentaje de 46.93%. Sin embargo, estos resultados no incluyeron una comparación de los resultados en matemáticas, porque los ECDV no fueron evaluados en matemáticas en los exámenes.

En un estudio a nivel nacional, el Consejo Nigeriano de Desarrollo Educativo y de Investigación (2009) descubrió que en veinticuatro escuelas residenciales especiales seleccionadas, las matemáticas no se les ofrecían a estudiantes con discapacidad visual. Se escuchó a uno de estos estudiantes diciendo que “todos saben que los cerebros de los niños ciegos no pueden hacer matemáticas”. Tristemente, muchos comparten esta creencia errónea.

La geometría descriptiva es una rama de las matemáticas que estudia las propiedades de figuras y formas, y la relación entre ellas. La geometría básica nos permite determinar las propiedades como las áreas y perímetros de figuras bidimensionales, y las áreas de superficie y volúmenes de figuras tridimensionales.

El Consejo Nacional para Maestros de Matemáticas en los Estados Unidos señala que el campo de Orientación y Movilidad (O&M) proporciona experiencias que pueden ayudar a los estudiantes con discapacidad visual y ceguera a desarrollar un marco de trabajo para entender las matemáticas (Smith, p.161). Específicamente, O&M son conceptos básicos que mapean los conceptos en geometría descriptiva.

Entre los conceptos y habilidades de O&M que también están relacionados con la geometría se encuentran:

- Mantener orientación direccional utilizando alineamiento perpendicular y paralelo para el desplazamiento en línea recta;
- Ejecutar giros de 90 y/o 180;
- Reconocer características de objetos alrededor del espacio o referencias, ej., formas, lados horizontales, lados verticales, lados paralelos, etc.

El entrenamiento orientación & movilidad enseña a los ECDV a conceptualizar e interactuar con formas y objetos en el espacio, sus posiciones, cantidad, distancias, locación, ángulos, etc. Los estudiantes aprenden a identificar o localizarlos a través de los sentidos, y a moverse a través de esas estructuras en el espacio de manera segura y con gracia.

El Programa Aplicado de Orientación & Movilidad (PAOM) es una estrategia de enseñanza adaptada repleta de conceptos geométricos. Primero puede ser presentado prácticamente, dándole al estudiante las habilidades para comprender y accede al entorno y a los objetos en él. Los ECDV obtienen información de las características del entorno a través de otras modalidades sensoriales. Una vez dominado esto, el estudiante puede mapear esta información en imágenes en relieve, o crear imágenes mentales, mejorando el entendimiento de la geometría y matemáticas.

Propósito del estudio

El objetivo del estudio es analizar el efecto del Programa Aplicado de Orientación & Movilidad en el aprendizaje de geometría para los estudiantes con discapacidad visual.

Preguntas de investigación

¿Cuál es la naturaleza del desempeño de los ECDV en las tareas de geometría?

Hipótesis

No hay diferencia significativa en magnitud en el desempeño de las tareas de geometría de los estudiantes con discapacidad visual entrenados en el uso del Programa Aplicado de Orientación & Movilidad y aquellos no entrenados.

Marco Teórico

El marco teórico para este estudio es derivado de la teoría de Piaget de desarrollo cognitivo, en la que hay cuatro etapas básicas en el desarrollo de estructuras mentales.

Etapa Sensoriomotriz

La primera etapa es la sensoriomotriz. Los centros de experiencia del niño en su cuerpo, ej. chupar, mirar, agarrar, etc. El entorno para las acciones o actividades en el propio cuerpo del niño y luego el niño extiende las acciones al entorno.

El Programa Aplicado de Orientación & Movilidad se interesa por el entorno del niño tanto dentro de su cuerpo como en el entorno que lo rodea. Las actividades centradas en el cuerpo del PAOM incluyen identificar y nombrar las diferentes partes del cuerpo del estudiante, y usar métodos no estandarizados de medida de las partes del cuerpo, como alcance de sus brazos, ritmo de los dedos, altura de la cintura, pasos de las piernas, etc. Las mediciones no estandarizadas empiezan de diferentes partes del cuerpo y se extienden a los objetos en el entorno.

El PAOM eventualmente introduce estándares de medida de las partes del cuerpo, utilizando reglas adaptadas, cintas métricas, y reglas métricas. Las actividades de PAOM dentro del

entorno involucran la toma de medidas, exploración de longitudes, distancias, circunferencias, e identificación de longitudes de varias figuras.

Etapa Pre operacional

La segunda etapa de desarrollo de Piaget es la etapa pre operacional. Esta es la etapa de representación o simbolismo.

El Programa Aplicado de Orientación & Movilidad involucra la identificación de referencias en el entorno. Las referencias son objetos en el entorno que el niño puede sostener, sentir, tocar, agarrar, u oler, identificando sus rasgos y características manipulándolos, pesándolos, midiéndolos, etc. La identificación de formas, tamaños, y distancias eventualmente construyen las imágenes mentales del objeto y sus rasgos o características.

Etapa Operativa Concreta

La tercera etapa de Piaget es la etapa operativa concreta, en la que el niño es operativo en su pensamiento. La etapa se llama operativa concreta porque el pensamiento lógico necesario se basa en la manipulación física de objetos en el entorno. Los conceptos matemáticos básicos se presentan mejor a los niños primero a través de la manipulación de objetos en el entorno.

Etapa Operativa Formal

La cuarta etapa de Piaget es la Etapa Operativa Formal. El niño elabora hipótesis con símbolos o ideas más que necesitar objetos en el mundo físico como base para su pensamiento.

El Programa Aplicado de Orientación & Movilidad, basado en el contacto con el entorno, alienta al niño con discapacidad visual a participar práctica y teóricamente en las actividades de geometría. El niño identifica características del objeto dentro del entorno como formas, luego conecta el entorno a representaciones abstractas, cuando él o ella identifica formas en relieve sobre formas de dos dimensiones. Aún más, el niño dibuja líneas en relieve, cuadriláteros, polígonos, ángulos, puntos cardinales, etc., reforzando los conceptos.

De acuerdo a Advani (1992, pp. 22-43), la teoría de Piaget del conocimiento cubre por completo el complejo sistema de habilidades mentales humanas. Estas incluyen: percepción, atención, aprendizaje, memoria, y razonamiento. Otras son concepción, imaginería, asimilación y adaptación.

Diseño de Investigación

Tabla 1: Diseño Experimental

Diseño	Grupo(s)	Pre-test	Tratamiento	Post-test
Diseño Pre-test Post-test	RE	O_1	X	O_2
	RC	O_3	-	O_4

Población

Tabla 2: La población de las Escuelas para Niños Ciegos de Gindiriy Abuja en Cuarto y Quinto Grado

Institución	Discapacidad Visual Congénita	Discapacidad Visual Accidental	Población Total
Abuja	10	9	19
Gindiri	7	9	16
Total	17	18	35

Fuente: Estudio de Campo 2013

Tamaño de la muestra

El tamaño de muestra fue de diez ECDV en cuarto y quinto grado en cada una de las escuelas para niños ciegos en Gindiri y Abuja. Esto forma un tamaño de muestra total de veinte estudiantes.

Instrumento para Recolectar Datos

Para este estudio, el investigador desarrolló y utilizó el Examen de Desempeño de Tareas de Geometría Adaptada (EDTGA). Contiene diez ítems con conceptos y habilidades en orientación & movilidad conectados o vinculados a las tareas de geometría.

Descripción y Administración del Programa Aplicado de Orientación & Movilidad (Tratamiento)

Ambos grupos, experimental y de control, fueron pre examinados en habilidades de geometría. El grupo experimental fue luego expuesto a tratamiento. El período de tratamiento duró ocho semanas, con dos horas y cuarenta minutos de lecciones por semana. El post-examen del Examen de Desempeño de Tareas de Geometría Adaptada (EDTGA) fue administrado en los grupos experimental y de control al final del período de tratamiento.

Resultados

Preguntas de Investigación: ¿Cuál es la naturaleza del desempeño en las tareas de geometría de estudiantes con discapacidad visual?

La información para analizar esta pregunta de investigación se obtuvo del Examen de Desempeño de Tareas de Geometría Adaptada (EDTGA). La herramienta estadística utilizada para analizar los puntajes fue porcentaje simple y está presentada en el gráfico de barras de la Figura 1.

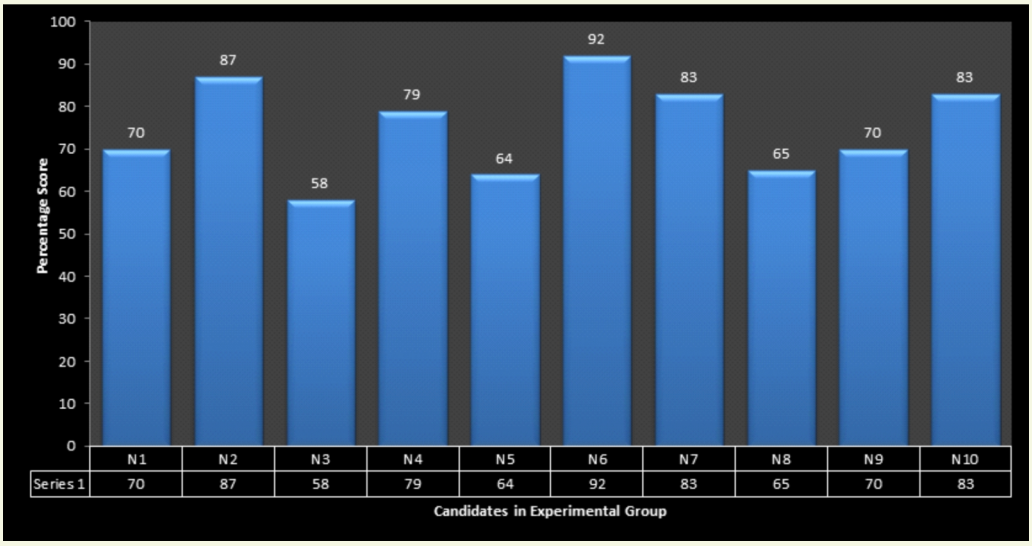


Figura 1 Desempeño Individual en el Examen de Desempeño de Tareas de Geometría Adaptada (EDTGA) para el grupo experimental

$N_1 = 70\%$ $N_2 = 87\%$ $N_3 = 58\%$ $N_4 = 79\%$ $N_5 = 64\%$ $N_6 = 92\%$ $N_7 = 83\%$ $N_8 = 65\%$ $N_9 = 70\%$ $N_{10} = 83\%$

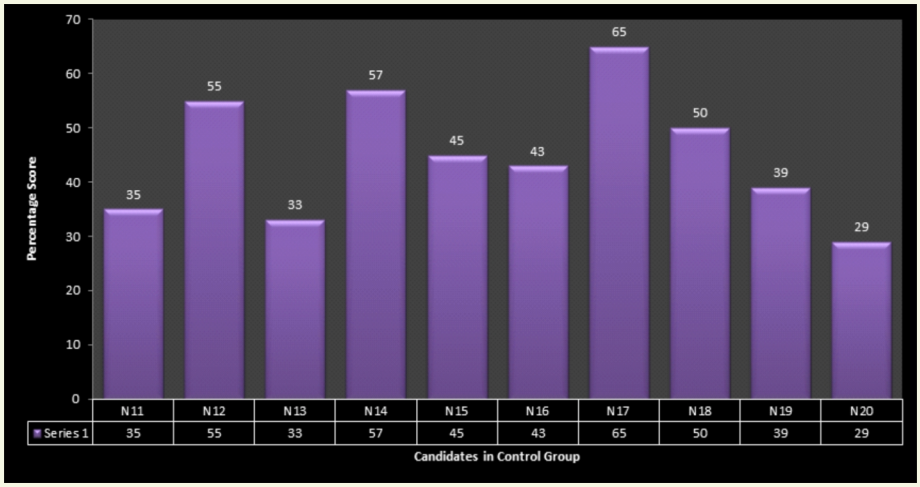


Figura 2: Desempeño Individual en el Examen de Desempeño de Tareas de Geometría Adaptada (EDTGA) para el grupo de control

N_{11} = 35% N_{12} = 55% N_{13} = 33% N_{14} = 57% N_{15} = 45% N_{16} = 43% N_{17} = 65% N_{18} = 50% N_{19} = 39% N_{20} = 29%

Tabla 3: Resultados del Puntaje Promedio del Examen de Desempeño de Tareas de Geometría Adaptada (EDTGA) para los grupos experimental y de control

	Grupo	N	$\bar{X}$
Puntaje de Desempeño	Experimental	10	75.1
	Control	10	45.1

La Tabla 3 arriba muestra que el puntaje promedio para el grupo experimental es 75.1. El puntaje promedio para el grupo de control es 45.1.

Hay una diferencia significativa en el puntaje promedio en el desempeño de tareas en el Examen de Desempeño en Tareas de Geometría Adaptada (EDTGA) entre el grupo experimental y el grupo de control.

Hipótesis: No hay diferencia significativa en magnitud en el desempeño en las tareas de geometría de los estudiantes con discapacidad visual entrenados en el uso del Programa Aplicado de Orientación & Movilidad y aquellos no entrenados.

Tabla 4: Resultado del Análisis del Examen-t de Desempeño en Tareas de Geometría Adaptada (EDTGA) de los Grupos Experimental y de Control

	Grupo	N	$\bar{X}$	df	t-cal	t-crit	P	Decisión
Puntaje de Desempeño	Experimental	10	75.1	18	5.88	2.10	0.001	S
	Control	10	45.1					

Nivel Sig = 0.05

El resultado de las muestras independientes del Examen-t en la tabla 4 indica que hay una diferencia significativa promedio en el desempeño de tareas en el Examen de Desempeño en Tareas de Geometría Adaptada (EDTGA) entre los ECDV que están en el grupo experimental y aquellos que están en el grupo de control. El valor p de (0.001) es menor al nivel significante (0.05). Por lo tanto hay evidencia sustancial para no fallar al rechazar la hipótesis nula. En otras palabras, el valor t calculado es 5.88.

El valor t crítico es 2.10. El valor P o siges 0.00. El df es 18. Dado que el valor t crítico 2.10 al df de 18 y P = 0.05 es menor que el valor t Cal de 5.88, hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula.

Discusión

Efectos del Programa Aplicado de Orientación & Movilidad en el Aprendizaje de Geometría:

El PAOM realzó el alto desempeño en las tareas de geometría de estudiantes con discapacidad visual (ECDV). El grupo experimental se desempeñó mejor que el grupo de control. Esto es porque su participación en el Programa Aplicado de Orientación & Movilidad (PAOM) les dio la habilidad para resolver problemas de geometría.

El estudio reveló (ver Figura 1) que los diez estudiantes con discapacidad visual en el grupo experimental (100%) obtuvieron un puntaje del 50% y más en el Examen de Desempeño en Tareas de Geometría Adaptada. Ninguno de ellos obtuvo un puntaje menor al 50%. Siete (70%) de los ECDV en el grupo experimental obtuvieron un puntaje del 70% y mayor en el Examen de Desempeño en Tareas de Geometría Adaptada. Tres de ellos (30%) en el grupo experimental obtuvieron un puntaje de entre 50% y 60% en el Examen de Desempeño en Tareas de Geometría Adaptada. El puntaje más alto logrado fue de 92% (N6), y el menor fue de 58% (N3).

Para el grupo de control, ver Figura 2. Cuatro (40%) ECDV sostuvieron un puntaje de 50% y mayor en el Examen de Desempeño en Tareas de Geometría Adaptada (N12, N14, N17, y N18). Seis (60%) de los ECDV obtuvieron un puntaje menor al 50% en el Examen de Desempeño en Tareas de Geometría Adaptada.

Ninguno de los candidatos obtuvo un puntaje del 70% o mayor. El mayor puntaje logrado por los candidatos en el grupo de control fue de 65% (N17). El menor puntaje logrado por un estudiante del grupo de control fue de 29% (N20).

Recomendaciones

Nigeria debería adoptar el Programa Aplicado de Orientación & Movilidad (PAOM) como una estrategia adaptada para enseñar y aprender geometría en particular y matemáticas en general a estudiantes con discapacidad visual. Los padres son los mejores socios para colaborar con la introducción y enseñanza de habilidades de O&M a los niños con discapacidad tan pronto como sea posible. Estas habilidades de O&M mejoran la enseñanza de geometría/matemáticas a los niños con discapacidad visual. Se pueden realizar o replicar investigaciones más profundas en otros lugares.

Bibliografía

Advani, L. (1992). Efectos de la discapacidad visual en el desarrollo cognitivo. En Verma, A.K. (Ed.), *Cuadernillo para maestros de discapacitados visuales*. Dehradun, India: Rohini.

Consejo Nigeriano de Desarrollo Educativo y de Investigación (2009). *Evaluación de currículo adaptado para los 9 años de educación básica para estudiantes con discapacidad visual*. Abuja, Nigeria: Nigerian Educational Research and Development Council.

Smith, D. W. (2006). *Desarrollando conceptos matemáticos a través de la orientación & movilidad*. Washington D.C: Heldref.

Consejo de Examinación de África Occidental (2013). *Resultados de los estudiantes ciegos*. Lagos, Nigeria: West Africa Examination Council. Retrieved from http://www.vanguardngr.com/2012/12/waec-records-62-03-failure-as-blind-students-top-performance-list/

ICEVI Promueve Inclusión Educativa en Tayikistán

Bhushan Punani, Presidente Regional, ICEVI Asia Occidental, **India**
E-mail : blindabad1@bsnl.in

Un equipo formado por el Sr. Hans Welling, Presidente, ICEVI Europa y el Sr. Bhushan Punani, Presidente, ICEVI Asia Occidental realizó una visita inaugural a Tayikistán entre el 22 y 28 de septiembre 2008 por invitación de la Asociación de Ciegos de Tayikistán (TAB), Dushanbe. El propósito de la visita fue estudiar los servicios existentes para las personas con discapacidad visual y proponer una estrategia para promover una educación apropiada y rehabilitación comprensiva por parte de ICEVI. Durante esta visita, los oficiales discutieron con los oficiales de TAB, otras organizaciones líderes, y los Ministerios involucrados; visitaron las escuelas líderes y otros institutos educativos para los discapacitados visuales y sociedades para ciegos; observaron las facilidades de producción Braille; y condujeron una Conferencia en Mesa Redonda con las autoridades y organizaron una sesión de comentarios.

Identificación de Áreas de Prioridad: El grupo visitante identificó como áreas de prioridad la implicación de los Ministerios correspondientes en la promoción de la educación de niños con discapacidad visual, la capacitación de maestros, la introducción de servicios de baja visión, el lanzamiento de la campaña EFAVI, la búsqueda de apoyo para la modernización de Imprenta Braille, el establecimiento de dispositivos de asistencia bancaria, etc. La mayor prioridad debería ser organizar un curso de capacitación docente y entrenamiento de Capacitadores Maestros en baja visión. Se acordó que ciertas escuelas para niños con discapacidad visual sean utilizadas para este propósito para que el alojamiento y las instalaciones de capacitación puedan ser proporcionados a un costo accesible. También pueden realizarse esfuerzos para invitar a facultades visitantes de países vecinos. El resultado de esta visita fue la modernización de la Imprenta Braille con el apoyo de agencias donantes de Europa.

Sensibilización de agentes de RBC: Un equipo de agentes de RBC de Tayikistán visitó el Proyecto RBC en Gujarat del 29 de noviembre al 3 de diciembre de 2012. El equipo fue liderado por Andrea Vogt, Directora Nacional de la Operación Mercy, Tayikistán. Los otros miembros de la delegación fueron agentes del gobierno del Ministerio de Salud y Protección Social y la Agencia de MLSP en Tayikistán. El grupo observó, “El foco principal del programa “Educación para todos” en Gujarat claramente es hacer que las escuelas regulares sean inclusivas. Sin embargo, también vimos un ejemplo de una escuela especial, con un número más pequeño de internos y estudiantes externos con discapacidad, que se convirtió en una escuela inclusiva, la cual puede servir especialmente a niños con discapacidades más severas. Mientras que este no es un modelo del que se hable mucho y no es el área de nuestra

atención principal, puede ser una respuesta al proceso de transición para las instituciones existentes en Tayikistán". El grupo también observó la implantación exitosa de rehabilitación basada en la comunidad, educación inclusiva, capacitación docente y paso de educación especial a educación inclusiva con el apoyo y participación del Gobierno.

Orientación de los Agentes del Ministerio de Salud: La Organización Mundial de la Salud (OMS) en sociedad con el Ministerio de Salud y Protección Social, República de Tayikistán está implementando un programa de rehabilitación de discapacidad en Tayikistán para el desarrollo de la Política de Rehabilitación Nacional, los sistemas, los servicios con foco en Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) y Desarrollo de Recursos Humanos (DRH). La OMS envió a un equipo de agentes de alto rango de Tayikistán con el objetivo de comenzar a capacitar al Ministerio en iniciar al Gobierno en el manejo de programas de RBC con el objetivo de orientar a los participantes en gobernanza y servicios que puedan contribuir a lograr una rehabilitación cualitativa para personas con discapacidad. La delegación de alto nivel (7 miembros) de Tayikistán visitó Gujarat del 23 al 26 de febrero de 2015, concretamente Sodiqova Dilorom, Asesora del Ministro, Ministerio de Salud y Protección Social; Rahmatulloev Sherali, Jefe del Departamento de planeamiento de Madre, Niño y Familia, Ministerio de Salud y Protección Social; Kurbanov Qudratullo, Jefe del Departamento de Protección Social, Ministerio de Salud y Protección Social; Kholov Abdulkhalim, Jefe de la Agencia Estatal de Protección Social, Ministerio de Salud y Protección Social; Kalandarov Safo, Asociado de Proyecto, Organización Mundial de la Salud, Tayikistán; Satish Mishra, Oficial Técnico, Discapacidad y Rehabilitación, Organización Mundial de la Salud, Tayikistán. ICEVI Asia Occidental organizó su visita a los programas de RBC dirigidos por la Asociación de Personas Ciegas y tuvo reuniones con todos los agentes relevantes de los departamentos de salud y justicia social. Motivó a los agentes visitantes a promover servicios comprensivos para personas con discapacidad visual y a seguir las Pautas de la OMS en RBC en su país.

Participación en el Seminario Internacional de Oftalmología: El Ministerio de Salud y Protección Social, Tayikistán y la Organización Mundial de la Salud invitaron al Dr. Bhushan Punani, Presidente, ICEVI Asia Occidental a asistir a la Primera Conferencia Internacional de Oftalmología en Dushanbe durante el 27 y 28 de noviembre de 2015. El objetivo del congreso fue fortalecer el Sistema de atención médica de personas con ceguera y baja visión. También dio un plenario en importancia de la evaluación de niños con baja visión. Además compartió actividades con respecto a la promoción de la educación de niños con discapacidad visual. También



Bhushan Punani hablándoles a los participantes del Primer Seminario Internacional en Oftalmología en Dushanbe

condujo un taller de un día para profesionales y trabajadores del campo de la RBC con respecto a la efectividad de las Pautas de la OMS en RBC.

Evaluación de Educación Inclusiva: La Asociación de Ayuda y Socorro, Japón ha estado promoviendo la educación inclusiva para niños con discapacidad en Dushanbe. ICEVI fue invitado a asistir a AAS, una iniciativa del Gobierno de Japón para apoyarla en una evaluación de su abordaje en educación inclusiva. El Dr. Bhushan Punani representó a ICEVI durante esta evaluación llevada a cabo entre el 18 y el 24 de diciembre de 2016. Durante esta visita, el condujo un seminario en educación inclusiva para directores de todas las Escuelas en Dushanbe promoviendo la educación inclusiva. Compartió la necesidad de servicios de promoción en evaluación, preparación de niños y aptitud para la escuela de dichos niños. También llevo a cabo un Taller para el personal de los jardines de infantes y padres respecto a la importancia del rol de los padres en el apoyo de los servicios de preparación de los niños en el jardín de infantes.

El apasionante taller fue acerca del "Rol de las Escuelas Especiales para Promover la Educación Inclusiva" para el personal y los padres de la Escuela de Internado en Dushanbe. Este Taller puede disipar la noción pre concebida de maestros y padres acerca de que la promoción de educación inclusiva puede resultar en el cierre de las escuelas de internado. Los participantes apreciaron el concepto del rol de las escuelas de internado con respecto a la provisión de servicios de evaluación de baja visión, dispositivos para baja visión, servicios preparatorios para niños, servicios de preparación para la escuela, suministro de Libros Braille y Libros Parlantes para preparación docente.

Para promover la participación de la Universidad en la promoción de la educación inclusiva, un Taller acerca del Rol de la Universidad en la Promoción de Educación Inclusiva fue llevado a cabo para el personal y los estudiantes de la Universidad Nacional del Estado de Tajik. Un gran número de estudiantes de la facultad de Trabajo Social participaron en el mismo y entendieron el concepto de desarrollo inclusivo. Similarmente, un Taller para los agentes del Departamento de Educación de la Ciudad proporcionó la oportunidad para buscar la participación de los agentes del Gobierno en la promoción de educación inclusiva.

De este modo ICEVI ha estado apoyando y guiando en los conceptos de intervención temprana, evaluación de niños con baja visión, provisión de dispositivos para baja visión, implementación de servicios preparatorios para niños, sensibilización de maestros, agentes del Gobierno y otros proveedores de servicios.

Ficha Técnica de ICEVI

Misión

En reconocimiento de los continuos desafíos globales para lograr el acceso a una educación de calidad para los millones de niños con ceguera y visión parcial que están fuera de la escuela, el Consejo Internacional para la Educación de las Personas Con Discapacidad Visual (ICEVI) es una organización de socios con la misión de promover el acceso a una educación inclusiva, equitativa y de calidad para todas las personas con discapacidad visual.

Objetivos

Objetivo 1 : Promover el acceso a una educación de calidad para las personas con discapacidad visual incluyendo aquellos con ceguera, visión parcial, sordoceguera y discapacidades adicionales.

Objetivo 2 : Influenciar a los gobiernos y los actores relevantes para la implementación de los ODS y la CDPD en el área de la educación de personas con discapacidad visual.

Objetivo 3 : Mejorar el trabajo en red, compartir información y colaborar a nivel nacional, regional y global.

Historia de la Organización

Fundada en 1952 en Holanda, ICEVI condujo su Conferencia del Cincuenta Aniversario del 28 de julio al 2 de agosto de 2002.

Regiones de ICEVI

Las 7 regiones de ICEVI y su cobertura de países son las siguientes:

Región de África	52 países
Región de Asia Oriental	19 países
Región de Europa	49 países
Región de Latinoamérica	19 países
Región de Norteamérica y Caribe	15 países
Región del Pacífico	15 países
Región de Asia Occidental	25 países

Actualmente, más de 4000 individuos y organizaciones en más de 180 países están activamente involucrados en ICEVI.

Trabajo en red con otras organizaciones

ICEVI trabaja de cerca con Organizaciones No Gubernamentales Internacionales de Desarrollo (ONGIDs) y organismos de las Naciones Unidas como el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (ECOSOC), UNESCO, UNICEF, y OMS.

Publicaciones

La revista semestral de ICEVI "El Educador" está disponible en formato electrónico tanto en inglés como en español y también se sube a nuestro sitio web www.icevi.org ICEVI también publica un boletín electrónico semestral que se distribuye a más de 4000 individuos y organizaciones.

Sitio web de ICEVI

www.icevi.org

Socios Internacionales Actuales de ICEVI

(Aquellos que pagan una subscripción anual de US$ 20,000)

CBM
www.cbm.org

Luz para el Mundo
www.light-for-the-world.org

ONCE
www.once.es

Escuela Perkins para Ciegos
www.perkins.org

Royal Institute for Deaf and Blind Children

Instituto Real para Niños Sordos y Ciegos
www.ridbc.org.au

Instituto Real Nacional de Personas Ciegas
www.rnib.org.uk

Sightsavers
www.sightsavers.org

The Norwegian Association of the Blind and Partially Sighted

Asociación Noruega de Ciegos y Deficientes Visuales
www.blindeforbundet.no

Visio
www.visio.org

Actuales Organizaciones Miembro de ICEVI

(Aquellas que pagan una contribución anual de US$ 100 a US$ 750 de acuerdo a su presupuesto anual)

- **Escuela Overbrook para Ciegos**
  www.obs.org
- **Fundación Internacional Club de Leones**
  www.lcif.org
- **DEDOS QUE SUEÑAN (Ceguera & Tacto)**
  www.tactus.org
- **Mesa Redonda de Acceso a la Información para Personas con Discapacidad de Lectura**
  www.printdisability.org

Campaña Global de **Educación Para Todos los Niños con Discapacidad Visual (EFA-VI)**

Países Participantes

