

Atención a discapacidades y personas
con limitaciones de movimiento

LA INTERVENCIÓN DEL SOCORRISTA ACUATICO

Atención a discapacidades y personas
con limitaciones de movimiento

José María Olayo Martínez
José Palacios Aguilar

1. Introducción.

La sociedad humana es un entramado complejo compuesto de hombres, mujeres, jóvenes, mayores, sanos, enfermos, pertenecientes a culturas distintas, orientaciones sexuales diversas, singularidades físicas y mentales, etc. A todo este heterogéneo grupo de personas se le denomina *normalidad*. Todos, igualmente, seres humanos y dotados de los mismos derechos, aunque las necesidades de todos no sean idénticas.

El socorrista acuático debe tener en cuenta que entre la amplísima gama de características que presentan sus potenciales demandantes de ayuda, las que presentan las personas denominadas *con discapacidad*, tienen unas particularidades poco habituales que debe saber reconocer y valorar para prestar una atención adecuada y satisfactoria.

Saber comunicarse de forma natural y espontánea con la persona con discapacidad, ayudarle a desplazarse y desenvolverse con seguridad y eficacia, prestarle en todo momento la ayuda precisa, van a ser tareas imprescindibles por parte de un profesional del socorrismo acuático capaz de atender a **todas las personas** sea cuales fueren sus necesidades y expectativas personales.

2. ¿De qué hablamos cuando decimos *personas con discapacidad*?

En la Guía de Estilo sobre Discapacidad, José Luis Fernández Iglesias, recoge algunos apuntes interesantes sobre los términos empleados desde la legislación del año 1900 hasta la promulgación de la Constitución de 1978. A las personas con discapacidad se les denomina en el año 1910 como *anormales*, en el Real Decreto para la Creación del Patronato Nacional de Sordomudos, Ciegos y Anormales. A éste le siguen otros como los de *inútil*, *subnormal*, *inválido*, *deficiente*, *disminuido*, *inválido*, *oligofrénico*, *incapacitado*, *retrasado*, etc..

Un error que el socorrista acuático debería evitar al utilizar terminologías relacionadas con el ámbito de la discapacidad es el de utilizar etiquetas genéricas del tipo *los sordos*, *discapacitado*, *personas normales*, etc.; lo adecuado sería poner el énfasis en las personas y no en sus limitaciones: *personas sordas*, *persona con discapacidad*, *persona sin discapacidad*, etc.

Tampoco se deberían utilizar verbos o términos negativos como *sufre una distrofia*, *padece esclerosis*, *afectado por parálisis cerebral*, *gasto social*, etc.; sería más adecuado utilizar el verbo tener (*tiene una distrofia*, *tiene polio*, *inversión social*).

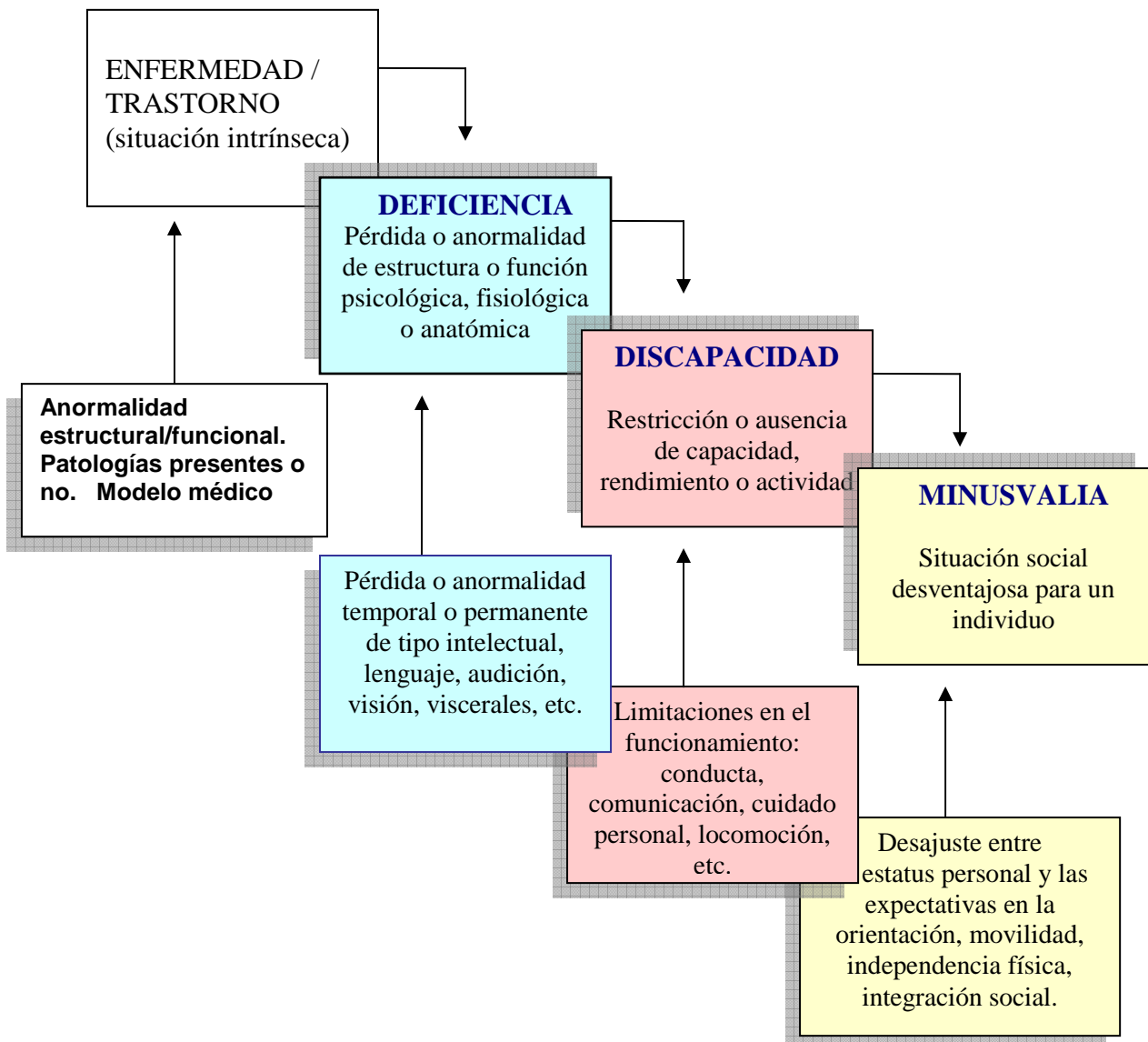
Los análisis y reflexiones suscitadas a lo largo del siglo pasado acotaron con precisión y realismo que las dificultades y desventajas que una persona puede vivir a lo largo de su vida no se deben sólo a sus propias limitaciones o desventajas física o psíquicas sino, además, a las carencias y barreras de todo tipo que pueden encontrar en el entorno social en el que viven. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció una relación entre los conceptos etiología, patología y manifestación para intentar una aproximación terminológica válida y eficaz. En 1976, en su XXIX Asamblea, concretó en su resolución 29.35 los conceptos deficiencia, discapacidad y minusvalía:

Deficiencia, dentro de la experiencia de salud, es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad, dentro de la experiencia de salud, es toda restricción o ausencia (a causa de una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Minusvalía, dentro de la experiencia de salud, es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que impide o limita el desempeño de un rol que es normal, en su caso, en función de la edad, sexo, factores sociales y culturales.

El siguiente cuadro muestra de forma clara la Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDM, 1983).



En los últimos años, la evolución de los conceptos ha terminado por decantarse de forma consensuada a nivel internacional y los términos durante tantos años admitidos de *deficiencia*, *discapacidad* y *minusvalía*, ha evolucionado a otros más acordes y sensibles a la verdadera realidad como se acordó en la 54 Asamblea Mundial de la OMS (2001), la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento):

<u>CIDMM, de 1980</u>		<u>CIF de 2001</u>
Deficiencia	se sustituye por	Déficit en el funcionamiento
Discapacidad	se sustituye por	Limitación en la actividad
Minusvalía	se sustituye por	Restricción en la participación

3. Limitaciones y dificultades más habituales en el ámbito de la autonomía personal.

Desde una perspectiva generalista, el socorrista acuático debe ser capaz de reconocer y valorar las distintas limitaciones y/o dificultades que pueden presentar las personas con discapacidad. Básicamente se pueden resumir en las siguientes:

- ❑ **Limitaciones para ver** (ceguera total, baja visión, dificultades en visión nocturna, discriminación de colores, etc.).
- ❑ **Limitaciones para oír** (sordera total, parcial, dificultades para percibir sonidos fuertes, para escuchar el habla).
- ❑ **Limitaciones para comunicarse** (dificultades para articular el habla, formular y entender mensajes, utilizar lenguajes alternativos, utilizar gestos no signados).
- ❑ **Limitaciones para aplicar conocimientos y tareas** (reconocer personas y objetos, orientarse espacio-temporalmente, entender y ejecutar órdenes sencillas, etc.).
- ❑ **Limitaciones para desplazarse** (mantener la postura corporal, de pie, sentado, levantarse, acostarse, desplazarse).
- ❑ **Limitaciones para utilizar brazos y manos** (transportar objetos, utilizar utensilios, manipular objetos con manos o dedos).
- ❑ **Para cuidar de sí mismo** (aseo personal, control de esfínteres, comer, beber, vestirse, arreglarse, etc.).

Las personas con discapacidad pueden presentar distintas patologías o situaciones de menoscabo en su autonomía personal:

3.1. Deficiencias físicas (motóricas, osteoarticulares y del sistema nervioso), referidas a anomalías orgánicas en el aparato locomotor, deficiencias en el sistema nervioso, con relación a las parálisis de extremidades superiores e inferiores, paraplejias y tetraplejias; a trastornos de coordinación en los movimientos; alteraciones en los aparatos

respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario y otras. El 54 % de las personas con discapacidad física presenta problemas de tipo osteoarticular – 34 de cada mil habitantes - destacando la columna y los miembros inferiores como los más afectados.

En este grupo de patologías, la **parálisis cerebral** incluye un conjunto de alteraciones motoras debidas a una lesión anatómica del sistema nervioso central inmaduro, que puede interesar a la corteza, ganglios basales, cerebelo y tronco cerebral. Los distintos tipos caracterizados tiene en común la disfunción motora y la alteración de los mecanismos de control postural; se diferencian por sus distinta etiología, el grado de afectación y los síntomas clínicos asociados (discapacidad intelectual, epilepsia, alteraciones auditivas y visuales).

Signos clínicos	Localización de la lesión	%
Síndrome espástico	Afectación del circuito córtico-espinal; se trata de una contracción involuntaria de la musculatura. Se suele producir una hiperflexión en los músculos de los antebrazos y una hiperextensión en la musculatura de las piernas (pies en equino). También está afectada la musculatura de la cara y de la fonación.	40-50 % de los casos
Síndrome atetósico	Afectación del sistema extrapiramidal; el tono muscular presenta fluctuaciones espasmódicas, afectando a la coordinación de los movimientos. Pueden presentarse síntomas de hipercinesia (corea, atetosis) o hipocinéticos (rigor). Los movimientos empeoran con el esfuerzo.	20-30 % de los casos
Síndrome atáxico	Afectación del circuito cerebeloso; el tono muscular está disminuido afectando de forma importante a la estabilidad postural. La marcha es insegura, fluctuante, de tipo <i>polichinela</i> , con grave afectación del equilibrio.	

En función de cuál sea el circuito regulador de la motricidad humana afectado, tendremos diferentes tipos de lesiones cerebrales:

Según la distribución topográfica, se puede hablar de paraplejia (miembros inferiores), hemiplejia (un hemicuerpo afectado), tetraplejia (los cuatro miembros) y diplejia (los cuatro miembros, predominando los inferiores).

3.2. Deficiencias intelectuales. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el retraso mental se define como desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, del lenguaje, motóricas y de socialización:

- **Leve:** C.I. entre **50 y 70**..... 85 % de los casos.
- **Moderado:** C.I. entre **35 y 50** 10 % de los casos.
- **Grave:** C.I. entre **20 y 35** 3-4 % de los casos.
- **Profundo:** C.I. inferior a **20** ... 1-2 % de los casos.

El Cociente Intelectual (C.I.) se obtiene dividiendo la edad mental (EM) por la cronológica (EC), y el cociente obtenido se multiplica por 100.

3.3. Deficiencias sensoriales.

▫ **La deficiencia auditiva**, hace referencia a toda pérdida o disminución de la función auditiva. Para la O.M.S., una persona sorda es aquella que no es capaz de percibir sonidos incluso utilizando aparatos amplificadores. Según la gradación en el nivel de percepción, asistimos a un abanico de posibilidades que van desde la sordera absoluta a casos menos graves de audición disminuida (hipoacusia).

Atendiendo a la clasificación cualitativa o biomédica, se distinguen tres tipos:

Tipos	Localización de la lesión	Porcentaje
Hipoacusias de transmisión o conducción.	En el oído medio o externo y no permite la transmisión por vía aérea del sonido.	5 %
Hipoacusias de percepción o neurosensorial.	Cuando afectan a las estructuras del procesamiento del sonido: oído interno (cóclea), vías nerviosas y corteza cerebral.	75 %
Hipoacusias mixtas.	Están afectadas ambas estructuras de forma simultánea.	20 %.

▫ **La deficiencia visual** incluye tanto a las personas ciegas como aquellas que tienen una disminución en su capacidad visual (disminución de la agudeza visual, menor campo visual), de acuerdo con la siguiente clasificación:

- **ceguera total:** percepción de luz que el individuo no puede utilizar para la adquisición de ningún conocimiento o información.
- **ceguera parcial:** percepción de bultos.
- baja visión:** el déficit visual incapacita al individuo para algunas actividades usuales, precisando de adaptaciones significativas o métodos específicos, como puede ser la lecto-escritura braille. Pueden ver a pocos centímetros.
- **visión límite:** el déficit visual no incapacita al individuo para las actividades diarias, pero precisa adaptaciones sencillas para llevar a cabo algunas de ellas.

4. Intervención del socorrista acuático con personas con discapacidad.

Antes de ofrecer una ayuda, preguntarle primero si es necesaria; no forzar a recibir una ayuda que no necesita o no demanda.

► 4.1 La comunicación.

La comunicación del socorrista acuático con el usuario con discapacidad ha de permitir, ante todo, una relación espontánea y natural que haga posible el máximo disfrute y satisfacción por ambas partes. Una comunicación que ha de ser:

- ▷ **eficaz**, que permita obtener y transmitir información.
- ▷ **motivadora**, que promueva la desinhibición.
- ▷ **diversa**, que haga posible la utilización de diversas técnicas.
- ▷ **adecuada**, que tenga en cuenta las condiciones en las que se produce la comunicación.
- ▷ **realista**, que analice las características de los interlocutores.

Estrategias para favorecer la comunicación

- ▣ Utilizar un lenguaje claro, comprensible y con frases cortas, inspirando confianza con la forma de hablar y manifestarse.
- ▣ Identificar las condiciones más idóneas para favorecer una comunicación fluida, natural y espontánea, en función de las necesidades y características de los usuarios.
- ▣ Seleccionar y utilizar las técnicas de comunicación verbal o gestual más adecuadas al contexto y a la propia actividad.
- ▣ Identificar y analizar las dificultades o interferencias que pueden estar dificultando la comprensión del mensaje por parte de algún usuario.
- ▣ Utilizar la demostración y la información visual para favorecer la percepción y comprensión.
- ▣ Dar tiempo suficiente para que el usuario comprenda la información que se le da, adecuando las expresiones y conceptos a sus posibilidades.
- ▣ No bloquear al usuario con grandes cantidades de información o utilizando términos muy técnicos o poco inteligibles.

4.1.1 Usuarios con discapacidad física.

◊ Si utiliza silla de ruedas, para hablarle, colocarse frente a él, a su altura -a ser posible- y nunca detrás; necesita ver al que le habla.

- ✧ Tener paciencia si no se le entiende a la primera; seguir insistiendo de forma natural y tranquila hasta reconocer el sentido de la comunicación.
- ✧ Disponer de un código de soporte hablado o escrito, por ejemplo, palabras, sílabas, temas concretos, para hacer posible y facilitar la comunicación
- ✧ Si no se ha comprendido algo en una conversación, debemos hacérselo saber y no actuar como si lo hubiéramos comprendido.

4.1.2 Usuarios con discapacidad visual.

La persona ciega necesita percibir el entorno

- ✧ Para favorecer la orientación espacial, utilizar todo tipo de señales acústicas (palmadas, golpes con el material, voces localizadas y acordadas previamente).
- ✧ El socorrista adoptará una posición y una actitud que le permita verbalizar lo que acontece para facilitar la percepción y el control de la situación por parte del usuario ciego.
- ✧ Evitar sustituir el lenguaje verbal por gestos de difícilmente pueden ser percibidos; evitar exclamaciones que pueden producir temor o ansiedad en el usuario ciego (!ay!, !cuidado!, !quítate de ahí!, !apártate rápido! ¡vete allí!).
- ✧ Hablar en un tono normal, despacio, de forma clara y sin gritar; la persona ciega reconoce a los demás por la voz; al hablar, procurar mirarle a la cara y no utilizar intermediarios para dirigirse a él; utilizar con naturalidad las palabras *ciego*, *mirar*, *ver*, pues ellos las utilizan sin ningún problema.

4.1.3. Usuarios con discapacidad auditiva.

- ✧ En la interlocución debemos darle la oportunidad de que lea nuestros labios de forma nítida, evitando poner las manos delante de la cara, bigotes voluminosos, iluminación deficiente, movernos al hablar.
- ✧ Vocalizar bien para facilitar la comunicación con el usuario labiolector; no gritar y ayudarnos con gestos y signos; construir frases sencillas y breves.
- ✧ Utilizar medios de señalización expresivos y visuales (pañuelos de colores vivos, gestos con las manos, movimientos o gestos faciales).

4.1.4. Usuarios con discapacidad intelectual.

- ✧ Tener paciencia si no nos pueden comprender; seguir insistiendo de forma natural hasta que logren entender y asimilar la información que les transmitimos.
- ✧ Utilizar los puntos fuertes en su manera de comunicarse y darles tiempo suficiente para que se expresen con naturalidad y espontaneidad.
- ✧ Evitar tratarles como niños pequeños, estableciendo una relación espontánea exenta de proteccionismo y paternalismo.

► 4.2. La movilidad.

4.2.1 Usuarios con discapacidad física.

Las personas con discapacidad física pueden presentar una mayor o menor capacidad para desplazarse y moverse forma autónoma, una marcha inestable o aquellas otras que necesitan para sus desplazamientos de ayudas técnicas (bastones, andadores, silla de ruedas, triciclos adaptados, etc.), o también, órtesis o prótesis (plantillas, antiequinos, corsés, etc.).

✦ No ayudar si no se lo pide, o sin haberlo antes propuesto; al empujar su silla de ruedas, debemos transmitirle seguridad y confianza.

✦ Si utiliza bastones o muletas, darle el tiempo necesario en los desplazamientos, sin agobiar ni meter prisas.

✦ Para las personas que utilizan silla de ruedas para sus desplazamientos necesitamos una tabla de transferencia para transportarla a una silla anfibia antes de entrar en el agua.

✦ Fijar al usuario en la silla anfibia para evitar, por ejemplo, que un golpe de mar le despida de la misma.

✦ Al empujar una silla de ruedas:

- hacerlo de forma suave, sin grandes giros ni brusquedades.
- no golpear bruscamente la silla contra el suelo.
- evitar desniveles y agujeros en el suelo por pequeños que sean.
- preguntar en todo momento si está seguro y cómo quiere que se le ayude.
- Adecuar la velocidad de desplazamiento a las necesidades y características de la persona que utiliza la silla de ruedas.

✦ Al bajar escalones:

- colocarnos de frente a los escalones.
- inclinar la silla hacia atrás hasta el punto de equilibrio estable y seguro.
- desplazar la silla de forma suave hasta el borde del escalón.
- realizar el esfuerzo con las piernas flexionadas para controlar mejor el centro de gravedad y evitar lesiones de espalda.
- deslizar la silla hasta el siguiente escalón de forma suave y lenta.
- al llegar al final de los escalones, apoyar las ruedas delanteras de forma suave.

✦ Al subir escalones:

- colocarnos de espaldas a los mismos.
- inclinar la silla hacia atrás hasta conseguir el punto de equilibrio estable y seguro.
- ir tirando de la silla de forma suave hasta superar el escalón.
- en cada escalón parar y repetir de nuevo la maniobra anterior.
- al llegar al final de los escalones, apoyar las ruedas delanteras de forma suave.

4.2.2. Usuarios con discapacidad visual.

✦ Preguntar antes de ofrecer ayuda, no forzar a recibir una ayuda que no necesita o no demanda; colocarnos delante (medio paso) ofreciendo el brazo para que se agarre; siempre al otro lado del que lleva el bastón (técnica de guía vidente); si lleva perro-guía, preguntarle si quiere ir agarrado o prefiere dar la orden a su perro para que nos siga..

✦ **Técnica de acompañamiento:** el usuario ciego se situará un poco por detrás del socorrista y le cogerá por encima del codo con la mano formando una pinza, de manera que por los movimientos del socorrista, éste puede anticipar y saber si existen obstáculos; para aportar más sensación de seguridad, se puede coger directamente de la mano; durante los desplazamientos en carrera evitar colocar la mano sobre el hombro,

ya que produce más fatiga y dificulta la mecánica de la carrera al no poder contar con un brazo.

- ↗ Caminar a su lado y sólo en sitios estrechos, caminar por delante advirtiéndoselo.
- ↗ Para ayudarlo a subir o bajar, basta con poner su mano en la barandilla e indicarle los escalones que tiene por delante.
- ↗ Tener en cuenta que para el usuario ciego, el bastón es un instrumento valiosísimo que le permite alargar su campo de percepción táctil; conocer previamente la distancia a la que es capaz de discriminar y reconocer a las personas y los objetos.

Decálogo de intervención del socorrista acuático en personas con discapacidad

- 1. No ayudar si no lo pide.**
- 2. Preguntar qué tipo de ayuda desea que se le ofrezca.**
- 3. Tratar a la persona con discapacidad con respeto y delicadeza.**
- 4. Evitar actitudes paternalistas y conmiseras.**
- 5. Inspirar confianza y seguridad con la forma de hablar y manifestarse.**
- 6. Permanecer alertas a posibles e inesperadas contingencias.**
- 7. Utilizar un lenguaje claro, comprensible y con frases cortas.**
- 8. Identificar y eliminar las interferencias o dificultades que puedan entorpecer una comunicación adecuada.**
- 9. El objetivo primordial es que la persona con discapacidad disfrute la máxima posibilidad de autonomía personal.**
- 10. Ofrecer al usuario un entorno seguro y una ayuda eficaz.**