

Save the Children

DISCAPACIDAD

Modulo de Capacitación

Marzo 2004

Introducción

Los niños, niñas y adolescentes con discapacidades forman parte de todas las sociedades, culturas y comunidades, y como sus pares y las demás personas deben ser respetados y apoyados para garantizar el pleno ejercicio de sus derechos.

Las necesidades de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades son básicamente iguales a las de los demás, pero en situaciones de emergencias, desastres, conflictos o desplazamientos se vuelve difícil asegurar que se pueda satisfacer estas necesidades y desarrollar sus capacidades. Es más si rara vez son incluidos en programas de desarrollo general menos aún son visibilizados en éstas situaciones dramáticas. Por tanto, es importante que las organizaciones que trabajan con programas de emergencia, asistencia y desarrollo, discutan e intercambien experiencias sobre cómo promover el ejercicio de los derechos a esta parte de la población afectada.

Este es un módulo de capacitación para informar, actualizar y comprender la situación de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y actuar así de la mejor manera atendiendo sus necesidades, escuchando sus demandas y fundamentalmente respetando sus derechos

Está diseñado en cuatro partes.

La primera contiene los temas centrales sobre la discapacidad que se deben conocer a nivel conceptual y práctico para atender con un enfoque de derechos, a los niños, niñas y adolescentes con alguna discapacidad, que se encuentran en medio de una emergencia, un desastre o un conflicto.

La segunda parte está referida al desarrollo de las sesiones de capacitación brindando las orientaciones pedagógicas que favorezcan un clima afectivo y cognitivo de interacción entre participantes y facilitador-capacitador. Incluye una propuesta de desarrollo de sesiones por cada tema central incluido en el módulo.

La tercera parte contiene lecturas complementarias de apoyo, ampliación o profundización de la información considerada en el módulo. Pretenden ser un soporte de información adicional al facilitador-capacitador.

La cuarta parte presenta ideas fuerza que actúen como organizadoras y reforzadoras de la información. Pueden ser presentadas en transparencias, papelógrafos, tarjetas o cualquier medio de visualización considerado pertinente o accesible en el momento.

El módulo está dirigido a profesionales, directivos de instituciones, coordinadores de intervenciones institucionales, personal de campo y adultos cercanos (líderes, padres, madres, maestros, madres cuidadoras o comunitarias, otros) que cumplan criterios educativos básicos y que trabajan en emergencias, desastres, conflictos, desplegando su labor humanitaria.

Esperamos sea adecuado, completado, recreado, modificado. Será una constancia de su uso y utilidad.

TEMAS

TEMA 1

Definiciones, actitudes, enfoques y estrategias para atender la discapacidad en situaciones de emergencia

1. Definiciones, actitudes, enfoques y estrategias de la discapacidad en situaciones de emergencia

1.1 Definiciones de emergencia en el trabajo humanitario

1.2 Definiciones sobre la discapacidad

1.3 Actitudes a los niños, niñas y adolescentes con alguna discapacidad

1.4 Enfoques para el trabajo en discapacidad

1.4.1 Enfoque médico

1.4.2 Enfoque social

1.4.3 Enfoque de desarrollo y derechos del niño en la emergencia

1.5 Estrategias para el trabajo de emergencias con niños, niñas y adolescentes con discapacidad

1.5.1 Rehabilitación basada en la comunidad

1.5.2 Programas de extensión

1.5.3 Estrategias del ACNUR

1.5.4 Estrategia de respuesta humanitaria en casos de desastres

1. Definiciones, actitudes, enfoques y estrategias para trabajar la discapacidad en situaciones de emergencia

Puntos clave de aprendizaje

- *Es importante acercarnos al significado del trabajo humanitario en situaciones de emergencia y apostar por la necesidad de focalizar en estas situaciones a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad.*
- *Es necesario precisar los conceptos ligados al tema de discapacidad para asumir una definición ya que el término discapacidad no es un concepto universal. Varía de acuerdo a la cultura, el género, las actitudes individuales y sociales prevalecientes.*
- *La definición más inclusiva señala que la discapacidad: “resume un número de limitaciones funcionales diferentes que ocurren en cualquier población de cualquier país del mundo. Las personas con discapacidad lo pueden ser por un impedimento físico, intelectual o sensorial, condiciones médicas o enfermedad mental. Dichos impedimentos, afecciones o enfermedades pueden ser permanentes o transitorias en naturaleza”. El término discapacidad, sirve como término que engloba los impedimentos, limitaciones de la actividad o restricciones a la participación.*
- *Es necesario reconocer y comprender nuestras actitudes hacia la discapacidad antes de trabajar sobre el tema. Las actitudes prevalecientes hacia la discapacidad dictan cuan excluidos pueden estar los niños, niñas y adolescentes con discapacidades dentro de la sociedad y en consecuencia en los programas de emergencia.*
- *La manera como se percibe la discapacidad determina el enfoque que se le dé. La discapacidad puede ser abordada desde un modelo médico, uno social y uno de derechos.*
- *La comunicación y la participación de los niños con discapacidades y sus familias son esenciales en el trabajo con ellos.*

1.1 Definiciones de emergencia en el trabajo humanitario

Las definiciones que se utilizan en el manejo de situaciones de emergencia o desastres con la población afectada son múltiples y variadas. Y a veces no existe consenso sobre su significado y pertinencia. Sin embargo suelen tener elementos comunes que permiten el trabajo articulado y solidario entre las instituciones humanitarias cuya finalidad central es enfrenar las situaciones que ponen riesgo para la vida de las personas en general y con mayor riesgo la de los niños, niñas y adolescentes. Más aún de aquellos que sufren algún tipo de discapacidad.

El concepto mismo de Emergencia si bien tiene varias definiciones¹, alude en esencia a la importancia de socorrer a la población afectada por circunstancias adversas sean de origen natural o por acción del hombre. Enfatiza, para el caso de la discapacidad, la priorización del trabajo con los que pueden correr mayor riesgo es decir los niños y niñas que presentan alguna

¹ Emergencia es entendida como suceso o accidente, de origen natural o causado por el hombre, que requiere acción inmediata para evitar o disminuir sus efectos adversos por el Instituto de Defensa Civil - Indeci. de Perú y como una situación en la que la vida, el bienestar y la dignidad de la población de interés son afectados por una crisis repentina y aguda en su contexto natural, social y/o político ICRC UNHCR, UNICEF, SCF.

Otros conceptos adscritos al trabajo de Emergencia son Riesgo, utilizado para indicar la probabilidad de que la capacidad de ocasionar daños de un determinado peligro desencadene en una pérdida, expresada en función del suceso y la magnitud de las consecuencias. Desastre, asumido como suceso de origen natural o causado por el hombre y que alcanza a muchas personas poniendo en peligro la vida, el patrimonio, el desenvolvimiento de las actividades o el ambiente. Accidente, llamado a todo suceso extraño al normal desenvolvimiento de las actividades de una organización y que produce una interrupción generando daños a las personas, patrimonio o al medio ambiente. Seguridad, grado de aceptación de los riesgos

desventaja adicional a su propia condición de niños. Y esto es importante en la medida que la condición de discapacidad ni es de un solo tipo ni es total y necesariamente evidente. Casos de sordera, dificultades en el lenguaje, dificultades de relación por ejemplo son de hecho diferentes y no siempre pueden ser detectados de primera impresión, a diferencia de la dificultad de movimiento, o visión, lo que convierte a la detección e identificación de los tipos y casos de discapacidad en el primer paso para la defensa y atención de los derechos de los niños.

Así mismo son variadas también las situaciones de emergencia en las que se encuentran involucrados los niños, niñas y adolescentes con alguna discapacidad. Es más pueden estar en condiciones de discapacidad como resultado de la situación de emergencia, desastre o conflicto. Sean las emergencias ocasionadas por eventos de origen accidental o no, sean por fenómenos naturales o por la mano del hombre, para ellos la situación de emergencia no debería terminar cuando se acaba el evento sino que debería continuarse hasta garantizar la superación del efecto post traumático que supone enfrentar la situación de riesgo vivida desde su condición de niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad.

El trabajo humanitario en Emergencias y desastres supone velar por el derecho de las poblaciones afectadas a protección y asistencia. En tal sentido tiene dos momentos. Uno de preparación referido a cómo las instituciones del Estado y de la sociedad civil se organizan para estar en condiciones de atender todo tipo de emergencias y desastres con calidad, eficiencia y respetando los derechos de la población involucrada. Y otro momento de prevención dirigido, a mantener y conservar en buenas condiciones la infraestructura local y a capacitar a la población para evitar o minimizar las situaciones de mayor riesgo o daño que se presenten.

El trabajo de emergencias suele abordarse de dos maneras. Vía la atención inmediata que se centra en la intervención *durante* el suceso y el de atención denominada *de riesgo*, más integral y que supone no sólo la intervención sino también la ejecución de actividades de prevención y de monitoreo y control posterior.

1.2 Definiciones sobre la discapacidad

En mayo de 2001, la 54^{ava} Asamblea Mundial de la Salud suscribió la segunda edición de la Clasificación de Impedimentos, Discapacidades y Handicaps Internacional de la Organización Mundial de la Salud (ICIDH-2 por sus siglas en inglés), dándole un nuevo título, la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidades y Salud. El objetivo de ésta era proveer un lenguaje y marco unificados y estándar para la descripción del funcionamiento y discapacidad humanos como componente importante de la salud. El término “handicap” fue abandonado y en su lugar se ha utilizado “*discapacidad*” como un término abarcador, que se refiere a las limitaciones de las actividades o restricciones a la participación asociados con la salud. “*Limitación de la actividad*” (sic). La ICIDH- 2 ha sido aceptada como una de las clasificaciones sociales de las Naciones Unidas y es referida e incorporada en las Reglas Estándar de las Naciones Unidas sobre la homologación de oportunidades para las personas con discapacidades, que describe discapacidad de la siguiente manera:

“Resume un gran número de limitaciones funcionales diferentes que ocurren en cualquier población de cualquier país del mundo. Las personas con discapacidad lo pueden ser por un impedimento físico, intelectual o sensorial, condiciones médicas o enfermedad mental. Dichos impedimentos, afecciones o enfermedades pueden ser permanentes o transitorias en naturaleza ”.

El término discapacidad, sirve como término englobante para los impedimentos, limitaciones de la actividad o restricciones a la participación.

Para comprender mejor el concepto de discapacidad es necesario entender el concepto de deficiencia. Una deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.²

² Aplicación de la terminología propuesta por la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Emanuel Gutierrez y Restrepo.

Este concepto hace referencia a las anomalías de la estructura corporal y de la apariencia y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa.

En principio las deficiencias representan trastornos a nivel de órgano por tanto no es correcto referirse a una persona que tiene una deficiencia con el nombre de la deficiencia en cuestión.

La discapacidad entonces es toda restricción o ausencia – debida a una deficiencia- de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Existe una relación más o menos directa entre enfermedades o trastornos y la discapacidad. Por ejemplo la polio es una enfermedad que se refiere a la deficiencia en el movimiento y la discapacidad en este caso nos remite a su restricción o ausencia de capacidad para realizar los actos propios de las personas que se movilizan sin mayor dificultad.

Los impedimentos y discapacidades son de diversas clases y afectan de manera diferente al individuo, al grupo familiar y social, de acuerdo a los aspectos individuales y sociales que la determinan. Pueden ser visuales, auditivos, motores, psicológicos.

La discapacidad puede ser por nacimiento, producto de una enfermedad en cualquier momento de la vida, súbita por accidente o resultado de algún desastre o emergencia, por falta de satisfacción de necesidades básicas como puede ser la alimentación o el afecto.

Cualquier persona puede ser un discapacitado sea de manera temporal o permanente. Y esta situación debe ser incorporada como posibilidad concreta por todas las personas. Esta posibilidad es mayor en situaciones de fenómenos naturales, como terremotos, aluviones, inundaciones, heladas o friajes, incluso huracanes o erupciones volcánicas, donde las personas estamos más expuestas, más que por los fenómenos, por los resultados de comportamientos, actitudes y reacciones de la población frente al hecho.

1.3 Actitudes frente a las niñas, niños y adolescentes con alguna discapacidad

Las actitudes hacia las personas con discapacidades varían. Las actitudes que provocan diferentes tipos de comportamientos suelen estar determinadas por las supersticiones, los mitos, las nociones religiosas, la falta de comprensión y la desinformación.

Dependiendo del contexto familiar, social y cultural los niños con discapacidad pueden ser: ocultados, oprimidos, abusados y/o explotados por sus familias como si fueran algún tipo de ser humano inferior. En algunas culturas, el tener un niño con discapacidad puede verse como vergonzoso, como castigo de dios; pueden incluso creer que la discapacidad es contagiosa y puede afectar a cualquiera que toque a la persona que la tiene. Estos comportamientos repercuten en los derechos de las niñas y los niños con discapacidades que encuentran vulnerada no sólo su dignidad y su propia autoestima si no que además de luchar con las limitaciones propias de sus discapacidades deben enfrentar las pocas oportunidades que tienen para su desarrollo individual.

Estas actitudes se reflejan en comportamientos de rechazo, distancia, reserva y hasta temor entre otras. Reflejan además no solo desconocimiento sino sobre todo falta de sensibilidad y respeto hacia ellos como personas con los mismos derechos que los demás y sobretodo por ser niños, con el derecho a la mayor protección de todos.

Estas actitudes negativas son más peligrosas si las manifiestan o las tienen personas que trabajan con ellos ya que sus comportamientos reflejaran lo que sienten y piensan. En las situaciones de emergencia es responsabilidad de los emergencistas visibilizar a las niñas, niños y adolescentes que presenten alguna discapacidad ya sea anterior o producto directo de la emergencia que se está cubriendo. Esta visibilización supondrá en la práctica tenerlos presentes, incorporarlos y considerar sus características en todas y cada una de las actividades que se ejecuten, preguntar su opinión sobre la mejor manera de considerarlos y averiguar

cuántos de ellos pueden colaborar también en la identificación de los afectados por alguna discapacidad así como con las tareas propias de la situación.

Las personas en general que evidencian limitaciones y en especial las que tienen algún tipo de discapacidad son muy sensibles y perceptivas. Ellas “sabrán” cuando son tenidas en cuenta, cuando son incorporadas, cuando son excluidas, cuando son marginadas, cuando son aceptadas. Cuanto de lo que se hace, es en la práctica con ellos mas que por ellos, reflejará una actitud de igualdad, equidad y respeto. La dimensión afectiva del trabajo en las emergencias requiere ser puesta en evidencia, es cierto que con toda la población afectada, pero más aún con las personas discapacitadas y sobre todo con los niños, niñas y jóvenes que sufren de discapacidad.

Es necesario reconocer en nuestro trato con ellos que son personas cuyas limitaciones les ha hecho enfrentar la vida con una enorme capacidad de resiliencia³, es decir de enfrentar las dificultades y la adversidad de su situación traumática con una alta dosis de fuerza interior y de empeño aprendiendo a sobreponerse tal vez mejor que otros niños que no enfrentan esta situación limitante. Tiene que ver con las fortalezas y aptitudes que han desarrollado para enfrentar sus problemas. Ellos demuestran las capacidades que llevan dentro para salir adelante lo antes posible, algunas con más éxito que otras.

1.4 Enfoques para el trabajo en discapacidad

Tres son los enfoques o modelos existentes para el trabajo con personas con discapacidad. Son referentes que deben ser tenidos en cuenta cuando enfrentamos emergencias. Como las actividades que se realizan para controlar alguna emergencia no son individualizadas la prevalencia o aplicación de uno u otro dependerá del tipo de problema que se presente y si la atención es inmediata o demanda el seguimiento y propuesta de atención regular posterior. En todos los casos el enfoque de derechos debe ser incorporado. Existirían 2 enfoques en el

Los enfoques son: el **modelo médico**, el **modelo social** y el **modelo de derechos**.

La aplicación de uno u otro modelo, estarían reflejando de alguna manera las actitudes que se tienen frente a las personas con discapacidad. Las consideramos enfermas y pasivas limitadas a recibir atención médica como única alternativa de cuidado o si más bien entendemos que su situación puede ser superada con mayor éxito si a la par que consideramos los factores biológicos también consideramos sus posibilidades individuales de superación y la reacción positiva ante estímulos negativos y la participación familiar y social como factores ínter actuantes decisivos.

Es evidente que no se puede confiar en los modelos como el único punto de partida para trabajar con la discapacidad. La realidad para cada niño, niña o adolescente con una discapacidad es más compleja y el enfoque adoptado tendrá que variarse, modificarse, complementarse, articularse o integrarse de acuerdo a las circunstancias.

1.4.1. Enfoque médico

Este modelo se basa en dos principios:

Primero, considera que la discapacidad es un fenómeno individual, en el sentido que el problema se origina en la persona misma (él/ ella no puede ver o no puede caminar o no puede comprender) y segundo, enfatiza la naturaleza médica de la discapacidad, ya que se cree que existen medidas objetivas para diagnosticar el impedimento y tratar la “anormalidad”.

El impedimento, ya sea hereditario o resultado de la malnutrición, enfermedad, lesión o trauma, se percibe como la causa principal de la discapacidad, reflejando la imagen de las personas con discapacidad como dependientes, desamparadas, anormales y de ser una carga con alto costo, lo que estaría justificando la separación, invisibilidad, exclusión o aislamiento que experimentan en la sociedad.

³ Ana María Haz La supervisión de salud del niño y el adolescente. Unicef-Universidad Católica. Chile S/f.

Frente a esta mirada es la rehabilitación médica la respuesta más efectiva siendo su objetivo corregir y compensar la deficiencia o limitación de las personas y requiere servicios e instituciones especializadas como por ejemplo de educación especial, de capacitación especial en comunicación, los que se basan en personal médico y paramédico y a menudo en técnicas y herramientas de alto costo.

Por muchas décadas, este enfoque ha prevalecido en muchos países dando lugar a las políticas y los servicios correspondientes. Sin embargo en la realidad y para la mayoría de personas con discapacidad estos servicios especializados simplemente no existen o son de un alto costo lo que genera en sí una exclusión. Tampoco acceden a los recursos disponibles para su restablecimiento.

“Mi madre visitaba constantemente el hospital para buscar una operación para mí, para cambiar mis calibres, para consultar al médico sobre mi afección, a la edad de 7 años cuando comencé la educación primaria, ella tenía que llevarme a espaldas por varios kilómetros todos los días, esto ponía en tensión la vida familiar y comencé a sentir que ellos querían que yo estuviera lejos, que la familia quería un descanso de mis problemas. Me imagino que también pensaban que lejos de casa en una institución podía tener mejores oportunidades de mejorarme a mí mismo”.

Niño de 8 años de edad, “en nuestras propias palabras”, Save the Children UK.

Toda emergencia siempre desplaza personal médico en la zona y esto no significa que implemente sólo este modelo. Consideramos que el modelo se aplica, juntamente con otras medidas, cuando los efectos de los desastres ocasionan discapacidades temporales o permanentes que ameritan el establecimiento de un programa prioritario de atenciones médicas sistemáticas, que pueden incluir no sólo la detección del problema sino también de operaciones in situ, de traslados o derivaciones a centros especializados.

Este modelo sin embargo no conlleva la detección y tratamiento de las situaciones psicológicas y familiares post-traumáticas que suelen enfrentar las personas que han sufrido las consecuencias de algún desastre producto de algunos de los fenómenos naturales que se presentan en nuestra región.

1.4.2 Enfoque social

Desde los años 60, este modelo de tratamiento a la discapacidad ha entrado en vigencia favorecido por los organismos nacionales e internacionales que defienden los derechos de las personas con discapacidades y luchan por que tengan iguales oportunidades.

Este modelo resalta la conexión que existe entre las limitaciones experimentadas por los individuos con discapacidades y el entorno que los rodea. Así, el “problema” no es la persona con la discapacidad, sino más bien la sociedad en la que vive que no provee las condiciones necesarias para su inclusión en situaciones de igualdad en la vida cotidiana como son edificios accesibles, rampas, libros en braille, intérpretes de lenguaje de signos, entre otras facilidades, contribuyendo aún más a la discapacidad de la persona no solo física si no psicológica.

El desafío es entonces que la sociedad visibilice la existencia de personas con discapacidades y ajuste sus patrones, provea las condiciones y disponga normas que tengan en cuenta los derechos de las personas con discapacidad, con especial énfasis con niños, niñas y adolescentes.

En vez de apuntar solamente a los individuos con discapacidad, las estrategias de rehabilitación en este modelo se dirigen hacia la sociedad para sensibilizarla y hacerla más accesible e inclusiva e incorporando a todos en las actividades y servicios sociales. Las personas con discapacidades deben tener acceso a los servicios ordinarios, los cuales son fortalecidos por el apoyo de servicios especializados.

El modelo social de la discapacidad desafía el retrato negativo de las personas con discapacidades, lo cual a veces es característico del modelo médico. Los movimientos y

organizaciones han apuntado a visibilizar al discapacitado y sus capacidades . Ya que éstas, no sólo son capaces de desempeñar un papel activo en las actividades cotidianas y sociales sino también en la planificación, organización, ejecución y vigilancia de los servicios y programas que los afectan.

Este modelo es el más adecuado para garantizar y defender los derechos de las personas con discapacidad en situaciones de emergencia ya que al asumir que “somos” todas las personas relacionadas con ellos, más las condiciones del entorno las que debemos responder y responsabilizarnos por su protección y defensa, permiten la inclusión de los niños, niñas y adolescentes en las actividades que se realizan, favorece la implementación de condiciones materiales y físicas que los incluyan, la provisión de equipos y materiales que los atiendan, la preparación de personal especializado para que los traten. Así mismo favorece la inclusión de los demás damnificados en la identificación de los niños con discapacidad, en la detección del tipo y grado de discapacidad, y en general permite incorporar a todos en su cuidado, atención y defensa de derechos.

Ambos enfoques no son excluyentes. El énfasis de uno u otro en situaciones de emergencia dependerá de la magnitud o cantidad de niños y/o población afectada por discapacidades ya sean pre-existentes o como resultado del desastre. En todo caso son complementarias.

1.4.3 Enfoque de desarrollo y derechos del niño en las emergencias

Este enfoque está basado en el desarrollo y los derechos de la niñez para las emergencias. Supone el derecho a la atención de niños y adolescentes con discapacidad en situaciones de emergencia e implica un balance entre la respuesta a las necesidades de corto plazo y el trabajo de desarrollo de largo plazo y el compromiso de trabajar para fortalecer las capacidades para producir beneficios duraderos a favor de la niñez.

En este enfoque de derechos, la participación de los niños es activa por derecho en las actividades de los programas de emergencia.

El enfoque de derechos se apoya en toda la legislación internacional que amparan el derecho humanitario, los derechos de la niñez y los tratados de derechos humanos, reafirmando que son los gobiernos los que asumen la principal responsabilidad en las funciones para mitigar los desastres y emergencias.

Los derechos de los niños con discapacidad se encuentran claramente expresados en la Convención de los Derechos de los Niños (CDN); la Convención de 1951 relacionada a la Condición de Refugiados se aplica a los refugiados con discapacidades así como a todos los refugiados, incluyendo los niños, sin discriminación (Artículo 3), las normas del Derecho Humanitario; los Principios Rectores sobre Desplazamientos Internos de Naciones Unidas (1998) que incluye la discapacidad en la cláusula de no-discriminación y la Convención de Otawa.

La adopción de un enfoque de derechos⁴ está logrando un impacto real en la manera de trabajar de las organizaciones y su personal. Las razones por las cuales se adopta este enfoque se basan en que creen que es moralmente correcto y porque piensan que ofrecen un conjunto de beneficios como:

- . Proporcionar una meta a largo plazo, a la cual se orienta todo el trabajo y un conjunto de estándares para medir el progreso alcanzado.
- . Una meta y estándares claramente establecidos dentro de un marco legal internacional, los que son comparados por los gobiernos, los donantes y al sociedad civil.
- . Identificar las responsabilidades de los gobiernos, de los donantes, del sector privado, de las comunidades y de los individuos, comprometiéndolos para la acción, así como maneras de hacerlos rendir cuentas.
- . Incorporar dentro de un planteamiento integral, lo que se conoce ampliamente como “buena práctica de desarrollo”. Esto es un enfoque sobre la participación, la equidad, la sostenibilidad, la no discriminación, la erradicación de la pobreza y el trabajo multisectorial.

⁴ Tomado de: Programación de los Derechos del Niño. Cómo aplicar un enfoque de derechos del niño en la programación. Manual para los miembros de Save the Children. 2002

1.5. Estrategias para el trabajo de emergencias con niños, niñas y adolescentes con discapacidad

En general las estrategias que se presentan son generales para cualquier trabajo con personas con discapacidad y utilizadas usualmente para programas de largo aliento como para emergencias que demandan ser atacadas de manera inmediata, puntual en función a la naturaleza del fenómeno natural o social que las desencadena y de los daños ocasionados en la población afectada. La última estrategia mencionada es más propia de las situaciones de emergencias y desastres.

Estas estrategias surgieron a raíz de la aplicación del modelo social ya que con éste es más probable satisfacer las necesidades de los niños, niñas y adolescentes y construir condiciones para su inclusión y para el ejercicio integral de sus derechos.

Es importante señalar que ninguna estrategia es mejor que otra. Una estrategia que funciona en una comunidad puede ser completamente inapropiada en otra. Sin embargo, se puede aprender mucho del estudio de distintas estrategias, ya sea que hayan tenido éxito o fracaso.

Cualquiera de estas estrategias debe tener como principio orientador la inclusión. La inclusión significa que siempre que haya actividades planificadas para adultos y niños, la consideración sobre los adultos y niños con discapacidades sea automática. El término **inclusión** se refiere al mantenimiento del individuo en el entorno natural, evitando así la segregación inicial.

Siempre que sea posible, se debe involucrar a los niños con discapacidades en las actividades con otros niños. En todo tipo de situaciones, sean de emergencias o conflictos, es posible capacitar a los proveedores del servicio de atención, a los profesores de los ámbitos afectados, a los trabajadores de campo, a otros niños, niñas o adolescentes y a líderes de la comunidad para que sean sensibles a las necesidades de los niños con discapacidades y aseguren que no se los margine y que se promueva sus capacidades y sus puntos fuertes. Mejor aún si como parte de la estrategia se incorpora a la capacitación como parte de los programas que suponen enfrentar las emergencias para mitigar los desastres.

1.5.1. Rehabilitación basada en la comunidad (RBC)

La RBC, es un método para trabajar con niños con discapacidades. Fue desarrollado por la OMS en los años 70 e involucraba el uso de los medios disponibles para asistir a las personas en su entorno y ayudarlas a tomar parte en cualquier actividad. Esta estrategia cuyo énfasis son los derechos humanos busca la integración social, la participación y el empoderamiento de las personas con discapacidad.

Para hacer la RBC efectiva, la sociedad en su conjunto debe estar comprometida con las personas con discapacidades. Esto requiere entre otras cosas que los padres, vecinos y parientes reciban capacitación sobre cómo pueden ayudar y apoyar al niño y que los maestros adapten su enseñanza a los niños con necesidades especiales.

El propósito de la RBC es cambiar la actitud tanto del niño con discapacidades como de las personas en su entorno. Si uno puede hacer al niño con discapacidades más visible en la comunidad, también es más fácil hacer que se les acepte mejor. Los niños necesitan estar motivados para participar en todo lo que ocurra en la comunidad local y se debe posibilitar su participación.

La RBC es una estrategia de bajo costo porque está dirigida a incluir a las personas en funciones "normales" de la sociedad. Sin embargo, la experiencia muestra que a menudo el desarrollo de un sistema de RBC dentro de una comunidad tendrá el beneficio agregado de desencadenar otras actividades basadas en la comunidad, haciendo así más efectiva la estrategia.

En situaciones de emergencia, donde el trabajo es inmediato y generalmente de corto o mediano aliento esta estrategia permite no descuidar la inclusión en todas las actividades, tareas o acciones a los niños con discapacidad. Demanda una actividad inicial de sensibilización con todos los prestadores de los servicios de emergencia, con toda la población

afectada, sobre las necesidades, características, tipos y requerimientos de los niños y adolescentes con discapacidad, las formas de favorecer su inclusión y las condiciones de infraestructura física que deben incorporarse en el ámbito de la emergencia como manera de favorecer su participación.

1.5.2 Programas de extensión

Estas son actividades que se originan en instituciones como hospitales, centros de rehabilitación o unidades de educación especial. A menudo se han iniciado cuando los profesionales se han dado cuenta que no todas las personas con discapacidad tienen acceso a los servicios provistos en las “instituciones”. Se basan en un punto de vista profesional, a menudo médico, para resolver el problema individual de las personas con discapacidad.

Estas experiencias nos son útiles para las acciones de preparación para las emergencias ya que nos señalan que en el diseño de éstas actividades deberán considerar a éstos profesionales, técnicos e instituciones que coinciden para resolver las situaciones de emergencias que se presentan en nuestra región.

1.5.3 Estrategias del ACNUR

Esta estrategia fue planteada en los lineamientos de servicios a la comunidad de ACNUR para asistir a refugiados⁵ con discapacidad: un enfoque basado en la comunidad. (1996).

El eje es la capacitación a los que trabajan con refugiados y posibilitar así que comprendan las causas y efectos de la discapacidad en los refugiados o personas en situación de desplazamiento, y para buscar soluciones.

El enfoque del ACNUR se concentra en 2 áreas principales: prevención y tratamiento, y rehabilitación.

- *Prevención y tratamiento:* Se hacen esfuerzos concretos para evitar la incidencia de impedimentos potencialmente discapacitantes reduciendo los riesgos. Se debe diseñar e implementar servicios de salud, de educación y sociales asistidos por el ACNUR con atención específica a la detección temprana y, si es necesario, el tratamiento de las condiciones discapacitantes.

Se realiza prevención en varios niveles:

Primario: incluye medidas tomadas para eliminar o reducir la ocurrencia de impedimentos mentales, físicos o sensoriales. En este nivel, las estrategias preventivas incluyen el agua y desagüe, el planeamiento físico, la salud y los servicios sociales y de educación.

Secundario: involucra la identificación y tratamiento temprano de una afección de modo que no resulte en discapacidad. Las estrategias preventivas en este nivel involucrarán servicios de salud preventivos y curativos.

Terciario: Se dirige a prevenir que el impedimento se convierta en una discapacidad. En este nivel las medidas incluyen la evaluación, la educación de los padres y la provisión de ayudas apropiadas. Un programa de educación pública en todos los niveles que acompañe a esto es esencial de manera que los grupos que se encuentran en riesgo y sus familias no estén solamente informados sino también motivados a participar en la implementación de las medidas preventivas.

- *Rehabilitación⁶:* Las oficinas de campo deben buscar el asegurar que los refugiados con discapacidades tengan acceso a los mismos servicios de Rehabilitación que los nacionales, se debe proveer servicios de rehabilitación apropiados para los individuos que sufran de discapacidades físicas, mentales o sensoriales relacionadas a su situación de

⁵ Si bien se ha respetado el término de “refugiados” por se la población con la que trabaja ACNUR, los planteamientos al ser específicos para el trabajo con discapacidad ad son pertinentes para el trabajo con adaptados a otro tipo de poblaciones.

⁶ Esta área no se corresponde con el trabajo de emergencias. Se considera en tanto forma parte de la estrategia de la que damos cuenta.

refugiados, como parte de los **componentes básicos** del programa de asistencia del ACNUR. La rehabilitación debe realizarse lo más pronto posible en el desarrollo de una situación de refugiados con vista a promover la auto dependencia de los refugiados con discapacidades y sus familias.

Aplicada esta estrategia a la emergencia nos brinda una experiencia que puede ser útil fundamentalmente en el área de prevención y tratamiento ya que nos permite identificar los niveles de atención que deberemos considerar para focalizar nuestras actividades en niños, niñas y adolescentes con discapacidades presentes o potenciales. Así a nivel primario deberemos eliminar o reducir las posibles causas de impedimentos; en el nivel secundario identificaremos y trataremos tempranamente una afección para que no derive en una discapacidad y a nivel terciario deberemos impedir que el impedimento se convierta en discapacidad con programas de evaluación de condiciones, de educación a padres y de provisión de ayudas.

1.5.4 Estrategia de Respuesta Humanitaria en casos de desastres⁷

Existe una estrategia general de trabajo en casos de desastres contenida en las Normas Mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastres⁸ que se adaptada para focalizar la atención e inclusión de niños, niñas y adolescentes con discapacidad.

Estas normas tienen como finalidad aumentar la eficacia y eficiencia de la asistencia humanitaria en tanto satisfacer las necesidades básicas y restablecer condiciones de vida dignas son principios fundamentales que deben formar parte de toda acción humanitaria.

Parten de dos consideraciones fundamentales para realizar sus actividades: aliviar los sufrimientos humanos causados por los conflictos y las calamidades y el derecho que tienen los afectados a una vida digna y en consecuencia a protección y asistencia. Y asume para ello tres principios fundamentales: el derecho a vivir con dignidad; la distinción entre combatiente y no combatiente y el principio de no devolución.

Considera como prestaciones mínimas a proveer a la población afectada el agua, el saneamiento, la alimentación, la nutrición, el refugio y la atención de la salud. Y en ellas centra su trabajo y propone para cada una de ellas normas mínimas en función a dos categorías: las relacionadas directamente con los derechos de las personas y las relacionadas con las actuaciones de los organismos que ayudan a lograr que las personas gocen de estos derechos.

La estrategia de trabajo es común a las cinco áreas⁹ y está compuesta por:

- a) Normas mínimas, que señalan los aspectos mínimos a cubrir en cada área sea agua, refugios, saneamiento u otros.
- b) Los indicadores claves, que son las “señales” para verificar el cumplimiento de las normas
- c) Notas de orientación, que proponen elementos para adecuar y realizar mejor el trabajo con la población.

La primera norma común a todas las áreas es el “Análisis” de las situación de emergencia que se atiende incluidos los factores políticos y de seguridad. Se realiza en tres momentos: como evaluación inicial; como monitoreo y evaluación; y como participación en el entendido que la población afectada debe tener oportunidad de participar en la planificación y ejecución de actividades como sinónimo de búsqueda de equidad, eficacia y eficiencia

A continuación cada área desarrolla las normas propias de su campo de acción como por ejemplo en materia de abastecimiento de agua y saneamiento las normas mínimas sus indicadores y notas de orientación se refieren a abastecimiento de agua; evacuación de excretas; lucha antivectorial; gestión de los desechos sólidos; avenamiento y fomento de a

⁷ El Proyecto de la esfera incluye todas las situaciones que afectan la vida de las personas como producto de fenómenos naturales y sociales.

⁸ Extracto de: Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en casos de Desastres. El Proyecto de la Esfera. ADRA, CARE PERU, Cruz Roja Peruana Oxfam GB, Predes. Octubre 2002. Perú

⁹ Las áreas son: Abastecimiento de agua y saneamiento; Nutrición, Ayuda alimentaria; Refugios y planificación de emplazamientos; Srvicios de salud.

higiene. En el caso de ayuda alimentaria adicionalmente a la norma 1 de análisis se incluyen normas mínimas sobre necesidades; selección de beneficiarios; gestión de los recursos; logística; distribución.

Todas las áreas concluyen incluyendo normas para la capacitación en materia de recursos humanos y formación siendo enfáticos en señalar que la asistencia humanitaria depende de las calificaciones, los conocimientos y el compromiso del personal y los voluntarios para brindar un servicio de calidad. La experiencia, la formación apropiada y el apoyo y dirección de las instituciones garantiza un buen trabajo.

Esta estrategia para el trabajo en emergencias y desastres es completa e incorpora a la comunidad en todas y cada una de sus actividades. Incluye de manera implícita a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad. Lo que se debe es incorporar como indicador en cada uno de sus componentes la inclusión de ellos de modo de tener una mejor garantía de inclusión y atención con calidad, equidad y respeto por sus derechos.

TEMA 2

Niños con discapacidad en situaciones de emergencia

2. Niños con discapacidad en situaciones de emergencia

2.1 Heterogeneidad de los niños con discapacidad

2.2 Niños con discapacidad en los contextos difíciles de la emergencia

2.3 Factores de riesgo

2.4 Diagnóstico de la situación de los niños con discapacidad

2.5 Los derechos de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad

2. Niños con discapacidad en situaciones de emergencia

Puntos clave de aprendizaje

- *Características de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad*
- *En situaciones extremas producidas por fenómenos naturales, guerras, desplazamientos, y por acciones de desastre provocados por el hombre, la situación de los niños con discapacidades se hace más difícil.*
- *Las necesidades de los niños con discapacidades son básicamente las mismas que las de los otros, pero en situaciones de emergencia o desastre, conflicto y desplazamiento se hace más difícil asegurar la satisfacción de éstas.*
- *Un resultado de las situaciones de emergencia, desastres y conflicto es el incremento de niños y niñas con impedimentos físicos, mentales y cognitivos que limitan al futuro sus posibilidades de continuidad de sus procesos de desarrollo.*

2.1 Heterogeneidad de los niños con discapacidades

El uso en general del término niñas, niños y adolescentes “con discapacidad” podría implicar normalmente un grupo cohesionado y homogéneo. Sin embargo, estos niños, niñas y adolescentes tienen distinto origen étnico, pueden o no tener padres, familia, hermanos; pueden ser refugiados o vivir en una institución; pueden ser ricos y con buena escolarización, o pobres y analfabetos; pueden ser niños resilientes con una capacidad para “arreglárselas” o quizás no, como cualquier otro niño, algunos pueden tener discapacidades más visibles que otros, por ejemplo un niño que tiene polio y un niño con sordera.

Las niñas, niños y adolescentes con discapacidades también tienen distintas experiencias dependiendo de la discapacidad que tengan. Los niños con discapacidad son un grupo diverso con una amplia gama de experiencias, habilidades y percepciones respecto de su propia identidad. La discriminación y el prejuicio son tan comunes entre personas con discapacidad como en otros sectores de la sociedad: racismo, sexismo, todos estos prejuicios están presentes.

El enfoque de género también se refleja entre niñas y niños con discapacidad. Los niños y los adolescentes que tienen dificultades para moverse en muchas sociedades tienen una condición “más alta” que las niñas y las adolescentes. En muchas sociedades hay más niños que niñas con discapacidades, pues sobreviven más tiempo. La niña con discapacidad tiene más probabilidades de ser abandonada, discriminada, quedar excluida de la educación, la maternidad o la participación en la sociedad.

El punto sigue siendo que las niñas y los niños con discapacidades tienen que luchar contra las actitudes negativas y quedan excluidos de la sociedad en general. Conocerlos, saber cómo son mejora las probabilidades de inclusión en el trabajo de emergencia y sobretodo favorece una mirada positiva de ellos y aumenta las posibilidades de construir un entorno amistoso y empático de calidez y participación sin mayores diferencias con los otros niños y adolescentes.

2.2 Niños con discapacidad en los contextos difíciles de la emergencia

En situaciones difíciles o extremas - sea por efecto de fenómenos naturales, de guerra, o desastres, la vida de los niños con discapacidades se hace más complicada. Ellos difícilmente pueden cuidarse, defenderse o escapar, especialmente si tienen una dificultad motora o de aprendizaje o si por otra razón no pueden cuidarse a ellos mismos. Corren mayor riesgo de

enfermar o ser lesionados, lo que puede llevarlos a aumentar sus discapacidades. Es más los padres pueden incluso tener que verse obligados a optar por cuántos y a cuáles niños pueden realmente proteger en estas situaciones.

La situación de los niños en emergencias y desastres se agrava porque las condiciones y las posibilidades de atención son mínimas, la infraestructura médica es precaria, las familias suelen priorizar la atención a sus niños “sanos” e invisibilizan a los que tienen alguna discapacidad restándoles oportunidades de acceder a las estructuras de apoyo existentes. Esto los deja en mayor riesgo de sufrir abusos psicológicos, físicos y sexuales.

Las organizaciones que trabajan con niños y adolescentes, sean privadas o públicas, no suelen incluir como dato a registrar información que les permita identificar en una emergencia la existencia y situación de los niños que tienen o padecen algún impedimento o limitación que los discapacita. Incluso organismos como el ACNUR recaban información sólo sobre la discapacidad física bajo el encabezamiento de “grupos vulnerables”.

Por ello hacer el registro estadístico del número y el tipo de discapacidad que afecta a los niños, niñas y adolescentes es esencial no sólo para conocer la magnitud del problema sino como insumo para incluirlos en el diseño de actividades, programas y políticas para afrontar las emergencias.

En estas situaciones las posibilidades de garantizar sus derechos a cuidado, protección, abrigo, alimentación y cubrir sus necesidades básicas se reducen aún más.

Aunque los estudios sobre los niños, niñas y adolescentes con discapacidades en situaciones de emergencia y de conflicto casi no existen, los efectos de la situación tienen 2 caras: por un lado, el entorno social se encuentra a menudo dañado o interrumpido, afectando las condiciones de vida y poniendo en peligro la supervivencia de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades, ya que en muchas ocasiones éstos no pueden cuidarse a sí mismos, huir y a menudo quedan relegados. Y por otra la pobreza que en nuestros países limita la atención de salud por los escasos recursos asignados para los servicios en general y porque la atención a la discapacidad usualmente no tienen prioridad.

2.3. Factores de riesgo

Existen varios factores que afectan adversamente la situación de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades en tiempos de inestabilidad y emergencia. Algunos de estos son:

- El funcionamiento de los servicios básicos de salud puede quedar interrumpido por una reducción de recursos para la atención preventiva o curativa de la salud o por el cierre y/o destrucción de las instalaciones de salud.
- Las actividades de los programas materno - infantiles existentes, como la inmunización, pueden ser interrumpidas.
- El nivel de desnutrición y de deficiencias nutricionales específicas (por ejemplo, yodo, vitaminas) puede llevar a que los niños, niñas y adolescentes sean más susceptibles a una variedad de infecciones como sarampión, poliomielitis y las enfermedades diarreicas.
- La falta de nutrición y de estimulación a los infantes incrementa el riesgo de retraso en el desarrollo, cuyos efectos, si se prolongan, pueden ser permanentes.
- La separación de los niños y adolescentes de sus padres o familias resulta en una privación de cuidado y protección especiales.
- El quiebre de las estructuras comunitarias tradicionales puede interrumpir los mecanismos de apoyo que los miembros de la comunidad con discapacidades disfrutaban normalmente.
- Los efectos de los fenómenos naturales y/o tecnológicos pueden provocar un gran número de impedimentos físicos, tal como amputaciones, ceguera, sordera, parálisis y desfiguración facial. Los tipos de impedimentos provocados por un alud

o un huayco pueden ser más motores mientras que un incendio provocará desfiguraciones.

- Los problemas psicológicos en los niños, niñas y adolescentes se pueden incrementar significativamente durante la emergencia o conflicto. La gravedad de los problemas dependerá de la duración y tipo de emergencia. Por ejemplo el friaje tendrá consecuencias diferentes a un incendio urbano o a un terremoto.
- Ausencia de protocolos de atención especializada para la población infantil y adolescente con discapacidad.

La pobreza tiene incidencia en todos los factores de riesgo asociados con la discapacidad y causa indirectamente impedimentos y discapacidades en la medida en que está intrínsecamente ligada a la desnutrición e impide a quienes brindan los cuidados y a todas las comunidades proveer la atención de salud adecuada para tratar las lesiones o enfermedades. La pobreza discapacita a los niños y adolescentes por la falta de recursos necesarios para construir escuelas y proveer servicios a la comunidad que den acceso a, o se acomoden a sus necesidades.

2.4. Diagnóstico de la situación de los niños con discapacidades

Dados los numerosos factores de riesgo que podrían afectar adversamente las condiciones de los niños o adolescentes con discapacidades, se hace necesario conocer y evaluar su situación, más aún teniendo en cuenta que algunas discapacidades no son tan visibles objetivamente.

Varios son los indicadores a considerar para el diagnóstico situacional. Un primer nivel de información estaría dado por la identificación de las principales zonas de riesgo de los países y de los tipos de emergencias más frecuentes en esos espacios. Para la situación específica de discapacidad debe considerarse las condiciones de los niños y adolescentes, la identificación y movilización de los recursos con que se cuenta, los enfoques existentes para trabajar con ellos. Igualmente indagar sobre la visión de discapacidad que tiene la comunidad, observar las maneras en las cuales el entorno social dificulta el acceso a los servicios o actividades disponibles y permite la participación de los niños con discapacidades.

En el proceso de evaluación es necesario involucrar a la comunidad, asegurando la presencia de representantes de los niños y niñas con discapacidad, sus familiares y organizaciones que trabajan con ellos.

La información dará la oportunidad de identificar a los niños y adolescentes con discapacidades, las necesidades y prioridades de atención, los recursos económicos materiales que se requieren, la identificación de la infraestructura, rutas y transportes que deberán ser habilitadas de modo de favorecer un entorno amigable y cálido que no agudice las discapacidades.

Para obtener información que optimice las labores de emergencia, se propone una secuencia de actividades adaptadas de los Lineamientos para los servicios a la comunidad: asistencia a los refugiados discapacitados ACNUR, Ginebra 1996 (Pág. 32).

Acción rápida en la evaluación de necesidades:

Se debe realizar la identificación de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y otros que puedan estar en riesgo de modo de identificarlos, evaluar sus necesidades, y clasificarlos en función de los que demandan ayuda inmediata y aquellos que deberán recibir atención y seguimiento posterior. Supone incorporar preguntas sobre esa información específica dentro de información general a recabar.

Actividades de extensión:

Recurrir a los líderes y autoridades es una manera de completar la información ya obtenida sobre los niños con discapacidad así como establecer vínculos e interacciones positivas entre los emergencistas y la población afectada. Este proceso supone que el personal ha sido capacitado para superar las barreras de cultura y de lenguaje que tengan las personas afectadas por la emergencia.

Evaluación médica:

Efectuar una evaluación médica es necesario. Algunas niñas, niños y adolescentes con discapacidades podrían probablemente empeorar su situación resultando incluso en muerte, si no se provee atención médica o terapéutica, rápidamente.

El responder adecuadamente a las condiciones y necesidades de los niños y adolescentes discapacitados en situaciones de emergencia implica efectuar el trabajo con ellos en una perspectiva de derechos, de equidad, inclusión y justicia social.

Para conocer mejor la situación de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad se utilizan las entrevistas o preestudios que ayudan a obtener o profundizar la información requerida. Podemos aplicarlas a un grupo objetivo determinado e identificar sus necesidades. Sin embargo algunas de las personas con discapacidades critican el enfoque de las entrevistas porque éstas se concentran a menudo en los aspectos individuales de la discapacidad, en vez de formularse interrogantes sobre las barreras existentes en el entorno físico así como las actitudes existentes en la sociedad que podrían ser modificadas.

La observación de dificultades funcionales en vez de afecciones médicas puede proporcionar también información útil. Una niña que experimenta dificultad para caminar puede no tener algo fácilmente remediable, pero quizás es más importante saber cómo se siente ella, qué oportunidades tiene para la educación, y cómo la ve su familia. Conocer las percepciones de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad es una información valiosa para trabajarse mejor con ellos, incluirlos y lograr su participación.

Al levantar información es conveniente indagar sobre cómo resuelven ellos, sus familias y sus comunidades las discapacidades que existen en sus ámbitos, si se ha desarrollado localmente un sistema de información sobre los tipos de ayuda que existen para los niños con discapacidades y qué iniciativas pueden ser útiles probar en el futuro.

2.5 Los derechos de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad

Existe normas legales para la protección, desarrollo e inclusión de los niños con discapacidades, entre estas se encuentran:

2.5.1. La Convención de los Derechos de los Niños (CDN)

El enfoque de la Convención es integral y todos los derechos se relacionan y son indivisibles por lo que se constituye en una herramienta poderosa para la protección y garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades.

Dos artículos de la Convención mencionan a los niños con discapacidades de manera específica:

Artículo 2 : “Los estados parte respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción , sin distinción alguna independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño o de sus padres o de sus representantes legales”.

Artículo 23. Se refiere a sus necesidades especiales: “los Estados Partes reconocen que un niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren la dignidad, promuevan la autodependencia y faciliten la participación activa del niño en la comunidad”.

Los derechos de las niñas o los niños con discapacidad no se limitan sólo a los aspectos referidos a estos artículos. Todo artículo que se refiere al “niño” también se aplica al niño con discapacidades. Los niños con discapacidades deben tener las mismas oportunidades de disfrutar un nivel de vida adecuado, tienen derecho a jugar, a expresar opiniones en asuntos que los afectan, a una familia, a un nombre y a una nacionalidad, pero además el derecho de acceder a la educación, a la atención de salud, servicios de rehabilitación y preparación para el trabajo.

2.5.2. Normas de las Naciones Unidas

Hacia fines de los 60, las organizaciones de personas con discapacidades comenzaron a formular un nuevo concepto al respecto de la deficiencia. Este indicaba la estrecha conexión entre la limitación experimentada por las personas con discapacidades, el diseño y la estructura de sus entornos, y las actitudes de la población general.

En 1970, las iniciativas de las Naciones Unidas adoptaron el concepto internacional de los Derechos Humanos de las personas con discapacidades y homologación de oportunidades para ellos y en 1975 la Asamblea General adoptó la “Declaración Sobre los Derechos de las Personas Discapacitadas” - Resolución 3447- que proclama la igualdad de derechos civiles y políticos de las personas con discapacidad.

La década de los años 1983-1992, fue declarada la **Década de las Naciones Unidas de las personas con discapacidad**, por la Asamblea General. En 1999 el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (CESNU) autorizó a la Comisión para el Desarrollo Social a elaborar normas sobre la homologación de oportunidades para niños, adolescentes y adultos con discapacidad. Las **Normas de las Naciones Unidas sobre la homologación de oportunidades para personas con discapacidad**, fueron adoptadas en 1993 -Resolución 48/96 de la Asamblea General y aunque no es instrumento legalmente vinculante, representa un compromiso moral y político fuerte de los gobiernos para tomar acción en lograr la homologación de oportunidades para personas con discapacidades.

“*Homologación de oportunidades*” significa el proceso a través del cual los distintos sistemas de la sociedad y el entorno, tales como servicios, actividades, información, etc. se ponen a disposición de todos, particularmente de las personas con discapacidades. El principio de derechos iguales implica que las necesidades de todos y cada uno de los individuos son de igual importancia y que los recursos se deben emplear de tal manera que se asegure que cada persona tenga igual oportunidad de participación. Las normas establecen la atención especial que puede ser necesaria hacia grupos como las mujeres, niños, ancianos y refugiados con discapacidades.

2.5.3. Declaración de Salamanca

Otra iniciativa notable en 1994 fue la reunión de gobiernos y representantes de varias agencias de las Naciones Unidas y de organizaciones no gubernamentales en Salamanca, España para hacer progresar el objetivo de educación para todos, particularmente aquellos con necesidades educativas especiales, la Declaración de Salamanca sobre los principios, políticas y prácticas en educación para necesidades especiales reconoce el principio de inclusión y la necesidad de trabajar hacia escuelas que incluyan a todos, celebren las diferencias, apoyen el aprendizaje y respondan a necesidades individuales.

2.5.4. Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidades y Salud

En mayo de 2001, la 54 asamblea mundial de la salud endosó la segunda edición de la Clasificación Internacional de Impedimentos, Discapacidades y Handicaps (ICIDH-2) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dándole un nuevo título, la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidades y Salud (ICIDH-2).

Esta es una clasificación diseñada para servir a varias disciplinas y distintos sectores, sus objetivos específicos son:

- Proveer una base científica para la comprensión y el estudio de la salud.
- Establecer un lenguaje común para describir salud y estados relacionados con la salud, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios tales como los trabajadores de atención de salud, investigadores, formuladores de políticas y público en general, incluyendo las personas con discapacidades.
- Permitir la comparación de información de un país a otro, entre disciplinas de atención de la salud, entre servicios y en el tiempo;
- Proveer un esquema de codificación sistemático para los sistemas de información de la salud.

Aunque, la ICIDH-2 es clasificación de salud, es utilizada por distintos sectores como los seguros, la seguridad social, el trabajo, la educación, la economía, la política social y en general el desarrollo legislativo. Ha sido aceptada como una Clasificación Social de las Naciones Unidas y las Reglas Estándar Sobre la Homologación de las Oportunidades para Personas con Discapacidades la incorporan y se refieren a ella. La ICIDH-2 provee entonces un instrumento apropiado para la implementación de mandatos sobre derechos humanos internacionales declarados así como para la implementación de la legislación nacional.

Tema 3

Niños, niñas y adolescentes con discapacidad

Exclusión e inclusión

3. Niños, niñas y adolescentes con discapacidad Exclusión e inclusión

3.1 Exclusión

3.2 Desarrollo de políticas

3.3 Formas de exclusión

3.4 El cambio de actitud como punto de partida para favorecer la inclusión

3.5 Formas de inclusión

3.5.1 Favorecer las organizaciones de personas con discapacidades

3.5.2 Estimular la participación de los propios niños, niñas y adolescentes discapacitados

3.5.3 Promover el contacto e Interacción con todas las personas

3.5.4 Ofertar actividades de Capacitación

3.5.5 Adecuar el Entorno

3. Niños, niñas y adolescentes con discapacidad Exclusión e Inclusión

Puntos clave de aprendizaje

- *Las razones por las cuales las niñas, niños y adolescentes con discapacidades suelen ser excluidos o incluidos se relacionan con las actitudes y la capacidad de la sociedad de comprender su situación.*
- *Desde el desarrollo de las políticas, pasando por la planeación, diseño e implementación, rara vez se toman en cuenta los puntos de vista de los niños, niñas y adolescentes menos aún en los planes y programas para enfrentar las emergencias. Las políticas, programas y proyectos deben reflejar una perspectiva de derechos y de inclusión.*
- *Los niños con discapacidades no son un grupo homogéneo, son diferentes, tienen distintas necesidades pero tienen iguales derechos. Esto debe ser tenido en cuenta en las actividades de emergencia.*
- *Existen maneras de alentar los cambios de actitud hacia la discapacidad y promover así la inclusión.*

3.1. Exclusión

“En parte debido a que se da a las personas con discapacidades tan pocas oportunidades de participar en la vida de la comunidad, todos asumen que no pueden y no deben hacerlo. Las personas con discapacidad crecen como foráneos en su propia aldea o vecindario. No pueden trabajar, no pueden casarse y tener hijos, no pueden siquiera movilizarse y relacionarse libremente con otros en la comunidad. esto no es porque su discapacidad se los impida, sino porque la sociedad lo hace más difícil”

(David Werner 1987, Niños discapacitados de las aldeas)

Las niñas, niños y adolescentes con discapacidades quedan a menudo excluidos de las actividades en la sociedad porque se les ve como “extraños” o “especiales”, con limitaciones inspirando lástima generando en algunos casos comportamientos sobreprotectores. Este factor tan simple perpetúa la exclusión por falta de conocimiento y conciencia básicos sobre las situaciones en que una persona puede tener o adquirir una discapacidad.

La sociedad en su conjunto con frecuencia hace pocos esfuerzos para la inclusión de niños y niñas con discapacidad dando como resultado el olvido y el descuido de sus necesidades sociales: no se ve a los niños que existen *detrás* de su discapacidad.

Esta situación general se replica también en las emergencias. Los niños con discapacidad son pocas veces visibilizados como un grupo que demanda una discriminación positiva con relación a los demás y termina siendo objeto de exclusión usualmente involuntaria. Es altamente probable que incluso la menor exclusión tenga que ver con la evidente limitación física y termine siendo mas excluidos aquellos cuya discapacidad no es tan evidente.

3.2. Desarrollo de políticas

Una necesidad actual es impulsar el desarrollo de políticas nacionales e internacionales que favorezcan la inclusión de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad para gocen en igualdad de condiciones de todos sus derechos.

Aunque existen varios estándares internacionales que reconocen los derechos de las niñas y los niños con discapacidades estos muestran debilidades ya que esta población siguen siendo un grupo que parece estar en gran medida olvidado o descuidado y, por lo tanto, excluido de la ayuda general para emergencias y desarrollo

A nivel nacional los niños en general y los que sufren alguna discapacidad son excluidos de la formulación o implementación de políticas públicas en los temas que los afectan y en los que tienen mucho que aportar y decir. Son pocas las veces que se tiene en cuenta sus puntos de vista, opiniones, pareceres o percepciones.

A nivel internacional, existe también cierta exclusión. Actualmente, los temas tales como el “trabajo infantil” y los “niños soldados o vinculados al conflicto armado” “niños abusados o explotados sexualmente” probablemente causarán más interés y dinero de los donantes que los “niños con discapacidades”.

3.3. Formas de exclusión

Los profesionales, capacitados en el cuidado de niños con “necesidades especiales” han adoptado en algunos casos el pensamiento de que éstos necesitan cuidado especial en instituciones especiales, escuelas especiales, y grupos de juego especiales, con la intención de maximizar sus aprendizajes. Sin embargo, la realidad es que al caracterizar a los niños con discapacidades como especiales y al colocarlos en instituciones especiales, la actitud de que son “especiales” se perpetúa.

Los niños con discapacidades y sus necesidades pueden ser “especiales” en ciertos momentos de sus vidas, pero ellos son como otros niños, quienes también son especiales y tienen necesidades especiales en ciertos momentos de su desarrollo y no obstante sus derechos son siempre los mismos.

Si bien usualmente la exclusión se remite al sector educación, cuando nos referimos a situaciones de emergencia y desastres éstas se refieren a situaciones concretas de mayor marginación en:

- . acceso a alimentación oportuna y suficiente y pertinente
- . abastecimiento de servicios de agua
- . atención médica oportuna y pertinente
- . uso de instalaciones sanitarias
- . acceso a refugios adecuados, vestido y ropa de abrigo
- . rutas e infraestructura que facilite sus desplazamiento
- . La participación para enfrentar la situación de emergencia.

Todas estas formas de exclusión pueden y deben ser erradicadas en la práctica de los socorristas y emergencistas y ser conscientes que estas formas de exclusión reduce sus posibilidades de réplica.

3.4 El cambio de actitud como punto de partida para favorecer la inclusión

El asunto de la discapacidad ha adquirido mayor importancia a lo largo de las últimas décadas especialmente en el campo de los Derechos Humanos. Sin embargo aunque ha habido un progreso considerable en el área de normas legales y formulación de políticas en relación con la discapacidad, el entendimiento, las actitudes y el comportamiento hacia la discapacidad han tenido un ritmo más lento de cambio.

Para cambiar la situación de las personas con discapacidad, se tiene que trabajar en el cambio de actitudes y percepciones negativas, fortaleciendo las positivas en toda la sociedad y en especial en personas e instituciones privadas y públicas que trabajan directamente con ellos o en la dación de las políticas públicas. Esta necesidad implica acciones en el plano de la

educación y la cultura y también en el de las políticas públicas para que favorezcan la creación de las condiciones que garanticen el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad en condiciones de igualdad y equidad.

3. 5. Formas de inclusión

Las sociedades están formadas por individuos y no se puede cambiar a la sociedad salvo que se cambie a los individuos. Un cambio de actitud debe, entonces, comenzar con los individuos respecto de sí mismos y de los demás.

Algunas actividades que pueden ayudar al cambio de actitudes son:

3.5.1 Favorecer las organizaciones de personas con discapacidades

La movilización de personas con discapacidades es un paso importante hacia su reconocimiento e inclusión. Muchas iniciativas de organización parten de los mismos grupos de personas. En el caso de los niños y niñas son los padres los que han promovido su organización a través de asociaciones de padres de hijos con discapacidad que propenden a la defensa de los derechos, necesidades y prioridades de los niños con discapacidades.

3.5.2 Estimular la participación de los propios niños, niñas y adolescentes discapacitados

En un nivel cotidiano, los padres, hermanos y las personas que trabajan con niños con discapacidades, tienen la obligación de encontrar las maneras para que ellos participen en todas las actividades dentro de la comunidad. La gente debe comprender que la estimulación, el juego, las diversiones, el amor y la seguridad son tan importantes para estos niños como para los demás. La participación es posible si se les da a los niños con discapacidades las oportunidades y si se escucha sus ideas.

3.5.3 Promover el contacto e Interacción con todas las personas

Un cambio de actitud se presenta cuando las personas se encuentran en un contexto social que promueve la interacción. Si las personas con discapacidades forman parte de la sociedad, son visibles y hablan por su propia causa, esto permitirá oportunidades a las personas sin discapacidades cambiar sus percepciones. La gente llegará a conocer a la persona que está detrás de la discapacidad.

Los padres, vecinos, parientes, grupos y líderes comunitarios deben recibir capacitación sobre cómo pueden ayudar y apoyar a los niños con discapacidades, así como promover su inclusión. Las discusiones deben proponerse alentar a los adultos a comunicarse con los niños sobre su situación, y asegurar su integración y participación en la comunidad más amplia, especialmente en la vida escolar.

3.5.4 Ofertar actividades de Capacitación

Los maestros en la escuela deben recibir información y formación sobre cómo adaptar su enseñanza a niños con necesidades especiales así mismo se debe mostrar a los padres cómo ayudar a sus hijos para lograr mayores aprendizajes.

Los trabajadores de la comunidad local, ya sean de salud o sociales deben ser también capacitados para participar en áreas como la de detección temprana de impedimentos, provisión de asistencia primaria y envío a los servicios apropiados.

Los defensores de la salud capacitados y que no necesariamente son trabajadores de salud, pueden transmitir importantes explicaciones y proveer información a los niños y las familias.

Las actividades de capacitación y de construcción de capacidades para las organizaciones locales involucradas con asuntos de discapacidad también proveerán el conocimiento y recursos necesarios dentro de la comunidad para asegurar la continuidad y sostenibilidad de largo plazo de cualquier actividad.

3.5.5 Adecuar el Entorno

Para lograr la homologación de oportunidades e incrementar el nivel de independencia de las personas con discapacidades también será necesario movilizar la participación de la comunidad. Para adecuar el entorno e implementar los servicios, se requerirá de arquitectos, ingenieros de construcción y otros involucrados profesionalmente en el diseño y construcción del entorno físico, quienes requerirán conocimientos adecuados sobre la política, la discapacidad y aplicar la accesibilidad como un criterio básico para su trabajo.

Diseño de Sesiones de Capacitación

Indicaciones Generales

Las sesiones de capacitación con los participantes tendrán dos momentos:

- . El primero de sensibilización y motivación, de manera de vivenciar la dimensión afectiva de todo proceso de capacitación

Supondrá la interacción entre todos los participantes y entre ellos y el capacitador - facilitador para generar un clima empático que los motive a participar, que favorezca la relación entre todos y propicie el intercambio de las experiencias y prácticas de cada uno.

Favorecerá el reconocimiento del otro, de la población para la que se trabaja y de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, como iguales y diferentes y como tal merecedores de respeto, consideración y cuidado. Se practicará una actitud de tolerancia, equidad y no discriminación.

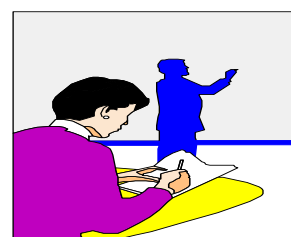


Buscará el cambio de actitudes, comportamientos y percepciones con relación a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad para configurar una práctica de servicio y un estilo de trabajo de calidad.

- . El segundo momento es de información, de manera de aproximarnos a la dimensión cognitiva del proceso de capacitación.

Supondrá la interacción entre la información por conocer, aprender y/o reforzar con las experiencias, prácticas, saberes y conocimientos de los participantes de modo de articular los nuevos aprendizajes con el análisis y reflexión de lo que ya se sabe y conoce.

Favorecerá el intercambio de información, el análisis y la reflexión de los nuevos aprendizajes para incorporarlos a las prácticas de trabajo cotidiano con la población con la que se trabaja y mejorar la calidad de los servicios a brindar.



Las sesiones de capacitación buscan mejorar las prácticas y cambiar aquellas actitudes que puedan interferir en la calidad y calidez de la interacción con los niños, niñas y adolescentes con discapacidad.

Las sesiones propuestas son bloques concretos y breves. Desarrollarán los temas y subtemas considerados en el módulo. Están organizadas en objetivos de la sesión, resultados de los participantes, contenidos a desarrollar y descripción del proceso de capacitación, donde aparecen las experiencias de aprendizaje. Incluyen tiempo aproximado y materiales requeridos.

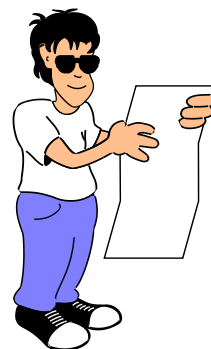
Las sesiones de capacitación diseñadas tienen el propósito de despertar la imaginación y creatividad de los facilitadores para que sean mejoradas, complementadas, modificadas, y la finalidad de estimular la participación activa y permanente de los participantes en la construcción y mejoramiento de sus conocimientos, prácticas y actitudes.

Las sesiones de capacitación tendrán como participantes a directivos de instituciones, coordinadores de intervenciones institucionales, personal de campo y adultos cercanos que cumplan criterios educativos básicos. (líderes, padres, madres, maestros, madres cuidadoras o comunitarias, otros).

Las sesiones pueden ser desarrolladas de manera independiente de acuerdo a las necesidades del personal a capacitar, los intereses de las instituciones ofertantes y/o la demanda de la población afectada. También pueden ser desarrolladas de manera conjunta como parte de un programa de capacitación integral sobre el tema de la discapacidad.

Cada sesión de capacitación, en el caso de ser actividades formativas independientes, o la primera sesión del programa integral tendrá una dinámica de presentación. En ella a partir de la pregunta ¿Quién soy? Cada participante, en una tarjeta de cartulina, papel u otro, escribirá:

- . Su nombre
- . Lugar de nacimiento
- . Estío civil
- . Situación familiar
- . Institución en la que trabaja
- . Profesión u actividad
- . Cargo
- . Número de emergencias en las que ha participado
- . Tipo de emergencias que ha cubierto
- . Trabajo realizado con niñas, niños y adolescentes con discapacidad



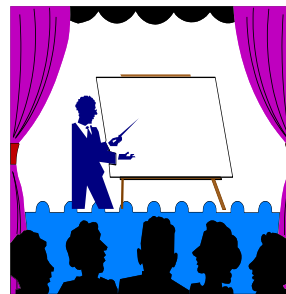
Cada participante leerá su tarjeta y la colocará en el panel, pared o pizarra que haga las veces de mural de exhibición.

Esta actividad aparte de servir de presentación entre todos, proporcionará el diagnóstico inicial de participantes que favorecerá la adecuación del trabajo de capacitación a sus características personales, formativas y sociales.

Esta actividad debería realizarse en treinta minutos.

Sesión de capacitación

Tema: 1. Definiciones, actitudes, enfoques y estrategias de la discapacidad en situaciones de emergencia



Objetivo	Resultado	Contenidos
Identificar los principales componentes que permiten incluir en las actividades de emergencia a los niñas, niños y adolescentes con discapacidad seleccionando las mejores estrategias	Personal que trabaja en emergencia y desastres identifica e incluye en sus actividades a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad	1.1 Definiciones de emergencia en el trabajo humanitario 1.2 Definiciones sobre la discapacidad 1.3 Actitudes a los niños, niñas y adolescentes con alguna discapacidad 1.4 Enfoques para el trabajo en discapacidad 1.5 Estrategias para el trabajo de emergencias con niños, niñas y adolescentes con discapacidad

Desarrollo de la sesión	
Sensibilización y Motivación	
<p>Dinámica: Cómo trabajar en la emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> . Se divide a los participantes mediante la técnica de la numeración en grupos de 8 a 10 personas . Conformados los grupos se reparte 1 pelota pequeña por grupo y se les da la indicación de que jueguen sin dejarlas caer. (Supondrá una relación de juego, alegría y animación). Si se les cae vuelven a jugar. El capacitador observa los diferentes comportamientos de los grupos y las personas. Podrá durar hasta 5 minutos . Después se cambia la pelota por un huevo. El capacitador observa el cambio de actitudes, comportamientos, relaciones. 5 minutos. . Culminadas ambas actividades se analiza el juego con las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> ¿Con la pelota? <ul style="list-style-type: none"> * cómo se sintieron, *qué pasó en el grupo, * cómo tiraban la pelota, *cuántas veces se cayó, *qué pasó cuando se cayó, *por qué se cayó. ¿con el huevo? . Realizar el mismo tipo de preguntas. . Direccionar la reflexión hacia las siguientes conclusiones: <ul style="list-style-type: none"> * la diferencia entre jugar con una pelota y un objeto frágil, delicado y de cuidado. * Por qué se cuida más al huevo y nos despreocupamos con la pelota. Significado de los seres con vida y los seres inanimados * Relacionar el cuidado tenido con el huevo con la relación con los niños, niñas y adolescentes con discapacidad: <ul style="list-style-type: none"> ¿qué pasa si los ignoramos; si no los identificamos; si no los protegemos? * Reconocer que nuestros comportamientos reflejan lo que sabemos y las actitudes que tenemos. . Concluir con: <ul style="list-style-type: none"> * el significado de trabajar con personas a las que debemos proteger con actitudes que favorezcan el cuidado, el respeto y la ternura * el reconocimiento que nuestros comportamientos reflejan lo que sabemos sobre las cosas y las actitudes que tenemos y que por eso conocer sobre el tema podrá mejorar nuestro trabajo. <p>Tiempo promedio : 20 minutos</p>	

Información

- . Se anuncia el tema a desarrollar. En plenaria se continua la sesión con una exposición demostrativa a través de preguntas y respuestas y con el apoyo de las transparencias se va desarrollando el tema y cada uno de los subtemas.
- . Se favorecerá la socialización de los conocimientos y prácticas concretas de los participantes en cada uno de los puntos a desarrollar: Emergencia, discapacidad, actitudes, enfoques, estrategias.
- . Estimular la intervención a través de preguntas abiertas dirigidas a todos y que apunten a los por qué y los para qué. Redireccionar las preguntas cuando no son respondidas.
- . Frente a las preguntas, comentarios o solicitud de aclaraciones invitar a los participantes a que respondan y luego efectuar las precisiones y alcances correspondientes.
- . Realizar el análisis y reflexión colectiva sobre los puntos desarrollados. Anotar las principales conclusiones.



. Distribuir a los participantes en 5 círculos de calidad asignándole a cada grupo un subtema. Deberán focalizar las 3 ideas centrales y explicar por qué lo consideran así. Exponer en plenaria.

. Exponer el resumen final y efectuar el cierre de la sesión.

Tiempo promedio: 1 hora y 10 minutos

Tiempo aproximado total: 1 y 30 minutos

Materiales Requeridos: Tarjetas, plumones, transparencias, material impreso de cada subtema, maskintape, papel blanco, pelotas, huevos.



Sesión de Capacitación

Tema: 2. Niños con discapacidad en situaciones de emergencia



Objetivo	Resultado	Contenidos
Conocer las características y las mejores formas de interacción con niñas, niños y adolescentes con discapacidad	Personal que trabaja en emergencias y desastres se relaciona con los niños, niñas y adolescentes con discapacidad atendiendo sus necesidades y respetando sus diferencias, características, posibilidades y limitaciones.	2.1 Heterogeneidad de los niños con discapacidad 2.2 Niños con discapacidad en los contextos difíciles de la emergencia 2.3 Factores de riesgo 2.4 Diagnóstico de la situación de los niños con discapacidad

Desarrollo de la sesión
<p align="center">Sensibilización y Motivación</p> <p>Dinámica: Reconociendo mis limitaciones Para realizar la dinámica es aconsejable relajarse escuchando música.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Organizar a todos los participantes en un gran círculo y solicitar mantengan distancia entre ellos estirando los brazos. . Indicar que cierren los ojos e intenten ubicar un compañero colocándole las manos sobre los hombros. El participante que va adelante actuará de "lazarillo" guiando al de atrás que continuará de "ciego". Ambos se desplazarán por el ambiente. . El facilitador observará los comportamientos y actitudes de ambos: el que guía y el guiado incidiendo en las dificultades, tropiezos, empujones. Podrán agregarse otro tipo de limitaciones como cogerse una pierna para tener dificultades de movimiento, no poder hablar, u otras. Dependerá del grupo de participantes y del tiempo de sensibilización que piensen se necesita. . A una indicación se cambiarán los roles, el guiado pasará a ser guía y el guía a guiado. . Culminado el proceso se analizarán las sensaciones que experimentaron: <ul style="list-style-type: none"> <i>Cuando no podían ver</i> <ul style="list-style-type: none"> * Cómo se sintieron * Qué dificultades se les presentaron * Que hubieran necesitado * Cómo actuó el que los guía * Que hubieran querido hacer <i>Cuando podían ver</i> <ul style="list-style-type: none"> * Cómo se sintieron de "guiar" a otro * Qué facilidades tuvieron * Qué dificultades se les presentaron * Qué hubieran querido hacer . Orientar la reflexión hacia las siguientes conclusiones: <ul style="list-style-type: none"> * La mejor manera de entender a los demás es ponerse en su lugar. La mejor manera de entender las limitaciones, dificultades y necesidades que enfrenta una persona con discapacidad es simulando estar en su situación. * Ponerse en el lugar del otro cuando se trabaja con niñas, niños y adolescentes con discapacidad es "una condición de trabajo" para entender sus necesidades y demandas y responder a ellas respetando sus derechos y su dignidad. * La dimensión afectiva de las relaciones con ellos dinamizará su participación e integración con los demás niños y adolescentes con un sentimiento de confianza y seguridad <p>Tiempo promedio: 20 minutos</p>

Información

. Se anuncia el tema a desarrollar. En plenaria se continua la sesión con una exposición demostrativa a través de preguntas y respuestas y con el apoyo de las ideas fuerza se va desarrollando el tema y cada uno de los subtemas.

. Se organizará a los participantes en 3 círculos de calidad. Cada círculo partirá de la siguiente pregunta:



a. Cuales serían las semejanzas y diferencias que podrían identificar a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad de mi zonas de trabajo.

b. Cuáles son los factores de riesgo que pueden enfrentar los niños y niñas y adolescentes con discapacidad en una emergencia o desastre. Podrá escogerse el tipo de emergencia más frecuente en su zona.

c. Cómo puedo identificar a los niños, niñas y

adolescentes con discapacidad en una emergencia.

Tendrán 20 minutos para realizar el trabajo. Elaborarán sus conclusiones para ser presentadas en plenaria.

. Luego de la presentación de cada círculo se propiciarán las preguntas comentarios y aclaraciones de parte de los demás participantes. Responderán tanto los miembros del círculo de calidad como cualquier participante o el facilitador.

. En plenaria el facilitador presentará una síntesis de los tema aprovechando los aportes proporcionados por los participantes. Para ello aprovechará también la información presentada en el módulo y en las lecturas complementarias.

. Efectuar el cierre de la sesión

. Tiempo promedio: 1 hora

Tiempo aproximado total: 1 y 20 minutos

Materiales Requeridos: Tarjetas, plumones, transparencias, material impreso de cada subtema, maskintape, papel blanco.



Sesión de Capacitación

Tema: 3. Niños, niñas y adolescentes con discapacidad. Exclusión e inclusión



Objetivo	Resultado	Contenidos
Reconocer los principales comportamientos de exclusión que enfrenan los niños, niñas y adolescentes con discapacidad en situaciones de emergencias o desastres.	Personal que trabaja en emergencias y desastres incorpora en la programación y ejecución de actividades mecanismos de inclusión que garanticen la vigencia de los derechos de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad.	3.1 Exclusión 3.2 Desarrollo de políticas 3.3 Formas de exclusión 3.4 El cambio de actitud como punto de partida para favorecer la inclusión 3.5 Formas de inclusión

Desarrollo de la sesión
<p align="center">Sensibilización y Motivación</p> <p>Dinámica: A mí no me tocó La intención de la dinámica es sorprender a los participantes con un comportamiento excluyente no previsto ni esperado.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Se inicia la sesión repartiendo la separata, material de trabajo, documentos de apoyo, un break inicial o cualquier otro elemento a la mayoría de los participantes dejando de entregar a un grupo minoritario pero considerable. Por ejemplo 5 participantes de 20, no reciben. . Cuando se efectúen las reclamaciones debe dejarse constancia que no ha alcanzado y se dará por zanjada la situación. . Dejar pasar unos cinco minutos para observar las situaciones que se susciten mientras al facilitador "finje" ordenar y preparar la sesión. . Retomar la sesión en plenaria y formular preguntas a los "excluidos" sobre: <ul style="list-style-type: none"> * Qué sintieron * Qué explicación se dieron * Qué creyeron que estaba pasando * Cómo reaccionaron y porqué * Se sintieron excluidos? . Los demás participantes deben ser invitados a contribuir con el debate . Direcccionar al análisis a las siguientes reflexiones: <ul style="list-style-type: none"> * La exclusión suele ser un comportamiento común en nuestras sociedades * La sufren más los débiles, los niños, pobres. * Los niños, niñas y adolescentes la sufren en mayor medida. * la exclusión afecta su imagen su autoestima y sus posibilidades de superación. <p>Concluir con:</p> <ul style="list-style-type: none"> * La importancia de identificar los comportamientos de exclusión que se practican. * La necesidad de practicar comportamientos de inclusión como práctica y defensa de derechos de los niños. * Tener en cuenta que la dimensión afectiva del trabajo humanitario no significa sólo hacer si no también considerar los sentimientos de las personas con las que se trabaja en especial los niños, niñas y adolescentes con discapacidad. <p>Tiempo promedio: 30 minutos</p>

Información

- . Se anuncia el tema a desarrollar. En plenaria se continua la sesión con una exposición demostrativa a través de preguntas y respuestas y con el apoyo de las ideas fuerza se va desarrollando el tema y cada uno de los subtemas.



- . Se organizará a los participantes en 2 círculos de calidad. Cada círculo partirá de la siguiente pregunta:

- a. Cuales son las más frecuentes formas de exclusión que han visto, o conocido que se practican en situaciones de emergencia con los niños, niñas y adolescentes con discapacidad.
- b. Cuáles son las formas de inclusión que pueden practicarse en las situaciones de emergencia, desastre o conflicto con los niños y niñas y adolescentes con discapacidad. Para

realizar la actividad podrá identificarse un tipo de emergencia.

- . Tendrán 30 minutos para realizar el trabajo. Elaborarán sus conclusiones para ser presentadas en plenaria.

- . Luego de la presentación de cada círculo se propiciarán las preguntas, comentarios y aclaraciones de parte de los demás participantes. Se estimularán las intervenciones, la socialización de las experiencias y el aporte colectivo. Se favorecerá la intervención tanto de los miembros del círculo de calidad como cualquier participante. El capacitador- facilitador intervendrá para precisar las ideas fuerza más importantes.

- . En plenaria el facilitador presentará una síntesis de los temas aprovechando los aportes proporcionados por los participantes. Para ello utilizará también la información presentada en el módulo y en las lecturas complementarias.

- . Efectuar el cierre de la sesión

- . Tiempo promedio: 1 hora



Tiempo aproximado total: 1 y 30 minutos

Materiales Requeridos: Tarjetas, plumones, transparencias, material impreso de cada subtema, maskintape, papel blanco. Golosinas, break o material, según se elija para efectuar la dinámica.



Lecturas Complementarias

Lectura 1:

Algunas de las enfermedades y afecciones más prevalentes que resultan en discapacidad

Las siguientes descripciones de las formas de discapacidad que probablemente serán más prevalentes en los países en desarrollo se toman del libro de David Warner "Niños discapacitados de las aldeas", publicado por la Fundación Separan.

Polio

En muchos países, la polio es todavía la causa más común de la discapacidad física en los niños. En algunas áreas, al menos uno de cada 100 niños puede tener algún tipo de parálisis, debilidad muscular debida a la polio. Cuando los programas de vacunación son efectivos, la polio se reduce grandemente.

La polio es causada por un virus y la infección ataca parte de la médula espinal en donde daña los nervios. En áreas con poca higiene y falta de letrinas, las infecciones de polio se expanden cuando la deposición de un niño enfermo alcanza la boca de un niño sano. Ahí donde hay mejores condiciones sanitarias, la polio se expande mayormente a través de la tos y los estornudos.

Solo un pequeño porcentaje de niños sufren de parálisis cuando se infectan con polio. La mayoría solo experimenta algo parecido a un resfrío fuerte.

¿La parálisis es contagiosa?

No, luego de dos semanas desde que un niño se enferma con polio. En efecto, la mayor parte de la polio se expande a través de las deposiciones de niños no paralizados que tienen "solo un resfrío", causado por el virus de la polio.

Una vez que un niño queda paralizado, ¿qué cambios o mejoras se pueden esperar?

A menudo la parálisis desaparecerá, parcial o completamente. Cualquier parálisis que quede luego de 7 meses es usualmente permanente. La parálisis no empeorará.

¿Cuáles son las posibilidades que tiene el niño de conducir una vida productiva y feliz?

Usualmente muy buena, siempre y cuando se aliente al niño a hacer las cosas por sí mismo, por ejemplo jugar con sus hermanos, ir a la escuela y aprender cosas. La polio no afecta la inteligencia.

¿Las personas con polio pueden casarse y tener niños normales?

Sí, la polio no se hereda y no afecta la capacidad de tener niños.

Parálisis cerebral

Significa una paralización del cerebro, es una discapacidad que afecta mayormente los movimientos y la posición del cuerpo. Proviene de un daño al cerebro que ocurrió antes de que naciera el niño, en el nacimiento, o cuando era bebé. No todo el cerebro está dañado, solo parte de él, principalmente las partes que controlan los movimientos. Una vez dañadas, las partes del cerebro no se recuperan, ni empeoran. Sin embargo, los movimientos, posiciones corporales y problemas relacionados se pueden mejorar o empeorar dependiendo de cómo tratamos al niño y de qué tan dañado está su cerebro. Cuanto más temprano comencemos mejor.

Causas:

Antes del nacimiento:

- *Infecciones de la madre mientras está embarazada, por ejemplo sarampión alemán.*
- *Diferencia entre la sangre de la madre y la del niño (incompatibilidad Rh).*
- *La madre tiene diabetes o toxemia durante el embarazo.*
- *Heredada – es muy rara.*
- *No se pueden encontrar causas en 30% de los niños.*

Alrededor del nacimiento: por ejemplo

- *Falta de oxígeno.*
- *Lesiones en el nacimiento*
- *Pre-madurez – los niños que nacen demasiado pronto.*

Después del nacimiento: por ejemplo

- *Fiebre alta debido a infección o pérdida de agua por diarrea.*
- *Infecciones cerebrales.*
- *Existen muchas causas incluyendo la malaria y la tuberculosis.*

¿Las personas con parálisis pueden casarse y tener niños?

Sí, y los hijos no tendrán parálisis cerebral (excepto en tipos muy raros de parálisis cerebral)
La parálisis cerebral no es contagiosa. No puede pasarse de un niño a otro.

¿Mi hijo(a) será capaz de caminar alguna vez?

Con frecuencia, esta es la mayor preocupación de los padres. caminar es importante tanto funcional como socialmente, pero en términos de las necesidades del niño, hay otras habilidades que pueden ser más importantes para que el niño lleve una vida tan feliz e independiente como sea posible las habilidades y talentos necesarios son:

- *Tener confianza en sí mismo y quererse a sí mismo.*
- *La comunicación y relación con otros.*
- *Actividades de cuidado personal como comer, vestirse e ir al inodoro.*
- *Ir de un lugar a otro.*

Todos necesitamos darnos cuenta de que caminar no es la habilidad más importante que necesita un niño, y ciertamente no la primera. Hay muchos niños gravemente afectados que quizás nunca caminen, debemos aceptar esto y apuntar a otras metas importantes ya sea que el niño pueda o no caminar algún día, debe participar en actividades en las que participan otros niños y, por lo tanto, necesita otras capacidades, por ejemplo, maneras de ir de un lugar a otro.

Espina Bífida

Es un defecto que proviene de un problema en el primer desarrollo del niño no nacido, ocurre cuando algunas columnas vertebrales no se cierran sobre el tubo central del nervio y como resultado, se deja un área blanda no protegida, que puede sobresalir a través de la piel como una bolsa oscura. El futuro de un niño con espina bífida depende de cuán grave sea el defecto, de la atención médica y del apoyo de la familia y de la comunidad.

Un niño con un defecto que está en la parte inferior de la espalda tiene usualmente menos parálisis y buenas probabilidades de vivir una vida plena y feliz.

Daño a la médula espinal

Esto resulta de un accidente que rompe o daña gravemente la cuerda del nervio central en el cuello o en la espalda, por ejemplo, caídas de árboles o mulas, accidentes automovilísticos, accidentes de inmersión, heridas de bala. La extensión de la afección depende del nivel de daño en la columna vertebral. Cuanto más alta sea la lesión es mayor el área del cuerpo afectada.

Cuando se daña la médula espinal tan completamente que no pasan los mensajes nerviosos, se dice que la lesión es completa. Las sensaciones y movimientos controlados por debajo del nivel de la lesión se pierden permanentemente. Si la lesión es “incompleta” puede haber aún sensación y movimiento o la sensación y el movimiento controlado pueden volver poco a poco durante varios meses. En las lesiones incompletas, un lado puede tener menos sensación y movimiento que el otro.

¿Mi hijo (a) podrá volver a caminar?

Esto dependerá de qué tan alta o baja sea la lesión en la espalda. Cuanto más baja sea la lesión, hay mayores posibilidades de caminar. Una persona con una lesión completa en la médula espinal en el cuello no tiene probabilidades de caminar, necesitará una silla de ruedas.

Sin embargo, es mejor no dar mucha importancia al aprendizaje para caminar, muchos niños que aprenden a caminar encuentran que es tan lento y cansador que prefieren utilizar una silla de ruedas.

Permitan al niño decidir cuál es la manera más fácil para él / ella de trasladarse

Lepra

La lepra es una enfermedad infecciosa que se desarrolla muy lentamente, la causan gérmenes (bacilos) que afectan sobre todo la piel y los nervios. Pueden causar una variedad de problemas de piel, pérdida de sensación, y parálisis de las manos y los pies.

La lepra solamente se puede expandir a partir de personas que tienen una lepra no tratada, y solo a otras personas que tienen una resistencia baja a la enfermedad. Probablemente es contagiada ya sea a través de los estornudos o de la tos o del contacto con la piel.

Se puede curar la lepra por medio de medicamentos que matan a los gérmenes. Sin embargo, el tratamiento en algunas personas debe continuar por años para evitar que la enfermedad recurra. El tratamiento temprano es importante porque detiene el contagio de la lepra a otras personas. Además, si el tratamiento comienza antes, la pérdida de sensación, la parálisis y las deformidades no aparecerán, la recuperación será usualmente completa y la persona no quedará física o socialmente discapacitada.

Convulsiones (epilepsia)

Las convulsiones son periodos de inconsciencia o cambios en el estado mental a menudo breves y repentinos que se acompañan con frecuencia de sacudidas. Uno de cada 10 a 20 niños tiene al menos una convulsión hasta alrededor de los 15, pero solo uno de cada 50 niños pasa a tener convulsiones crónicas, una afección que se conoce como epilepsia. Las convulsiones provienen del daño a o de una afección anormal del cerebro.

Las causas comunes incluyen:

Lesión cerebral. Las lesiones pueden ser antes del nacimiento, durante el nacimiento o en cualquier momento luego del mismo. Las mismas causas de daño cerebral que resultan en la parálisis cerebral pueden originar la epilepsia, en efecto, la parálisis cerebral y la epilepsia ocurren a menudo juntas.

La meningitis es una causa común de esta combinación. En los niños pequeños las causas comunes de las convulsiones son la fiebre alta o la deshidratación grave.

Hereditaria. Existe una historia familiar de convulsiones en al menos un tercio de las personas con convulsiones.

Causas desconocidas. En alrededor de un tercio de las personas que tienen epilepsia, no hay historia familiar ni de daño cerebral.

¿Qué hacer cuando un niño tiene una convulsión?

Aprender a reconocer cualquier "signo de advertencia" de que una convulsión está a punto de comenzar tales como un miedo o un grito repentino. Proteger rápidamente al niño acostándolo en un tapiz suave u otro lugar en donde no se pueda hacer daño. Cuando comience una gran convulsión, no trate de mover al niño salvo que esté en un lugar peligroso.

Proteger al niño lo mejor posible contra las lesiones, pero no tratar de controlar sus movimientos necesariamente. Eliminar cualquier objeto agudo o duro cerca del niño, no poner nada en la boca del niño mientras está teniendo una convulsión: alimento, bebida, medicina, ni ningún objeto para evitar que se muerda la lengua.

Entre espasmos, voltear suavemente la cabeza del niño hacia un lado para que la saliva drene fuera de su boca y no la aspire dentro de los pulmones. Cuando termina la convulsión, el niño puede estar muy somnoliento y confuso. Dejarlo dormir.

Ceguera y dificultad para ver

La dificultad para ver puede ser ligera, moderada o grave, cuando una persona ve muy poco o nada decimos que es ciega pero algunos niños son completamente ciegos, no pueden ver nada. Sin embargo, la mayoría de niños puede ver un poco. Algunos solo pueden ver la diferencia entre la luz y la oscuridad del día y la noche, pero no pueden ver ninguna de las formas de las cosas. Otros pueden ver formas de objetos grandes, pero ninguno de los detalles.

Algunos niños con parálisis cerebral u otras discapacidades también están completa o parcialmente ciegos, los padres pueden no darse cuenta de esto y pensar que el niño es lento en su desarrollo. En efecto, la ceguera puede ser la causa en gran medida. Incluso si el niño no tiene otra discapacidad, la ceguera puede hacer que el desarrollo de las habilidades tempranas sea más lento y más difícil. Si el niño no mira, trata de alcanzar o se interesa por las cosas que están alrededor de él, verificar si puede ver y oír.

Causas comunes:

Los “ojos secos”, especialmente comunes en parte de África y Asia resultan cuando un niño no tiene suficiente vitamina A (que se encuentra naturalmente en las frutas, verduras, leche y carne). Los ojos secos se desarrollan en niños que no reciben alimentación regular y se empeoran rápidamente cuando los niños tienen diarrea o sarampión, tos convulsiva o tuberculosis. Es mucho más común en niños que no reciben lactancia materna.

El tracoma es la causa más común de la ceguera evitable en el mundo. A menudo comienza en los niños y puede durar por meses o años. Si no se trata rápidamente puede causar ceguera. Se expande por el tacto o las moscas y es más común en condiciones de vida pobres y hacinadas. Se puede evitar manteniendo los ojos limpios y las moscas a distancia.

La ceguera de río es una causa muy común en partes de África y América Latina. Se propaga por un tipo de mosca negra que se cría en los ríos y arroyos.

El sarampión, que puede lesionar la superficie de los ojos. Es especialmente común en el África y se manifiesta en niños mal alimentados.

El daño cerebral causa ceguera en muchos niños, usualmente en combinación con otras discapacidades, por ejemplo la parálisis cerebral.

Sordera

Unos cuantos niños son completamente sordos, los padres a menudo notan que su hijo no puede oír porque el niño no voltea la cabeza o no responde incluso cuando hay sonidos fuertes. Algunos niños que son parcialmente sordos oyen algo cuando las personas les hablan. Pueden aprender lentamente a reconocer y responder a algunas palabras pero hay muchas palabras que como no las escuchan claramente no las comprenden. Son lentos para comenzar a hablar, a menudo no hablan con claridad, mezclan algunos sonidos o parecen estar “hablando por la nariz”.

Desgraciadamente los padres como otros niños y los maestros no se dan cuenta de que el niño tiene dificultad para oír, pueden tratar al niño como si fuera mentalmente lento o “tonto”. Esto solo incrementa el problema del niño. Para un niño con pérdida de la audición, el problema más grande es aprender a comunicarse, porque no puede oír las palabras claramente, le es mucho más difícil aprender a hablar.

Causas comunes antes del nacimiento del niño:

Hereditarias – en ciertas familias, aunque los padres no sean sordos. Usualmente el niño no tiene ninguna otra discapacidad y aprende rápidamente.

Sarampión durante los primeros meses de embarazo

Causas comunes después del nacimiento:

Infecciones en los oídos, especialmente infecciones en los oídos repetidas y duraderas con pus.

Meningitis

Retardo mental

El retardo mental es un retraso o lentitud en el desarrollo mental del niño, el niño aprende más lentamente que los otros niños de su edad, el niño puede por ejemplo, comenzar a moverse, sonreír, mostrar interés en las cosas tardíamente o el niño puede desarrollar algunas de estas habilidades más rápidamente pero ser más lento en otra.

El retardo mental va de leve a grave. El niño levemente retardado toma más tiempo para aprender ciertas habilidades, pero con ayuda puede lograr cuidar de sí mismo y participar activamente en la comunidad. El niño gravemente retardado, a medida que crece, puede quedarse en la edad mental de un bebé o un niño pequeño.

El retardo mental no se puede curar. Sin embargo, todos los niños con retardo mental pueden aprender, contribuir, y desarrollarse como otros niños, pero quizás en una manera "diferente".

Causas:

La causa con frecuencia es desconocida. Algunos niños nacen con un cerebro muy pequeño.

A veces hay un error en los cromosomas. Esto es lo que ocurre con el Síndrome de Dawn.

A veces, la madre no recibió suficiente de cierto tipo de alimento o mineral durante el embarazo.

El daño cerebral puede ocurrir ya sea antes, durante o después del nacimiento.

Sarampión o meningitis

La OMS ha estimado que el 70% de las discapacidades en los países en desarrollo son causadas por factores evitables como la mala nutrición, las enfermedades transmisibles, la atención pre y post natal inadecuada y los accidentes. Con frecuencia, los niños sufren de impedimentos discapacitantes múltiples, por ejemplo, lesiones físicas y trauma psicosocial, la crisis de servicios que ocurre en las emergencias puede causar discapacidades o empeorarlas. Las lesiones, quemaduras, infecciones graves a los ojos y el trauma psicosocial son comunes en las emergencias y pueden causar discapacidades. En los conflictos armados, por cada niño muerto, hay un promedio de tres que reciben lesiones discapacitantes.

Las medidas de salud pública y atención primaria de salud fundamentales en una respuesta de emergencia son elementos claves para evitar cualquier tipo de discapacidad. Así mismo, las medidas que incrementan la seguridad física de los niños ayudan a evitar las afecciones discapacitantes. Una evaluación rápida, actividades de extensión y detección son necesarias tempranamente en una emergencia para identificar a los niños y familias vulnerables, incluyendo aquellos que están en riesgo debido a las discapacidades.

Prevención

Las medidas de prevención primarias bloquean la incidencia de afecciones discapacitantes, asegurar que todos los niños tengan acceso a la atención básica de salud es fundamental para evitar las discapacidades. Las medidas secundarias de prevención involucran la identificación temprana y el tratamiento de los problemas de salud (desnutrición, infecciones al oído y ojo, lesiones graves) para revertir sus efectos y evitar que se hagan peores.

En las etapas iniciales de una emergencia se debe dar atención prioritaria a medidas tales como:

Vacunación contra el sarampión; terapia de rehidratación oral; profilaxis con vitamina A; alimentación complementaria para los niños peor alimentados; planeamiento de contingencia para controlar cualquier brote de una enfermedad que pueda amenazar la salud pública. El estado nutricional de los niños de 6 a 39 meses es particularmente vulnerable. A menudo, en las emergencias en donde se provee raciones de alimentos, éstas consisten en gran medida de granos enteros que los infantes y niños pequeños no puede digerir fácilmente, es esencial que se muele y si es necesario, se cuente con raciones especiales para que las madres puedan preparar alimentos apropiados.

Lectura 2: La violencia y los niños discapacitados

Por Naomi Richman (Mckeith press, 1995)

Las necesidades de los niños discapacitados son básicamente las mismas que las de los otros niños, pero en situaciones de violencia y conflicto se hace más difícil asegurar que se satisfaga estas necesidades y que se provea una protección adecuada a los niños más vulnerables.

Hay muy poco escrito sobre los niños discapacitados en situaciones de conflicto, pero esperaríamos que el conflicto incremente las filas de los niños con impedimentos físicos y haga la vida más difícil a aquellos con afecciones existentes. Sus problemas se exacerban porque la mayoría de conflictos ocurre en países en desarrollo, en donde los niños ya están en un riesgo mayor de sufrir impedimentos debido a la pobreza y a una atención de salud limitada, y donde los recursos para los servicios de discapacidad a menudo no tienen prioridad.

Los efectos *psicológicos* discapacitantes del conflicto han recibido más atención que los efectos físicos, y solo podemos especular sobre la interacción entre los factores psicológicos y físicos en estas situaciones.

Efectos de la violencia y el conflicto

El impacto creciente de los conflictos modernos en la población civil ha sido anotado por muchos autores (por ejemplo, zwi y ugalde, 1989). Es común que hasta el 80% de las bajas sean civiles y que la mayoría sean mujeres y niños. Esto es cierto cualquiera que sea el tipo de violencia organizada: combate "convencional" regímenes represivos, guerra civil, guerras de liberación e insurgencia o las llamadas guerras de "baja intensidad". El aterrorizar a la población se ha convertido en un arma importante en muchos conflictos, y la guerra química, los defoliadores y las bombas alcanzan a los civiles ya sea deliberada o coincidentemente. En particular, los distintos tipo de minas terrestres modernas, que se dejan a menudo sin importar la población civil, son una amenaza creciente de largo plazo (human rights watch arms project 1993).

Incluso luego que termina el conflicto directo, la pobreza, la destrucción de la economía y de la infraestructura, y otras restricciones tales como las sanciones, continúan afectando la salud de grandes segmentos de la población (lee y haines 1991). Los pobres son los más afectados por la guerra y sus consecuencias (zwi y ugalde, 1991). lo mismo sucede en el caso de desastres tales como los terremotos (cuny 1983)

Las situaciones de violencia prolongadas con frecuencia conducen a una "militarización" gradual de la sociedad, con armas que circulan libremente y una aceptación social de la violencia. Aunado a las rupturas social y económica, éste es un poderoso caldo de cultivo en el que prospera la violencia criminal, a menudo ligada con el tráfico de droga. La tensión familiar, el alcoholismo y la violencia doméstica también se acrecientan cuando existe la pobreza y la inestabilidad social.

En el periodo de post guerra, los soldados que retornan confrontan un reajuste difícil para la vida familiar, especialmente si están discapacitados y desempleados. A menudo, los jóvenes conforman las fuerzas armadas en gran proporción: se encuentran con problemas especiales para reajustarse debido a que han tenido pocas oportunidades para aprender las habilidades sociales para sobrevivir como civiles. Su situación es especialmente precaria cuando no tienen familia.

En todas estas situaciones, los niños con impedimentos son más vulnerables ya que necesitan más cuidado y tiempo y , por lo tanto, son una preocupación adicional para la familia. Sin embargo, incluso en las situaciones más desesperadas, los padres encuentran maneras de brindarles esta atención.

Conflicto y discapacidad

El conflicto afecta la ocurrencia de los impedimentos de una serie de maneras. Primero, hemos visto que el bienestar de los niños es afectado por la pobreza y la ruptura social. Segundo, los servicios básicos de salud son directamente interrumpidos y los recursos para la salud

preventiva y curativa quedan reducidos debido a que se dirigen hacia la opresión o hacia el conflicto (zwi y ugalde 1991). Las actividades de los programas materno infantiles existentes tales como la inmunización, son interrumpidas o incluso desaparecen completamente (Dodge 1990, Cliff y Noormanhomed 1993). La desnutrición se incrementa y las deficiencias nutricionales específicas (por ejemplo yodo, vitaminas) no se resuelven.

Así, los niños se hacen más susceptibles a una variedad de infecciones tales como el sarampión, la poliomielitis y las enfermedades diarreicas y son menos capaces de resistir sus efectos. Una incidencia creciente de afecciones como los impedimentos motores, los problemas de audición y visión que siguen al sarampión y el daño cerebral debido a la malaria son las consecuencias.

El impedimento intelectual se acrecienta debido la falta de estimulación y a las privaciones y debido a ataques directos al cerebro, incluyendo deficiencias nutricionales, infecciones y lesiones.

Los niños discapacitados tienen menos probabilidades de escapar durante un ataque, especialmente si tienen una dificultad motora o de aprendizaje o por otras razones son incapaces de cuidarse a sí mismos. Una niña afectada por poliomielitis en Mozambique me describió cómo tuvo que ser acarreada por otros siempre que atacaban su aldea. Aunque alababa la preocupación de sus parientes y vecinos, se volvió cada vez más ansiosa respecto de su situación y a la larga la colocaron en un internado lejos de su familia.

Se puede hacer esfuerzos especiales para proteger a muchos niños, pero a veces esto es imposible porque sólo sobreviven los más fuertes a las dificultades de la huida. Los padres tienen que tomar decisiones angustiantes cuando están huyendo respecto de a cuántos y a cuáles niños pueden realmente proteger. Además, los niños quedan consumidos por la culpa sobre los hermanos que tuvieron que abandonar en su huida.

El número de personas discapacitadas que se ha encontrado en campos de refugiados dependerá de la antigüedad del campo y de las condiciones de vida disponibles. Es poco usual encontrar a personas discapacitadas en la población recién llegada, presumiblemente porque no sobrevivieron, pero a medida que el tiempo pasa y siempre y cuando la nutrición y la atención sean razonables, probablemente se incrementará la cifra.

Incidencia y prevalencia

Aunque la *incidencia* del impedimento se incrementa en la guerra, los niños afectados tienen menos probabilidades de sobrevivir debido a una atención inadecuada de salud, de tal modo que la *prevalencia* general probablemente decae.

Es difícil investigar la prevalencia de los impedimentos durante tiempos de guerra. La mayoría de los conflictos ocurren en países en desarrollo y esperaríamos ver patrones similares a los que se encuentran en tiempos de paz más lesiones de guerra. El tipo de conflicto obviamente afecta la naturaleza de las lesiones incurridas. Estas varían desde los efectos de los ataques aéreos, las armas químicas y convencionales, pasando por las guerras de "baja intensidad", que pueden incluir la mutilación deliberada de los niños.

Los problemas más comunes que se encontraron en una encuesta sobre niños en dos provincias de Camboya en 1986 tenían que ver con la audición y el lenguaje, el desempeño motor y la capacidad de aprendizaje. La causa más frecuente de impedimentos motores fue la poliomielitis seguida de las lesiones por minas terrestres y otros accidentes, así como la parálisis cerebral. La tasa general de discapacidad en niños entre los 0 y los 15 años se estimó en 2.57% (ministerio de salud, estado de Camboya, 1992).

Las heridas de guerra, incluyendo aquellas que resultan de las minas terrestres, producen grandes cantidades de lesiones físicas que incluyen amputaciones así como afecciones como ceguera, sordera debido a la perforación del tímpano, lesiones en la cabeza y desfiguración facial. Las minas siguen causando lesiones mucho después de que terminan los conflictos. Pueden permanecer activas por más de 70 años y constituir una amenaza de largo plazo tanto a los individuos como a la recuperación económica en países como Camboya, Afganistán,

Angola y Mozambique. Debido a que las minas siguen siendo letales por largos periodos y debido a que por su naturaleza no discriminan sus blancos, se argumenta actualmente que de acuerdo con la convención de las Naciones Unidas sobre armas, su uso debe quedar prohibido. (Human rights watch arms project 1994).

Un estudio sobre Camboya realizado por King (comunicación personal 1992) sugirió que los niños tenían menos probabilidades que los adultos de estar involucrados en accidentes con minas terrestres. Sin embargo, esto es sorprendente ya que los niños tienen más probabilidades de correr alrededor en un área amplia, de cuidar animales o de ir a los arbustos a recolectar leña. Cuando un niño pisa una mina y es herido, las lesiones serán probablemente fatales o al menos más graves, debido al tamaño del niño. La tasa de muerte se incrementa debido al largo tiempo que les toma a los civiles llevar a lugares de atención médica y a la falta de servicios de emergencia adecuados.

Consecuencias psicológicas de los conflictos

La investigación de las consecuencias psicológicas relacionadas a los conflictos es más compleja que para los impedimentos físicos, porque requiere de técnicas de entrevista relevantes culturalmente y cuidadosas. Los estudios de adultos sugieren que luego de los conflictos, las tasas de problemas psicológicos son mayores que las de problemas físicos (Summerfield y Toser 1991).

Existe poca información adecuada sobre las consecuencias psicológicas en los niños. Los estudios recientes han buscado especialmente evidencia de trastornos de stress post-traumático (tspt) relacionados con eventos "traumáticos" tales como ser testigo del asesinato de un pariente (Asociación Psiquiátrica Americana 1987). Los síntomas del trastorno incluyen imágenes intrusivas de los eventos "traumáticos" a manera de sueños o de memorias vívidas repentinas (flashbacks), evitamiento de elementos recordatorios de los eventos, y síntomas somáticos.

El énfasis en los síntomas de tspt como único indicador de los efectos discapacitantes del conflicto ha sido cuestionado por una serie de razones (Richman 1993a). Aunque las investigaciones han descrito graves efectos psicológicos luego de la exposición a los conflictos, estos estudios han basado sus hallazgos en breves cuestionarios sobre los síntomas. Sin embargo, el mero conteo de síntomas basado en datos de cuestionarios no puede indicar el grado de impedimento *funcional* y es difícil conocer el efecto que esto tiene en sus vidas cotidianas.

Además, el concentrarse en los tspt ignora tanto la importancia del stress crónico (por ejemplo falta de alimento y amenaza recurrente al estado psicológico de los niños) como los resultados de la pérdida y el duelo como influencias importantes en su ajuste.

En Mozambique, un grupo de 60 niños que fueron desplazados dentro del país debido a la lucha fue entrevistado sobre sus puntos de vista respecto del conflicto y su estado emocional (Michman *et al* 1989). Describieron ansiedad y temor, a menudo precipitados por posibles amenazas como el ver grupos de hombres a distancia u oír ruidos fuertes repentinos; dificultades para dormir y pesadillas; tristeza relacionada a la pérdida y a la violencia; y síntomas somáticos tal como fatiga, dolor de cabeza y dolor de estómago, dolores en los miembros, o sensaciones corporales desagradables. Aproximadamente una cuarta parte fue marcadamente afectada por sus síntomas. La mayoría vivía en muy malas condiciones, sufría de separación de sus familias, de continuas amenazas y privaciones. Ninguno de estos niños estaba impedido físicamente, aunque muchos sufrían de desnutrición y un mal estado de salud crónico debido a infecciones bilharziáticas u otras.

Cuando se estima la medida del impedimento psicológico es importante saber por cuánto tiempo persisten los síntomas, pero esto puede ser difícil de hacer en situaciones de guerra, y la mayoría de estudios se han apoyado en datos trasversales. En otro estudio de 60 niños de Mozambique, un nuevo año del contacto inicial (Draisma y Richman 1992), la amenaza de ataques había disminuido y la situación general era más calmada. En aquellos que se recontactó había una reducción considerable de síntomas somáticos y ansiedad, el ánimo general había mejorado y se mostraban generalmente más optimistas. Uno del grupo ahora

usaba muletas luego de un ataque de poliomielitis. Sin embargo, fue posible solo contactar a la mitad de los niños originales ya que muchos habían retornado a sus aldeas de origen.

La gravedad del malestar emocional experimentado por niños en situaciones de guerra y desastre, depende de una variedad de factores. Estos incluyen el grado de la amenaza; la intensidad de la exposición a la violencia, especialmente hacia la familia o hacia sí mismos; la medida del duelo y la pérdida; y si hay disponibilidad de adultos protectores. Los niños pequeños sufren particularmente si se les separa de todos los adultos familiares (Rafael 1986).

La mayoría de niños parece recuperar su equilibrio luego de algunos meses si están en un entorno razonable con una familia que los atiende y si no están sujetos a la amenaza del ataque. Desgraciadamente, muchos niños continúan viviendo en circunstancias duras y amenazantes y esto prolonga su sufrimiento.

Niños no acompañados

La muerte de los parientes o la separación de la familia son probablemente las consecuencias más graves de los conflictos para los niños. Los niños sin familia (huérfanos, separados o abandonados) son especialmente vulnerables. Su desarrollo intelectual y emocional probablemente será afectado si no tienen adultos que consistentemente les provean atención emocional y física, cuando estén también en riesgo de abuso emocional y sexual. El abuso puede ocurrir en cualquier tipo de situación social, pero los niños en las instituciones o con familias adoptivas donde no hay supervisión adecuada están particularmente en riesgo. Los niños discapacitados son seleccionados como víctimas con más frecuencia porque tienen menos capacidad de defenderse.

La prevención de la separación debe ser una prioridad y cualquier paso que tienda a separar a un niño de su familia, incluso si se supone que será temporalmente, requiere de una consideración cuidadosa (ressler 1992). A menudo hay presión desde fuera del país para evacuar a los niños hacia la seguridad o por razones médicas. A veces, esto beneficia a los niños, pero a menudo los resultados son desafortunados y la relación entre el niño y la familia se afecta gravemente. El niño y la familia pueden permanecer alejados por largos periodos, quizás para siempre, o las condiciones de atención para los evacuados pueden hacerse malas y los niños pueden sufrir miserias y sentirse abandonados. Los niños evacuados para tratamiento médico, ya sea dentro de su propio país o al exterior, pueden ser luego incapaces de reunirse con su familia, ya que el transporte a su lugar de origen es imposible, la zona de guerra cambia, o porque se desconoce la ubicación de la familia. Es muy común que dichos niños languidezcan en los hospitales por meses o incluso por años, como el caso de un niño en Mozambique que ya había estado en el hospital por más de un año luego de una amputación por lesión con mina terrestre (human rights watch arms project 1994).

Puede ser una cuestión ética difícil el decidir si la evacuación para el tratamiento médico va a constituir lo mejor para un niño con un impedimento. Si se decide enviar a los niños lejos para su tratamiento, deben estar acompañados por un pariente o al menos por un adulto que conozcan. Los detalles sobre el niño y la familia se deben documentar exhaustivamente para que haya una buena oportunidad de reunirlos si la comunicación se perdiera por mucho tiempo. Esto puede parecer obvio, pero se puede olvidar muy fácilmente en situaciones de emergencia en los hospitales, y salas de emergencia, por ejemplo. Cuando se evacua a los niños debe haber supervisión adecuada en el lugar de llegada y luego porque existe el riesgo de que se les explote, por ejemplo, utilizándolos como prostitutas o sirvientes.

Idealmente, los niños no acompañados deben ir a una familia adoptiva o a hogares de grupos pequeños mientras se intenta localizar a los parientes. Un programa de rastreo de familias de esta naturaleza fue iniciado en Mozambique durante la guerra reciente, combinado con una política de no construir orfanatos adicionales para estos niños. Había solo uno o dos orfanatos pequeños por provincia y muchos niños fueron adoptados espontáneamente. Sin embargo la adopción o la adopción temporal de niños con impedimentos es difícil, especialmente en tiempos de inquietud social y si no hay asistencia para los costos adicionales que esto implica. Hay un riesgo de que algunas familias tomen a niños con la finalidad de explotarlos: por ejemplo para hacerlos mendigos o para obtener alimentación extra.

Los orfanatos tienden a tener una mayor concentración de niños capacitados, porque los padres tienden a dejarlos ahí para darles mejores oportunidades de supervivencia. Una vez que los aceptan. Difícilmente saldrán del orfanato porque la familia no los reclama.

Usualmente, los orfanatorios proveen un mal entorno para los niños, especialmente cuando son pequeños o tienen necesidades especiales. El personal no tiene capacitación para comprender las necesidades de los niños con impedimentos y se le paga mal. La falta de atención individualizada a los niños y de lazos afectivos permanentes impide su desarrollo emocional e intelectual (Aberg 1991). Cuando a la larga llega el momento de dejar la institución, no tiene ni familia ni comunidad a las cuales integrarse.

Debido a las desventajas de los orfanatos y a las dificultades de organizar una atención alternativa adecuada, es de la mayor importancia evitar la separación y cuando esta ha ocurrido tratar de encontrar nuevamente a la familia. La posibilidad y dificultades de rastrear parientes debe ser muy bien explicada al niño y los mecanismos deben ponerse en acción tan pronto como sea posible (Williamson y Moser 1987). Debemos recordar, por supuesto, que algunas familias no desean recibir nuevamente a sus niños.

Efectos psicológicos de la discapacidad.

Varios factores influyen el estado psicológico de los niños discapacitados: el tipo de impedimento; cómo y cuándo se adquirió el impedimento; la actitud de la comunidad; los recursos familiares y la resistencia y capacidades del niño.

Tipos de impedimento

Los estudios occidentales indican que cualquier tipo de enfermedad crónica incrementa las dificultades emocionales. Las causas son múltiples e incluyen los efectos de la hospitalización y de los tratamientos desagradables, el fastidio por las limitaciones a las actividades normales, las ansiedades sobre el bienestar futuro, las posibilidades de seguir con vida, y las respuestas de los padres. Estas últimas pueden variar desde una extrema sobreprotección hasta la ignorancia o la negación de las necesidades del niño.

Parece que las afecciones orgánicas al cerebro incrementan la vulnerabilidad en los niños que ya están en riesgo debido a las difíciles situaciones sociales. Los niños con epilepsia trastornos cerebrales orgánicos, por ejemplo, luego de una lesión o infección a la cabeza, o con graves dificultades de aprendizaje, tienen las tasas más bajas de impedimento psicológico. (Rutter *et al.* 1970). También se asocia los problemas auditivos, de habla y comunicación con altas tasas de dificultades psicológicas.

En los países en desarrollo es común que los padres escondan a los niños con impedimentos físicos graves o graves dificultades de aprendizaje. Ellos, entonces, no tienen oportunidad de desarrollar sus capacidades. Sin embargo, tenemos poca información sobre cómo quedan afectados emocionalmente por esta situación. Cuando la familia no acepta un impedimento, o cuando los padres buscan continuamente a un curandero con una cura eficaz para la epilepsia o para la lentitud en el aprendizaje, el niño se pone más tenso.

Cómo y cuándo se adquirió el impedimento

El shock de recibir una lesión puede ser duradero, un niño de 5 años de edad estuvo presente cuando su casa fue atacada y su padre fue asesinado ante sus ojos. El mismo experimento una herida de bala infligida a su brazo derecho, el cual tuvo que ser amputado. Al salir del hospital, fue a vivir con su tío en un lugar más seguro. Inicialmente estaba aterrizado de los hombres, especialmente de los que tenían aquellos uniformes, no jugaba y no utilizaba su brazo izquierdo puesto que había sido diestro. Luego de más de un año perdió su miedo de los hombres desconocidos, comenzó a asistir a la escuela, hizo amigos, comenzó a estudiar y comenzó a utilizar su mano izquierda con alegría. Sin embargo, todavía tenía dificultades para quedarse dormido y su impedimento era un recordatorio constante del ataque sufrido y de la pérdida de su padre.

Actitud de la comunidad

Los capítulos 11 y 12 han discutido los poderosos efectos de las actitudes de la comunidad sobre los niños discapacitados para su ajuste. En algunas situaciones, los heridos de guerra tienen un lugar especial en la sociedad, como por ejemplo, los jóvenes palestinos honrados en

la lucha por la independencia nacional, y los jóvenes en varias luchas políticas que han sido detenidos y torturados. Las lesiones permanentes infligidas debido a la valiente resistencia le ganarán a un niño una gran estima, tal como sucedió con un niño de Mozambique a quien se le cortó el dedo de una mano y ambas orejas porque rehusó revelar el paradero de su padre. Sin embargo, las alabanzas pueden hacerse gradualmente menos intensas y el orgullo de los niños discapacitados en su sacrificio también se desvanece si las perspectivas de trabajo y matrimonio a largo plazo son mínimas, o si los resultados del sacrificio no rinden fruto político.

El lado en el cual luchó una persona determina a menudo su futuro, dependiendo de cual grupo termina en el poder y del grado de reconciliación nacional. Incluso aquellos que se convierten en discapacitados para defender su país pueden descubrir que se les margina una vez que sobreviene la paz y que los recursos para ayudarlos son escasos (Zinkin 1993). Otros que estuvieron involucrados en las atrocidades cometidas, pueden ser desterrados y forzados a una existencia marginal o incluso a las actividades criminales.

Cuando casi todos viven los tiempos difíciles, y cuando los heridos de guerra son una vista común, el apoyo de la comunidad para un niño en particular puede disminuir, tanto de los adultos como de los otros niños. Incluso si el impedimento ha sido obviamente adquirido en la guerra, si la explicación causal última de su lesión se ve como el pecado, la fatalidad o la brujería, puede haber poca voluntad de ayudarlo.

La familia

Cualesquiera que fueran las explicaciones causales particulares comprendidas por una familia, su capacidad de acoger a un niño con un impedimento dependerá en gran medida de sus recursos, tanto personales como materiales. Aquellas que están en proceso de reubicación, o que tienen que resolver la inestabilidad y la pobreza tendrán menos capacidad de ayudar. Durante el conflicto, hay más padres lejos luchando o trabajando o quizás muertos y más hogares son liderados por las mujeres que tienen que ganarse el pan y al mismo tiempo criar a los hijos. Las dificultades económicas, exacerbadas por la guerra, hacen que sea más difícil para las familias cuidar a sus niños discapacitados; la provisión de recursos y medios de vida para estas familias ayuda a crear una actitud más positiva y disminuye el riesgo de que se abandone al niño.

El niño

Hemos descrito como un impedimento aumenta la vulnerabilidad de un niño en situaciones peligrosas. Sin embargo, los niños varían en sus respuestas y capacidades para manejar el peligro y su impedimento. A menudo muestran gran valentía para hacer frente a las adversidades y no los ayuda compadecerlos sino más bien promover su independencia. Un niño que sufrió un daño en la pierna luego de una herida de bala había planeado muy cuidadosamente como se escaparía si se materializaba un ataque. Una niña que utilizaba muletas para trasladarse cuidaba a tres hermanos y hermanas más pequeños e iba a la escuela, además de hacer pequeños trabajos para obtener dinero.

Los factores que se relacionan con la resistencia de los niños ante la adversidad incluyen el tener una gama de estrategias de solución que pueden utilizar de manera flexible. Cuando la acción es imposible, pueden recurrir a mecanismos mentales útiles para ayudarlos a resolver su situación, tales como las ensoñaciones diurnas, las fantasías, las distracciones, el bloqueo de sentimientos desagradables, o el ensayo mental de respuestas posibles a la situación.

La capacidad de manejo es en alguna manera aprendida a través del ejemplo de los adultos y la experiencia personal, y se puede ayudar a los niños a mejorar sus habilidades a través de la discusión de sus ansiedades y de sus estrategias para manejarlas.

Promoción de las habilidades de manejo

Los niños discapacitados afectados por los conflictos necesitan apoyo similar al requerido por otros niños, especialmente la posibilidad de confiar en un adulto comprensivo.

Información y participación

A menudo, los adultos son reticentes a hablar con los niños sobre su situación o su impedimento. Esto es disculpado diciendo que el niño es muy joven para comprender. Se deja al niño con ansiedades inexpresadas, o sin la información esencial, por ejemplo, sobre los sentimientos asociados con un miembro fantasma, o el grado de mejoría esperadas luego de la poliomielitis.

En clínicas abarrotadas, especialmente en situaciones de conflicto, nadie tiene la responsabilidad de explicar la afección y la posible ayuda futura al niño o a la familia. En efecto, los trabajadores de la salud pueden no ser capaces de hablar en el idioma del niño o no estar familiarizado con la cultura, de modo que las oportunidades para las explicaciones y entendimiento esenciales se pierden. Esta comunicación es particularmente importante para afecciones como la epilepsia, frecuentemente las causas militan en contra del tratamiento adecuado.

Los defensores de la salud capacitados, que no necesitan ser trabajadores de la salud, pueden transmitir estas importantes explicaciones y proveer información a los parientes sobre cómo pueden ayudar a un niño con un impedimento.

Siempre que sea posible, se debe involucrar a los niños en la toma de decisiones por ellos mismos, por ejemplo sobre la colocación de una prótesis o sobre donde va a vivir.

El trabajo con la familia

En las situaciones de guerra o en los campos de refugiados no es fácil iniciar programas de apoyo para los niños discapacitados, pero es importante hacer todo lo que sea posible. De otro modo, se pierde invaluable tiempo, durante el cual el niño debería estar aprendiendo y desarrollándose. Las discusiones con las comunidades locales pueden hacer surgir ideas útiles sobre lo que sería factible.

La mayoría de las familias están muy complacidas de tener la posibilidad de ayudar siempre y cuando sea relevante para sus necesidades: por ejemplo una guardería para que las madres puedan trabajar; consejo fisioterapéutico; ayudas prácticas, ejercicios u ocupación para un niño. Por lo menos, las discusiones podrían estar orientadas a alentar a los adultos a comunicarse con los niños sobre su situación y asegurar su integración y participación en la comunidad más amplia, particularmente si hay una escolarización disponible.

Se ha descrito una serie de iniciativas para apoyar a las mujeres afectadas por los conflictos, especialmente a aquellas que tienen hijos. Esto incluye involucrar a las madres en discusiones de grupo o actividades como fundar y administrar centros preescolares (fozzard y tempo 1993). De esta manera, se eleva la moral de las madres y son más capaces de responder a las necesidades de sus hijos.

Promoción de la integración

Siempre que sea posible, se debe involucrar a los niños discapacitados en las actividades normales con otros niños. Incluso durante situaciones de conflicto, es posible capacitar a los maestros y a los trabajadores y líderes de la comunidad para que sean sensibles a las necesidades de los niños discapacitados, y aseguren que no se les margine y que se promuevan sus capacidades y fortalezas especiales.

Se puede usar los programas en los que los niños se ayudan entre sí, así como cuando los niños ayudan a los más pequeños, o los programas niño a niño concentrados en la comprensión de los sentimientos y la comprensión de otras personas para promover la integración de los niños discapacitados (niño a niño 1993).

Responder a las dificultades emocionales de los niños

En algunas culturas no es costumbre que las personas hablen sobre cómo se sienten. Aprecian una preocupación expresada a través de la ayuda práctica que provea perspectivas para el futuro. Sin embargo, algunos niños tienen problemas emocionales relacionados con su impedimento, su familia y los sufrimientos a causa de la guerra y la separación. Necesitan oportunidad de expresar sus sentimientos y ansiedades a un adulto comprensivo abierto a lo que quieran decir (richman 1993b).

A veces ayudan las discusiones de grupo, cuando los participantes pueden ver que tienen preocupaciones comunes y pueden hablar sobre cuestiones prácticas relacionadas con cómo resolver la discriminación o la violencia o sobre maneras de contribuir con la familia y la comunidad, cuando no es posible trabajar físicamente en los campos.

Los niños con dificultades persistentes relacionadas a la experiencia de la guerra necesitan una atención especial, así como una atención de sus necesidades materiales. Incluso en situaciones de conflicto continuo, ha sido posible desarrollar programas de respuesta a las necesidades psicológicas de los niños. Los elementos comunes son la provisión de una rutina de vida tan normal como sea posible, especialmente la escolarización; las actividades recreativas y creativas como los deportes, juegos, arte y drama; oportunidades para hablar y expresar sus sentimientos; y el trabajo con los padres (gustafsson 1986; ministro de educación, Mozambique 1993b)

Estos tipos de programa son relevantes a las necesidades de todos los niños ya sea que tengan impedimentos o no. Se puede extender su valor si se enlaza con la capacitación de maestros, trabajadores de salud o voluntarios, o simples habilidades de consejería para apoyar a los niños y sus familias (Metraux 1988, Nikapota y Samarasinghe 1989, Richman *et al.* 1991, Jareg 1992, Metraux y Aviles 1992). La capacitación debe incluir el elevar la conciencia sobre la discapacidad y los niños discapacitados (richman 1993b).

Conclusión

La situación de los niños discapacitados en tiempos de conflictos debe ser explorada aún más. Debemos conocer más sobre cómo resuelven ellos, sus familias y sus comunidades la discapacidad en distintas situaciones. Necesitamos explorar qué tipos de ayuda han sido desarrollados localmente para los niños discapacitados atrapados en los conflictos y que iniciativa puede ser útil probar en el futuro.

Aunque las situaciones de conflicto hacen que sea difícil proveer las necesidades para los niños discapacitados, existe una serie de acciones que pueden promover su bienestar. Estas incluyen:

Reducción del número de niños no acompañados evitando la separación de la familia, la documentación cuidadosa de aquellos que están separados para poder ubicar a los parientes, y establecer un programa de rastreo y de reunificación de familias.

Sensibilización a los padres, la comunidad, los maestros y otros sobre la necesidad de todos los niños de tener a adultos que los apoyen y que estén preparados para escuchar sus preocupaciones;

Integrar a los niños con impedimentos a la vida ordinaria tanto como sea posible;

Desarrollar escuelas, recreación y actividades creativas de las que se puedan beneficiar todos los niños;

Defensoría internacional para prohibir completamente el uso de minas terrestres – una prioridad urgente.

Lectura 3:

JOVENES RESILIENTES : SER FUERTES ANTE LA ADVERSIDAD¹⁰

Por alguna razón, existen niños, adolescentes y adultos capaces de sobreponerse a situaciones traumáticas más fácil y rápidamente que otros. En el caso de los jóvenes, se destacan por sus éxitos académicos o deportivos, o en sus relaciones sociales a pesar de desarrollarse en medios desfavorables o de haber experimentado hechos dolorosos. A esta capacidad se le denomina Resiliencia o Resilencia, un término desconocido, pero que comienza poco a poco a hacer eco porque representa una manera optimista de vivir la realidad, de enfrentar con alegría los problemas.

Resilencia es un término que se utiliza en física y que se refiere a la capacidad de ciertos metales de resistir y no deformarse a pesar de que sobre ellos actúen fuerzas de presión. Llevado al ser humano, la resiliencia se adquiere haciendo frente a los problemas, e influyen en ella el entorno y las características propias de cada persona.

El término fue usado por primera vez en 1942 por Scoville, para referirse al hecho de que situaciones peligrosas para la vida no afectaban a los niños. Sin embargo no fue sino hasta la década del 70 que el término adquirió mayor uso, el interés inicial estuvo en las características de jóvenes y niños que salían adelante desde condiciones adversas, describiéndolos como invulnerables o invencibles al resistir el estrés.

Más formalmente, en 1997, Vanistendael definió la Resiliencia como la capacidad de un individuo o de un sistema social de vivir bien y desarrollarse positivamente a pesar de condiciones de vida difíciles. Asimismo identificó variables que influyen en la capacidad de resiliencia: existencia de redes sociales, sentido de la vida o trascendencia, autoestima positiva, presencia de aptitudes y destrezas, y sentido del humor.

Ana María Haz, psicóloga clínica y académica de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica, señala que a partir de esta definición –una de las más aceptadas para definir el fenómeno de la Resiliencia- “el término representa una mirada optimista y muy distinta a la que se venía gestando en el campo de la psicología, ligada desde siempre al estudio de patologías y problemas del individuo, y muy pocas veces centrada en las fortalezas y aptitudes de las personas”.

Por eso es un término un tanto revolucionario. Pretende mostrar las capacidades que llevan dentro –y que pueden estar más o menos desarrolladas dependiendo de cada persona- salir adelante es posible.

¿CÓMO SER RESILIENTE?

Según Ana María Haz, más que una característica de la personalidad, la resiliencia es una reacción distinta a la esperada en individuos que ante estímulos negativos reaccionan positivamente. Como indica, “la resiliencia no es un término único ni particular porque puede darse de distinta manera e intensidad dependiendo de la experiencia negativa a la que se ve expuesta cada persona”.

En el caso de los jóvenes, la psicóloga señala que es fundamental para tener reacciones resilientes frente a conflictos, “el haber tenido una experiencia de apego

¹⁰ “La supervisión de Salud del Niño y del Adolescente” de UNICEF y la Pontificia Universidad Católica. Ed. Mediterraneo

significativa –vínculo madre e hijo- en la infancia y tener una relación familiar basada en los afectos”.

Así, el entorno social se transforma en una importante fuente de resiliencia. En “La Supervisión de Salud del Niño y del Adolescente”, un texto conjunto de la UNICEF y la Pontificia Universidad Católica, se señala que es fundamental la aceptación incondicional del adolescente por parte de su familia, de sus pares, y de las instituciones sociales como el colegio. Así, también los modelos positivos de identificación y de conducta que tenga el menor.

De esta manera, Ana María Haz señala que los jóvenes pueden sentir que tienen personas en las cuáles confiar y que los quieren incondicionalmente, que son capaces de ponerle límites para que aprendan y a evitar peligros y problemas que puedan presentarse.

Es importante que quienes están alrededor del adolescente le entreguen herramientas que lo ayuden a desenvolverse con autonomía y al mismo tiempo, le hagan sentirse querido y apoyado cuando está enfermo, en situaciones de peligro o cuando necesita aprender.

RECURSOS PERSONALES

Muchos niños y jóvenes son poseedores de una fuerza interna que van desarrollando a través de los años y que crece producto de su interacción con el mundo. De acuerdo al texto de UNICEF, de esta manera se percibe a si mismo como una persona por la que otros sienten aprecio y cariño, y de la misma manera, experimenta felicidad cuando hace algo bueno por los demás y les demuestra afecto.

Los recursos personales son una fuente importante de resiliencia y es ahí donde la autonomía, la autoestima, el control de impulsos, la empatía, el sentido del humor y la fe o el sentido de trascendencia cobran una importancia fundamental, estas lo llevan a ser respetuoso de si mismo y de los demás, a responsabilizarse de sus acciones y a mirar el futuro de una manera optimista, pensando, por ejemplo. “todo saldrá bien”.

En ese sentido, Ana María Haz explica que generalmente es posible encontrar rasgos de resiliencia en los jóvenes que han desarrollado la capacidad de relacionarse con otros –tanto con sus pares como con personas de distinta generación y estatus- y generar vínculos significativos y estables con ellos.

HABILIDADES SOCIALES

Para que la resiliencia esté presente en situaciones de conflicto, es importante que desde la niñez los padres pongan especial atención en el desarrollo de aptitudes sociales, entre ellas, que los adolescentes sean capaces de manejar situaciones de conflicto, de tensión o problemas personales.

Asimismo, es importante desarrollar en los jóvenes sentimientos de autosuficiencia, es decir, control sobre la propia vida y su significado y la capacidad capacidad de proyectar el futuro y sentirse competente para llevarlo a cabo.

Para reforzar estas habilidades sociales, la UNICEF recomienda que los jóvenes hablen con sus padres o con algún adulto significativo acerca de las cosas que le asustan o inquietan, respecto de cómo resolver sus problemas, y de mantener el control ante el riesgo de hacer algo peligroso o indebido.

Es importante que los jóvenes sepan que pueden contar con alguna persona en el momento en que lo necesiten, de manera de poder sentirse seguro y respaldado respecto de sus determinaciones y deseos.

Como señala Ana María Haz, “es en uno mismo donde pueden encontrarse fuentes de resiliencia para enfrentar con éxito situaciones traumáticas. Para lograr acceder a ellas, es fundamental ser capaz de conectarse con las emociones y hacer frente a las situaciones dolorosas, para aprender de ellas y superarlas. De esa manera podemos apelar a esa actitud que todos tenemos dentro y construir una vida positiva a pesar de la adversidad.

¿CÓMO PROMOVER LA RESILIENCIA EN NIÑOS Y JOVENES?

Los niños y adolescentes que están capacitados para enfrentar situaciones de conflicto y dolor, y salir delante de ellas, son aquellos que:

- Tienen a alguien que los quiere incondicionalmente.
- Saben que cuentan con su familia cuando la necesitan.
- Conocen las reglas y límites familiares
- Se sienten identificados y aceptados en su colegio
- Conocen a alguien a quien les gustaría parecerse.
- Son premiados por hacer cosas por sí mismos.
- Saben al menos 3 de sus características positivas
- Se esfuerzan para conseguir lo que intentan o desean.
- Saben soñar y proyectarse en el tiempo
- Están aprendiendo a controlar sus impulsos
- Son capaces de construir juicios calóricos
- Tienen sentido del humor
- Tienen fe o creen en algún poder superior

SIETE RESILIENCIAS VITALES

Estas son algunas características que se repiten coincidentemente en niños y adolescentes que resisten situaciones límites y salen fortalecidos de ellas.

- **Insight o introspección:** capacidad de examinarse interiormente, plantearse preguntas difíciles y darse respuestas honestas.
- **Independencia:** Se relaciona con la capacidad de establecer límites entre uno mismo y los demás, o entre uno mismo y un ambiente adverso, manteniendo una distancia emocional y física, y satisfaciendo al mismo tiempo los imperativos de la propia conciencia. Se refiere a la capacidad de vivir separado o en libre decisión.
- **Interacción o relaciones:** capacidad y habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otros, balanceando una dedicación a las propias necesidades con la empatía y la capacidad de dar a otras personas. Es valorar las relaciones personales y los rituales.
- **Iniciativa:** capacidad de planear y realizar actividades constructivas en forma espontánea. Es la capacidad de ejercer control sobre ellos, ponerse a prueba con tareas demandantes y saber conciliar y equilibrar lo propio.
- **Creatividad:** capacidad de imponer orden, belleza y un propósito a las situaciones de dificultad o caos, es imaginar, soñar, jugar, componer y reconstruir la realidad. Es la habilidad de transformar las experiencias preocupantes y los sentimientos interiores profundos en belleza, dándoles orden y dirección.
- **Humor:** capacidad de no tomarse en serio, de reírse de uno mismo y de las circunstancias que lo afectan o lo rodean.

- **Ideología personal, espiritualidad o moralidad:** es la conciencia informal que extiende el deseo de una vida personal buena y lograda a todo ser y a la humanidad.

Lectura 4:

Principales Normas legales Internacionales

Aunque existe una serie de normas legales internacionales que pueden asegurar protección, desarrollo e inclusión efectivos de los niños con discapacidades siempre es necesario verificar el marco legal aplicable para un país específico incluyendo legislación nacional y regional.

La Convención de los Derechos de los Niños (CDN)

Dos artículos de la Convención mencionan a los niños con discapacidades específicamente:

Artículo 2 : “Los estados parte respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción , sin distinción alguna independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño o de sus padres o de sus representantes legales”.

Artículo 23. Se refiere a sus necesidades especiales: “los Estados Partes reconocen que un niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren la dignidad, promuevan la autodependencia y faciliten la participación activa del niño en la comunidad”.

Los derechos de las niñas o los niños con discapacidad no se limitan a aspectos referidos en el **artículo 23**, todo artículo que se refiere al “niño” también se aplica al niño con discapacidades. Los niños con discapacidades deben tener las mismas oportunidades de disfrutar un nivel de vida adecuado, tienen derecho a jugar, a expresar opiniones en asuntos que los afectan, a una familia, a un nombre y a una nacionalidad, pero además el derecho de acceder a la educación, a la atención de salud, servicios de rehabilitación y preparación para el trabajo.

Como el enfoque de la Convención es integral y todos los derechos se relacionan y son indivisibles, la convención constituye una herramienta poderosa para la protección y garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades.

Convención de 1951

En el derecho de los refugiados, la **Convención de 1951 relacionada a la Condición de Refugiados** se aplica a los refugiados con discapacidades así como a todos los refugiados, incluyendo los niños, sin discriminación (Artículo 3).

Otras disposiciones relevantes relacionadas a los refugiados con discapacidades son: el Artículo 24- “los estados parte deben acordar a los refugiados que permanecen en su territorio el mismo trato que se acuerda a los nacionales respecto de la seguridad social, para las disposiciones legales... sobre discapacidad”; el Artículo 7- “excepto donde esta convención contenga disposiciones más favorables, un estado contratante debe acordar a los refugiados el mismo tratamiento que se acuerda a los extranjeros en general”, en particular, el autoempleo (Artículo 18), las profesiones liberales (Artículo 19), la vivienda (Artículo 21) y la educación (Artículo 22).

Derecho Humanitario

Según el protocolo adicional a la Convención de Ginebra del 12 de agosto de 1949, y en relación con la protección de las víctimas de conflictos armados internacionales (1977), los términos “herido” y “enfermo” significa personas, ya sea militares o civiles, que debido a trauma, enfermedad u otro trastorno o discapacidad física o mental se encuentran en necesidad de asistencia o atención médica y que no realizan ningún acto de hostilidad. Todos los heridos o enfermos sin importar a donde pertenezcan deben ser respetados y protegidos... y deben recibir en los cuidados y atención médicas requeridos por su condición (Artículos 8 y 10).

Principios Rectores sobre Desplazamientos Internos de Naciones Unidas (1998)

Este documento incluye la discapacidad en la cláusula de no-discriminación. Así, los principios se deben aplicar sin ningún tipo de discriminación tal como la discapacidad (Principio 4). El principio 19 establece: “todas las personas heridas y enfermas desplazadas internamente, así como todos aquellos con discapacidades recibirán los cuidados y atención médica que requieran”.

Convención de Ottawa

Las **Minas Terrestres** plantean una amenaza particular a los niños y las lesiones a menudo llevan no solo a discapacidades, sino a la muerte. La **convención de 1997 Sobre la Prohibición en el Uso, Almacenamiento, Producción y Transferencia de Minas Antipersonales y Sobre su Destrucción** (conocido como el Tratado de Ottawa para Prohibir las Minas Terrestres) establece en su Artículo 6.2 que “cada estado parte en posición de hacerlo debe proveer asistencia para el cuidado y la rehabilitación, y la reintegración social y económica a las víctimas de minas”.

Normas de las Naciones Unidas

Hacia fines de los 60, las organizaciones de personas con discapacidades comenzaron a formular un nuevo concepto al respecto de la deficiencia, éste indicaba la estrecha conexión entre la limitación experimentada por las personas con discapacidades, el diseño y la estructura de sus entornos y las actitudes de la población general. En 1970, las iniciativas de las Naciones Unidas adoptaron el concepto internacional de los Derechos Humanos de las personas con discapacidades y homologación de oportunidades para ellos, en 1975, la Asamblea General adoptó la “Declaración Sobre los Derechos de las Personas Discapacitadas” (Resolución 3447 de la Asamblea General), que proclama la igualdad de derechos civiles y políticos de las personas con discapacidad.

1983-1992, fue declarada la **Década de las Naciones Unidas de las personas con discapacidad**, por la Asamblea General. En 1999 el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (CESNU) autorizó a la comisión para el desarrollo social a elaborar normas sobre la homologación de oportunidades para niños, adolescentes y adultos con discapacidad, esto se debía realizar en estrecha colaboración con las agencias especializadas de las Naciones Unidas, otros órganos intergubernamentales y las organizaciones no gubernamentales, especialmente organizaciones de personas con discapacidad.

Las **Normas de las Naciones Unidas sobre la homologación de oportunidades para personas con discapacidad**, adoptadas en 1993 (Resolución 48/96 de la Asamblea General), aunque no es instrumento legalmente vinculante, representa un compromiso moral y político fuerte de los gobiernos para tomar acción en lograr la homologación de oportunidades para personas con discapacidades.

“*Homologación de oportunidades*” significa el proceso a través del cual los distintos sistemas de la sociedad y el entorno, tales como servicios, actividades, información, etc. se ponen a disposición de todos, particularmente de las personas con discapacidades. El principio de derechos iguales implica que las necesidades de todos y cada uno de los individuos son de igual importancia y que los recursos se deben emplear de tal manera que se asegure que cada persona tenga igual oportunidad de participación. Las normas establecen la atención especial que puede ser necesaria hacia grupos como las mujeres, niños, ancianos y refugiados con discapacidades.

Tiene 4 prerequisites importantes para la igualdad de oportunidades: concientización, atención médica, rehabilitación y servicios de apoyo, e identifica 8 áreas objeto: accesibilidad, objeto, empleo, mantenimiento del ingreso y seguridad social, vida familiar e integridad personal, religión, cultura, recreación y deportes. La implementación de las reglas es supervisada dentro del marco de la comisión de las Naciones Unidas para el desarrollo social.

Declaración de Salamanca

Otra iniciativa notable en 1994 fue la reunión de gobiernos y representantes de varias agencias de las Naciones Unidas y de organizaciones no gubernamentales en Salamanca, España para hacer progresar el objetivo de educación para todos, particularmente aquellos con necesidades educativas especiales, la **Declaración de Salamanca sobre los principios, políticas y prácticas en educación para necesidades especiales** reconoce el principio de inclusión y la necesidad de trabajar hacia escuelas que incluyan a todos, celebren las diferencias, apoyen el aprendizaje y respondan a necesidades individuales.

Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidades y Salud

En mayo de 2001, la 54 asamblea mundial de la salud endosó la segunda edición de la Clasificación Internacional de Impedimentos, Discapacidades y Handicaps (ICIDH-2) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dándole un nuevo título, la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidades y Salud (ICIDH-2). Esta es una clasificación diseñada para servir a varias disciplinas y distintos sectores, sus objetivos específicos son:

- Proveer una base científica para la comprensión y el estudio de la salud.
- Establecer un lenguaje común para describir salud y estados relacionados con la salud, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios tales como los trabajadores de atención de salud, investigadores, formuladores de políticas y público en general, incluyendo las personas con discapacidades.
- Permitir la comparación de información de un país a otro, entre disciplinas de atención de la salud, entre servicios y en el tiempo;
- Proveer un esquema de codificación sistemático para los sistemas de información de la salud.

Aunque, la ICIDH-2 es clasificación de salud, es utilizada por distintos sectores como los seguros, la seguridad social, el trabajo, la educación, la economía, la política social y en general el desarrollo legislativo. Ha sido aceptada como una Clasificación Social de las Naciones Unidas y las *Reglas Estándar Sobre la Homologación de las Oportunidades para Personas con Discapacidades* la incorporan y se refieren a ella. La ICIDH-2 provee entonces un instrumento apropiado para la implementación de mandatos sobre derechos humanos internacionales declarados así como para la implementación de la legislación nacional.

Lectura 5:

RECOPIACION DE LAS NORMAS MINIMAS

Normas mínimas en Materia de Abastecimiento de Agua y Saneamiento

1. Análisis

Norma 1 relativa al análisis: evaluación inicial.

Toda decisión de carácter programático debe basarse en una comprensión cabal de la situación de emergencia y fundarse en un análisis preciso de los riesgos y las necesidades en materia de salud concernientes al abastecimiento de agua y el saneamiento.

Norma 2 relativa al análisis: monitoreo y evaluación.

Se deben vigilar y evaluar el funcionamiento del programa de abastecimiento de agua y saneamiento, su eficacia para hacer frente a los problemas de salud relacionados con el agua y el saneamiento, y los cambios de la situación.

Norma 3 relativa al análisis: participación

La población afectada por un desastre debe tener la oportunidad de participar en la formulación y ejecución del programa de asistencia.

2. Abastecimiento de Agua

Norma 1 relativa al abastecimiento de agua: acceso al agua y cantidad disponible.

Todas las personas deben tener acceso seguro a una cantidad de agua suficiente para beber y cocinar y para la higiene personal y doméstica. Los puntos públicos de abastecimiento de agua deben estar lo suficientemente cerca de los refugios para posibilitar el consumo de la cantidad mínima de agua indispensable

Norma 2 relativa al abastecimiento de agua: calidad del agua.

El agua en el punto de abastecimiento debe tener buen sabor y ser de calidad suficiente para beber y para su utilización en la higiene personal y doméstica sin riesgos significativos para la salud debidos a enfermedades transmitidas por el agua o a la contaminación química o radiológica, durante un consumo a corto plazo.

Norma 3 relativa al abastecimiento de agua: instalaciones y enseres para el consumo de agua.

La población debe disponer de instalaciones y enseres adecuados para recoger, almacenar y utilizar cantidades suficientes de agua para beber y cocinar y para la higiene personal, así como para que el agua potable mantenga su inocuidad hasta el momento de consumirla.

3. Evacuación de Excretas

Norma 1 relativa a la evacuación de excretas: número de letrinas y acceso.

Las personas deben disponer de un número suficiente de letrinas situadas lo bastante cerca de sus viviendas para tener un acceso rápido, seguro y aceptable en cualquier momento del día y de la noche.

Norma 2 relativa a la evacuación de excretas: diseño y construcción

Las personas deben tener acceso a letrinas diseñadas, construidas y mantenidas de modo tal que sean higiénicas, seguras y cómodas.

4. Lucha Antivectorial

Norma 1 relativa a la lucha antivectorial: protección personal y familiar.

Las personas deben disponer de medios para protegerse de los vectores de enfermedades y de los animales molestos cuando se considere que éstos representan un riesgo importante para la salud y el bienestar.

Norma 2 relativa a la lucha antivectorial: medidas de protección física, ambiental y química

El número de vectores y de animales molestos que representan un riesgo para la salud y el bienestar humanos se debe mantener en un nivel aceptable.

Norma 3 relativa a la lucha antivectorial: buenas prácticas en la aplicación de métodos químicos de lucha antivectorial.

Las medidas de lucha antivectorial en las que se hace uso de plaguicidas se aplican conforme a normas internacionales acordadas para velar por la adecuada protección del personal, las personas afectadas por el desastre y el medio ambiente, y para evitar la generación de resistencia a los plaguicidas.

5. Manejo de los Desechos Sólidos

Norma 1 relativa al manejo de los desechos sólidos: recolección y eliminación

La población debe vivir en un medio que esté aceptablemente exento de contaminación por desechos sólidos, incluidos los desechos médicos.

Norma 2 relativa al manejo de los desechos sólidos: contenedores/pozos para desechos sólidos

Las personas deben disponer de medios para eliminar sus desechos domésticos de manera conveniente y eficaz.

6. Avenamiento

Norma 1 relativa al avenamiento: obras de avenamiento

La población debe vivir en un medio que esté aceptablemente exento del riesgo de erosión hídrica y de aguas estancadas, incluidas las aguas de lluvia y de crecida, las aguas servidas domésticas y las aguas servidas de las instalaciones médicas.

Norma 2 relativa al avenamiento: instalaciones y herramientas.

Las personas deben disponer de medios (instalaciones, herramientas, etc.) para eliminar las aguas servidas domésticas y las aguas servidas de los puntos de abastecimiento de agua de manera conveniente y eficaz, y para proteger sus refugios y otras instalaciones familiares o colectivas de las inundaciones y la erosión.

7. Fomento de la Higiene

Norma 1 relativa al fomento de la higiene: hábitos de higiene y uso de las instalaciones

Todos los sectores de la población afectada deben estar al tanto de las principales prácticas de higiene que entrañan mayores riesgos para la salud y ser capaces de modificarlas. Contarán con información y recursos adecuados para utilizar las instalaciones de abastecimiento de agua y saneamiento con el fin de proteger su salud y su dignidad.

Norma 2 relativa al fomento de la higiene: ejecución del programa.

En todas las instalaciones y recursos provistos se tendrán en cuenta las vulnerabilidades, las necesidades y las preferencias de todos los sectores de la población afectada. Los usuarios deben participar en la gestión y el mantenimiento de las instalaciones de higiene, si así procede.

8. Capacidad en Materia de Recursos Humanos y Formación

Norma 1 relativa a la capacidad: competencia

Los programas de abastecimiento de agua y de saneamiento estarán a cargo de personal con calificaciones y experiencia apropiadas para el cumplimiento de las tareas pertinentes, que debe ser dirigido y apoyado de manera adecuada.

Normas Mínimas en Materia de Nutrición

1. Análisis

Norma 1 relativa al análisis: evaluación inicial

Antes de adoptar cualquier decisión programática se debe tener una comprensión cabal de la situación básica en materia de nutrición y de las condiciones que pueden crear riesgos de malnutrición.

Norma 2 relativa al análisis: respuesta

Si es necesaria una intervención en materia de nutrición, se deberá contar con una clara descripción del problema o los problemas y con una estrategia documentada para la respuesta.

Norma 3 relativa al análisis: monitoreo y evaluación

Se deben vigilar y evaluar el funcionamiento y la eficacia del programa de nutrición así como los cambios de la situación.

Norma 4 relativa al análisis: participación

La población afectada por un desastre debe tener la oportunidad de participar en la formulación y ejecución del programa de asistencia.

2. Apoyo General a la Población en Materia de Nutrición

Norma 1 relativa al apoyo general en materia de nutrición: suministro de nutrientes

Deben satisfacerse las necesidades nutricionales de la población.

Norma 2 relativa al apoyo general en materia de nutrición: calidad e inocuidad de los alimentos

Los alimentos que se distribuyen deben ser de calidad satisfactoria y manipularse de manera higiénica para que sean aptos para el consumo humano.

Norma 3 relativa al apoyo general en materia de nutrición: aceptabilidad de los alimentos

Los alimentos que se suministran deben ser apropiados y aceptables para toda la población.

Norma 4 relativa al apoyo general en materia de nutrición: manipulación e higiene de los alimentos.

Los alimentos se deben almacenar, preparar y consumir de manera apropiada y en condiciones de higiene, tanto en el grupo familiar como en la comunidad.

3. Apoyo Nutricional a Quienes Sufren de Malnutrición

Norma 1 relativa al apoyo nutricional específico: malnutrición moderada.

Deben reducirse los riesgos para la salud pública relacionados con la malnutrición moderada.

Norma 2 relativa al apoyo nutricional específico: malnutrición grave

Debe reducirse la mortalidad, la morbilidad y el sufrimiento relacionados con la malnutrición grave.

Norma 3 relativa al apoyo nutricional específico: carencias de micronutrientes

Deben corregirse las carencias de micronutrientes.

4. Capacidad en Materia de Recursos Humanos y Formación

Norma 1 relativa a la capacidad: competencia

Las intervenciones en materia de nutrición estarán a cargo del personal con calificaciones y experiencia apropiadas para el cumplimiento de las tareas pertinentes, que debe ser dirigido y apoyado de manera adecuada.

Norma 2 relativa a la capacidad: apoyo

Los miembros de la población afectada por el desastre deben recibir apoyo para adaptarse a su nuevo entorno y poder hacer uso óptimo de la asistencia que se les presta

Norma 3 relativa a la capacidad: capacidad local

En los programas de emergencia en materia de nutrición se deben utilizar y mejorar la capacidad y las competencias locales

Normas Mínimas en Materia de Ayuda Alimentaria

1. Análisis

Norma 1 relativa al análisis: evaluación inicial

Antes de adoptar cualquier decisión de carácter programático, se debe tener una comprensión cabal de las condiciones básicas que crean riesgos de inseguridad alimentaria y de la necesidad de ayuda alimentaria

Norma 2 relativa al análisis: monitoreo y evaluación

Se deben vigilar y evaluar el funcionamiento del programa de ayuda alimentaria y los cambios de la situación que pueden incidir en ellos.

Norma 3 relativa al análisis: participación

La población afectada por un desastre debe tener oportunidad de participar en la formulación y ejecución del programa de asistencia.

2. Necesidades

Norma relativa a las necesidades en materia de ayuda alimentaria

La cesta de alimentos y las raciones se deben diseñar de modo que compensen la diferencia entre las necesidades de alimentos de la población afectada y los que ésta puede obtener de sus propias fuentes.

3. Selección de Beneficiarios

Norma relativa a la selección de beneficiarios

Los beneficiarios de la ayuda alimentaria deben seleccionarse habida cuenta de sus necesidades de alimentos y/o su vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria

4. Gestión de los Recursos

Norma relativa a la gestión de recursos

La gestión, el seguimiento y la rendición de cuentas de los productos y fondos de los programas de ayuda alimentaria se harán conforme a un sistema transparente y verificable.

5. Logística

Norma relativa a la logística

Los organismos deben tener la necesaria capacidad técnica y de organización para ocuparse de la compra, la recepción, el transporte, el almacenamiento y la distribución de los productos alimenticios de manera segura, eficaz y eficiente.

6. Distribución

Norma relativa a la distribución

El método de distribución de alimentos debe ser equitativo y adecuado a las condiciones locales. Los beneficiarios deben ser informados de la ración a que tienen derechos y de su justificación

7. Capacidad en Materia de Recursos Humanos y Formación

Norma 1 relativa a la capacidad: competencia

Los programas de ayuda alimentaria estarán a cargo de personal con calificaciones y experiencia apropiadas para el cumplimiento de las calificaciones y experiencia apropiadas para el cumplimiento de las tareas pertinentes, que debe ser dirigido y apoyado de manera adecuada.

Norma 2 relativa a la capacidad: capacidad local

En los programas de ayuda alimentaria se debe utilizar y mejorar la capacidad y las competencias locales.

Normas Mínimas en Materia de Refugios y Planificación de Emplazamientos

1. Análisis

Norma 1 relativa al análisis: evaluación inicial

Toda decisión de carácter programático debe basarse en una comprensión cabal de la situación de emergencia y fundarse en un análisis preciso de los riesgos y las necesidades de la población en materia de refugio, vestido y enseres domésticos.

Norma 2 relativa al análisis: monitores y evaluación

Deben estar sujetos a monitoreo y evaluación el funcionamiento y la eficacia del programa de refugios y emplazamientos así como los cambios de la situación.

Norma 3 relativa al análisis: participación

La población afectada por un desastre debe tener la oportunidad de participar en la formulación y ejecución del programa de asistencia.

2. Vivienda (Refugios)

Norma relativa a la vivienda: condiciones de habitación

Las personas deben disponer de suficiente espacio cubierto para protegerse de las inclemencias del clima. Deben gozar de condiciones adecuadas de abrigo, ventilación, seguridad e intimidad para asegurar su dignidad, salud y bienestar.

3. Vestido

Norma relativa al vestido

Las personas afectadas por el desastre deben tener ropa, mantas en cantidad suficiente para protegerse de las inclemencias del clima y asegurar su dignidad, seguridad y bienestar.

4. Enseres Domésticos

Norma 1 relativa a los enseres domésticos: artículos de uso doméstico y apoyo a la subsistencia.

Las familias deben tener acceso a utensilios de uso doméstico, jabón para la higiene personal y herramientas de trabajo para asegurar su dignidad y bienestar.

Norma 2 relativa a los enseres domésticos: consideraciones

Se debe facilitar cocinas y utensilios de cocina que permitan ahorrar combustible, así como mediante la provisión de tales artículos y fomentar su utilización.

5. Selección y Planificación de Emplazamientos

Norma 1 relativa a los emplazamientos : selección

El emplazamiento debe ser apropiado para albergar el número de personas de que se trate.

Norma 2 relativa a los emplazamientos: planificación

En la planificación del emplazamiento se debe asignar espacio suficiente en las zonas donde se albergan las familias y favorecer la seguridad y el bienestar de las personas. Asimismo , se debe prever el suministro efectivo y eficaz de servicios y el acceso interno.

Norma 3 relativa a los emplazamientos : seguridad

La selección y planificación de un emplazamiento deben permitir que toda la población afectada disfrute de un grado suficiente de libertad y seguridad personal.

Norma 4 relativa a los emplazamientos: consideraciones ambientales

El emplazamiento se debe planificar y administrar de modo tal que se reduzcan al mínimo los daños al medio ambiente.

6. Capacidad en Materia de Recursos Humanos y Formación

Norma 1 relativa a la capacidad : competencia

Las intervenciones en materia de refugios y emplazamientos estarán a cargo de personal con calificaciones y experiencia apropiadas para el cumplimiento de las tareas pertinentes, que debe ser dirigido y apoyado de manera adecuada.

Norma 2 relativa a la capacidad : capacidad local

En los programas de refugios y emplazamientos se deben utilizar y mejorar la capacidad y las competencias locales.

Normas Mínimas en Materia de Servicios de Salud

1. Análisis

Norma 1 relativa al análisis : evaluación inicial

Mediante la evaluación inicial se debe determinar con la mayor precisión posible los efectos del desastre en la salud, identificar las necesidades en materia de salud y establecer prioridades para la programación sanitaria.

Norma 2 relativa al análisis: sistema de información sanitaria-recolección de datos.

El sistema de información sanitaria debe recoger con regularidad datos pertinentes sobre población, enfermedades, traumatismos, condiciones ambientales y servicios de salud en un formato normalizado a fin de detectar los principales problemas de salud.

Norma 3 relativa al análisis : sistema de información sanitaria-examen de datos.

Se deben examinar y analizar sistemáticamente los datos del sistema de información sanitaria y los cambios ocurridos en la población damnificada a efectos de adoptar decisiones y dar una respuesta apropiada

Norma 4 relativa al análisis: sistema de información sanitaria-monitoreo y evaluación

Los datos recogidos deben utilizarse para evaluar la eficacia de las intervenciones en la lucha contra las enfermedades y la preservación de la salud.

Norma 5 relativa al análisis: participación

La población afectada por un desastre debe tener la oportunidad de participar en la formulación y ejecución del programa de asistencia.

2. Lucha contra el Sarampión

Norma 1 relativa a la lucha contra el sarampión: vacunación

En las poblaciones afectadas por desastres, todos los niños de seis meses a 12 años de edad deben recibir una dosis de vacuna antisarampionosa y una dosis apropiada de vitamina A lo antes posible.

Norma 2 relativa a la lucha contra el sarampión: vacunación de los recién llegados.

Los recién llegados a los asentamientos de población desplazada deben ser vacunados sistemáticamente. Todos los niños de seis meses a doce años de edad deben recibir una dosis de vacuna antisarampionosa y una dosis apropiada de vitamina A lo antes posible.

Norma 3 relativa a la lucha contra el sarampión: control de los brotes

Se debe organizar una respuesta sistemática ante cada brote de sarampión en la población afectada por el desastre y la población de la comunidad huésped.

Norma 4 relativa a la lucha contra el sarampión: tratamiento de casos

Todos los niños que contraen sarampión deben recibir atención adecuada para evitar secuelas graves o la muerte.

3. Lucha Contra las Enfermedades Transmisibles

Norma 1 relativa a la lucha contra las enfermedades transmisibles: monitoreo

Se debe vigilar la aparición de enfermedades transmisibles

Norma 2 relativa a la lucha contra las enfermedades transmisibles: investigación y control.

Se deben investigar y controlar las enfermedades que pueden dar lugar a epidemias conforme a normas y estándares internacionalmente aceptados.

4. Servicios de Salud

Norma 1 relativa a los servicios de salud: atención médica apropiada

La atención de salud de emergencia de las poblaciones afectadas por un desastre debe basarse en una evaluación inicial y en datos procedentes de un sistema de información sanitaria en funcionamiento, y servir para reducir el exceso de mortalidad y morbilidad gracias a una atención médica apropiada.

Norma 2 relativa a los servicios de salud: reducción de la morbilidad y la mortalidad

La atención de salud en las situaciones de emergencia debe ajustarse a los principios de la atención primaria de salud (APS) y estar dirigida a los problemas de salud que causan un exceso de morbilidad y mortalidad

5. Capacidad en Materia de Recursos Humanos y Formación

Norma 1 relativa a la capacidad: competencia

Las intervenciones sanitarias estarán a cargo de personal con calificaciones y experiencia apropiadas para el cumplimiento de las tareas pertinentes, que debe ser dirigido y apoyado de manera adecuada.

Norma 2 relativa a la capacidad : apoyo

Los miembros de la población afectada por el desastre deben recibir apoyo para adaptarse a su nuevo entorno y poder hacer uso óptimo de la asistencia que se les brinda.

Norma 3 relativa a la capacidad : capacidad local

En las intervenciones sanitarias de emergencia se deben utilizar y mejorar la capacidad y las competencias locales.

Lectura 6:

Código de conducta relativo al socorro en casos de desastre para el movimiento internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y las Organizaciones No Gubernamentales ONGs

CODIGO DE CONDUCTA RELATIVO AL SOCORRO EN CASOS DE DESASTRE PARA EL MOVIMIENTO INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA Y DE LA MEDIA LUNA ROJA Y LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (ONG)¹¹

Propósito

El propósito del presente Código de Conducta es preservar nuestras normas de comportamiento. No se tratan en él detalles de las operaciones, como por ejemplo la forma de calcular las raciones alimentarias o de establecer un campamento de refugiados. Su propósito es más bien mantener los elevados niveles de independencia, eficacia y resultados que procuran alcanzar las organizaciones no gubernamentales (ONG) y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en sus intervenciones a raíz de catástrofes. Se trata de un código de carácter voluntario que respetarán todas las organizaciones no gubernamentales que lo suscriban, movidas por el deseo de mantener las normas en él establecidas.

En caso de conflicto armado, el presente Código de Conducta se interpretará y aplicará de conformidad con el derecho internacional humanitario.

El Código propiamente dicho figura en la primera sección. En los anexos siguientes se describe el entorno de trabajo que cabe desear propicien los Gobiernos, tanto de los países donantes y de las organizaciones intergubernamentales a fin de facilitar la eficaz prestación de asistencia humanitaria.

Definiciones

ONG: las siglas ONG (Organizaciones No Gubernamentales) se refieren aquí a todas las organizaciones, tanto nacionales como internacionales, constituidas separadamente del gobierno del país en el que han sido fundadas.

ONGH: Las siglas ONGH se han acuñado, a los fines del presente documento, para designar a las organizaciones No Gubernamentales de Carácter Humanitario que engloban a los componentes del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, -esto es, el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y sus Sociedades Nacionales miembros- junto con las organizaciones no gubernamentales conforme se las define anteriormente. Este Código se refiere en particular a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario que se ocupan de la prestación de asistencia motivada por catástrofes.

OIG: las siglas OIG (Organizaciones Intergubernamentales) designan a las organizaciones constituidas por dos o más gobiernos. Engloban pues, todas las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y las organizaciones zonales.

Desastres: los desastres se definen como acontecimientos extremos y aciagos que cobran vidas humanas y provocan tanto gran sufrimiento y angustia como vasto perjuicio material.

¹¹ Preparado conjuntamente por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y el CICR. Patrocinadores: Caritas Internationalis, Catholic Relief Services, La Federación Internacional de Save the Children, la Federación Mundial Luterana, Oxfam y el Consejo Mundial de Iglesias (miembros del Comité de Gestión de Asistencia Humanitaria), así como el Comité Internacional de la Cruz Roja (CRIR)

CODIGO DE CONDUCTA

Normas de conducta para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales en programas motivados por catástrofes.

1. Lo primero es el deber humanitario

El derecho a recibir y a brindar asistencia humanitaria constituye un principio humanitario fundamental que asiste a todo ciudadano en todo país. En calidad de miembros de la comunidad internacional reconocemos nuestra obligación de prestar asistencia humanitaria doquiera sea necesaria. De ahí la trascendental importancia del libre acceso a las poblaciones afectadas en el cumplimiento de esa responsabilidad. La principal motivación de nuestra intervención a raíz de catástrofes es aliviar el sufrimiento humano entre quienes están menos preparados para soportar las consecuencias de una catástrofe. La ayuda humanitaria que prestamos no responde a intereses partidistas ni políticos y no debe interpretarse en ese sentido.

2. La ayuda prestada no está condicionada por la raza, el credo o la nacionalidad de los beneficiarios ni ninguna otra distinción de índole adversa. El orden de prioridad de la asistencia se establece únicamente en función de las necesidades.

Siempre que sea posible, la prestación de socorro deberá fundamentarse en una estimación minuciosa de las necesidades de las víctimas de las catástrofes y de la capacidad de hacer frente a esas necesidades con los medios disponibles localmente.

En la totalidad de nuestros programas reflejaremos las consideraciones pertinentes respecto a la proporcionalidad. El sufrimiento humano debe aliviarse en donde quiera que exista; la vida tiene tanto valor en una parte del país, como en cualquier otra. Por consiguiente, la asistencia que prestemos guardará consonancia con el sufrimiento que repropone mitigar.

Al aplicar este enfoque, reconocemos la función capital que desempeñan las mujeres en las comunidades expuestas a catástrofes, y velaremos por que en nuestros programas de ayuda se apoye esa función, sin restarle importancia.

La puesta en práctica de esta política universal, imparcial e independiente sólo será efectiva si nosotros y nuestros asociados podemos disponer de los recursos necesarios para proporcionar esa ayuda equitativa y tener igual acceso a todas las víctimas de catástrofes.

3. La ayuda no se utilizará para favorecer una determinada opinión política o religiosa

La ayuda humanitaria se brindará de acuerdo con las necesidades de los individuos, las familias y las comunidades. Independientemente del derecho de filiación política o religiosa que asiste a toda organización no gubernamental de carácter humanitario, afirmamos que la ayuda que prestemos no obliga en modo alguno a los beneficiarios a suscribir esos puntos de vista.

No supeditaremos la promesa, la prestación o la distribución de ayuda al hecho de abrazar o aceptar una determinada doctrina política o religiosa.

4. Nos empeñaremos en no actuar como instrumentos de política exterior gubernamental

Las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario son organizaciones que actúan con independencia de los gobiernos. Así, formulamos nuestras propias políticas y estrategias para la ejecución de actividades y no tratamos de poner en práctica la política de ningún gobierno, que sólo aceptemos en la medida en que coincida con nuestra propia política independiente.

Ni nosotros ni nuestros empleados aceptaremos nunca, a sabiendas –o por negligencia- ser utilizados para recoger información de carácter político, militar o económico que interese particularmente a los gobiernos o a otros órganos y que pueda servir para fines distintos de los

estrictamente humanitarios, ni actuaremos como instrumentos de la política exterior de gobiernos donantes.

Utilizaremos la asistencia que recibamos para atender las necesidades existentes, sin que la motivación para suministrarla sea la voluntad de deshacerse de productos excedentarios ni la intención de servir los intereses políticos de un determinado donante.

Apreciamos y alentamos la donación voluntaria de fondos y servicios por parte de personas interesadas en apoyar nuestro trabajo y reconocemos la independencia de acción promovida mediante la motivación voluntaria de esa índole. Con el fin de proteger nuestra independencia, trataremos de no depender de una sola fuente de financiación.

5. Respetaremos la cultura y las costumbres locales

Nos empeñaremos en respetar la cultura, las estructuras y las costumbres de las comunidades y los países en donde ejecutemos actividades.

6. Trataremos de fomentar la capacidad para hacer frente a catástrofes utilizando las aptitudes y los medios disponibles a nivel local.

Incluso en una situación de desastre, todas las personas y las comunidades poseen aptitudes no obstante su vulnerabilidad, siempre que sea posible, trataremos de fortalecer esos medios y aptitudes empleando a personal local, comprando materiales sobre el terreno y negociando con empresas nacionales, siempre que sea posible, trabajaremos en asociación con organizaciones no gubernamentales locales de carácter humanitario en la planificación y la ejecución de actividades y siempre que proceda cooperaremos con las estructuras gubernamentales.

Concederemos alta prioridad a la adecuada coordinación de nuestras intervenciones motivadas por emergencias. Desempeñarán esta función de manera idónea en los distintos países afectados quienes más directamente participen en las operaciones de socorro, incluidos los representantes de organismos competentes del sistema de las Naciones Unidas.

7. Se buscará la forma de hacer participar a los beneficiarios de programas en la administración de la ayuda de socorro.

Nunca debe imponerse a los beneficiarios la asistencia motivada por un desastre. El socorro será más eficaz y la rehabilitación duradera podrá lograrse en mejores condiciones cuando los destinatarios participen plenamente en la elaboración, la gestión y la ejecución del programa de asistencia. Nos esforzaremos para obtener la plena participación de la comunidad en nuestros programas de socorro y de rehabilitación.

8. La ayuda de socorro tendrá por finalidad satisfacer las necesidades básicas y además tratar de reducir en el futuro la vulnerabilidad ante los desastres

Todas las operaciones de socorro influyen en el desarrollo a largo plazo, ya sea en sentido positivo o negativo. Teniendo esto presente, trataremos de llevar a cabo programas de socorro que reduzcan de modo concreto la vulnerabilidad de los beneficiarios ante futuros desastres y contribuyan a crear modos de vida sostenibles. Prestaremos particular atención a los problemas ambientales en la elaboración y la gestión de programas de socorro. Nos empeñaremos asimismo, en reducir a un mínimo las repercusiones perjudiciales de la asistencia humanitaria, evitando suscitar la dependencia a largo plazo de los beneficiarios en la ayuda externa.

9. Somos responsables ante aquellos a quienes tratamos de ayudar y ante las personas o las instituciones de las que aceptamos recursos

A menudo funcionamos como vínculo institucional entre quienes desean prestar asistencia y quienes la necesitan durante los desastres. Por consiguiente, somos responsables ante los unos y los otros.

En nuestras relaciones con los donantes y con los beneficiarios hemos de observar siempre una actitud orientada hacia la apertura y la transparencia.

Reconocemos la necesidad de informar acerca de nuestras actividades, tanto desde el punto de vista financiero como en lo que se refiere a la eficacia.

Reconocemos la obligación de velar por la adecuada supervisión de la distribución de la asistencia y la realización de evaluaciones regulares sobre las consecuencias asociadas al socorro.

Nos esforzaremos también por informar de manera veraz acerca de las repercusiones de nuestra labor y de los factores que las limitan o acentúan.

Nuestros programas reposarán sobre la base de elevadas normas de conducta profesional y pericia de manera que se mínimo el desperdicio de valiosos recursos.

10. En nuestras actividades de información, publicidad y propaganda, reconoceremos a las víctimas de desastres como seres humanos dignos y no como objetos que inspiran compasión.

Nunca debe perderse el respeto por las víctimas de los desastres que deben ser consideradas como asociados en pie de igualdad. Al informar al público, deberemos presentar una imagen objetiva de la situación de desastre y poner de relieve las aptitudes y aspiraciones de las víctimas y no sencillamente su vulnerabilidad y sus temores.

Si bien cooperaremos con los medios de información para suscitar un mayor respaldo público, en modo alguno permitiremos que las exigencias internas o externas de publicidad se antepongan al principio de lograr una máxima afluencia de la asistencia humanitaria.

Evitaremos competir con otras organizaciones de socorro para captar la atención de los medios informativos en situaciones en las que ello pueda ir en detrimento del servicio prestado a los beneficiarios o perjudique su seguridad y la de nuestro personal.

EL ENTORNO DE TRABAJO

Habiendo convenido unilateralmente respetar el Código de Conducta antes expuesto, presentamos a continuación algunas directrices indicativas que describen el entorno de trabajo que apreciaríamos propiciasen los gobiernos donantes y beneficiarios, las organizaciones intergubernamentales –principalmente los organismos del sistema de las Naciones Unidas- a fin de facilitar la eficaz participación de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario en los esfuerzos de socorro motivados por catástrofes.

Esas pautas se formulan a título de orientación. No revisten carácter jurídico obligatorio, ni esperamos que los gobiernos y las organizaciones intergubernamentales expresen su aceptación de las mismas mediante la forma de un documento, aunque cabría concebir ésta como una meta futura. Presentamos estas directrices animados por un espíritu de apertura y cooperación de manera que nuestros asociados sepan cuál es el tipo de relación idónea que deseamos establecer con ellos.

Anexo I : Recomendaciones a los gobiernos de países en los que ocurran desastres

1. Los gobiernos deberán reconocer y respetar el carácter independiente, humanitario e imparcial de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario

Las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario son organismos independientes. Los gobiernos de países beneficiarios deberán respetar su independencia y su imparcialidad.

2. Los gobiernos de países beneficiarios deberán facilitar el acceso rápido de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario a las víctimas de los desastres

Para que las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario puedan actuar plenamente de acuerdo con sus principios humanitarios, deberá facilitárseles el acceso rápido e imparcial a las víctimas con el fin de que puedan prestar asistencia humanitaria. En el marco del ejercicio de su responsabilidad soberana, el gobierno receptor no deberá bloquear esa asistencia y habrá de aceptar el carácter imparcial y apolítico de la labor de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario.

Los gobiernos de los países beneficiarios deberán facilitar la rápida entrada del personal de socorro, en particular mediante la derogación de requisitos para la concesión de visados de tránsito, ingreso y salida o la simplificación del procedimiento para su expedita obtención.

Los gobiernos deberán conceder permisos para que las aeronaves que transporten suministros y personal de socorro internacional puedan sobrevolar su territorio y aterrizar en él durante la fase de urgencia de la operación de socorro.

3. Los gobiernos deberán facilitar el movimiento oportuno de los artículos de socorro y la circulación de la información durante los desastres.

Los suministros y el equipo de socorro llegan al país únicamente con el fin de aliviar el sufrimiento humano y no para obtener beneficios o ganancias comerciales. En condiciones normales, esos suministros deberán circular libremente y sin restricciones y no estarán sujetos a la presentación de facturas o certificados de origen refrendados por consulados, ni de licencias de importación y exportación, o cualquier otra restricción, ni a derechos de importación ni de aterrizaje ni a derechos portuarios.

El gobierno del país afectado deberá facilitar la importación transitoria del equipo de socorro necesario, incluidos vehículos, aviones ligeros y equipo de telecomunicaciones, mediante la supresión transitoria de restricciones en materia de autorizaciones o certificaciones. Asimismo, una vez finalizada una operación de socorro, los gobiernos no deberán imponer restricciones para la salida del equipo importado.

Con el fin de facilitar las comunicaciones en una situación de emergencia, convendrá que el gobierno del país afectado designe ciertas radiofrecuencias que las organizaciones de socorro puedan utilizar para las comunicaciones nacionales e internacionales que atañan al desastre, y den a conocer previamente esas frecuencias a la comunidad que trabaja en esa esfera de actividad. Deberá autorizarse al personal de socorro a utilizar todos los medios de comunicación que convengan a las operaciones de asistencia.

4. Los gobiernos tratarán de proporcionar un servicio coordinado de información y planificación

La planificación general y la coordinación de los esfuerzos de socorro incumben, en definitiva, al gobierno del país afectado. La planificación y la coordinación pueden mejorarse de manera significativa si se facilita a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario la información oportuna sobre las necesidades de socorro, así como los sistemas establecidos por el gobierno para la planificación y el desarrollo de las operaciones de socorro y sobre los posibles riesgos en materia de seguridad. Se insta a los gobiernos a que proporcionen esa información a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario.

Con el fin de facilitar la coordinación y la utilización eficaces de los esfuerzos en materia de socorro se insta igualmente a los gobiernos a que antes de que ocurra un desastre designen un cauce especial de contacto a través del cual las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario que acudan para prestar ayuda puedan comunicarse con las autoridades nacionales.

5. Socorro motivado por catástrofes en caso de conflicto armado

En caso de conflicto armado las operaciones de socorro se regirán con arreglo a las disposiciones del derecho internacional humanitario

ANEXO II: Recomendaciones a los gobiernos donantes

1. Los gobiernos donantes deberán reconocer y respetar la labor independiente humanitaria e imparcial de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario.

Las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario son organismos independientes cuya independencia e imparcialidad deben respetar los gobiernos donantes. Los gobiernos donantes no deberán servirse de las de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario para promover objetivos políticos ni ideológicos.

2. Los gobiernos donantes deberán proporcionar fondos con la garantía de que respetarán la independencia de las operaciones.

Las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario aceptan fondos y asistencia material de los gobiernos donantes conforme a los mismos principios por los que se rige para entregarlos a las víctimas de los desastres, es decir basándose para su acción únicamente en los criterios de humanidad e independencia. En lo que se refiere a su ejecución, las actividades de socorro incumben en última instancia a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario y se llevarán a cabo de acuerdo con la política de esa organización.

3. Los gobiernos donantes deberán emplear sus buenos oficios para ayudar a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario a lograr acceso a las víctimas de catástrofes.

Los gobiernos donantes deberán reconocer cuán importante es aceptar cierto nivel de responsabilidad en cuanto a la seguridad y la libertad de acceso del personal de la organización no gubernamental de carácter humanitario a las zonas siniestradas. Deberán estar dispuestos a interceder por vía diplomática si es necesario, ante los gobiernos beneficiarios con respecto a esas cuestiones.

ANEXO III: Recomendaciones a las organizaciones internacionales

1. Las organizaciones intergubernamentales admitirán a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario nacionales y extranjeras como asociadas valiosas.

Las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario están dispuestas a trabajar con las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales para aportar mejor asistencia a raíz de catástrofes.

Obedecen a un espíritu de asociación que respeta la integridad y la independencia de todos los asociados. Las organizaciones intergubernamentales deben respetar la independencia y la imparcialidad de las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario. Los organismos del sistema de las Naciones Unidas deberán consultar a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario en la preparación de planes de socorro.

2. Las organizaciones intergubernamentales ayudarán a los gobiernos de países afectados a establecer un sistema general de coordinación para el socorro nacional e internacional en los casos de desastre.

Según su mandato, no suele incumbir a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario encargarse de la coordinación general que requiere la intervención internacional motivada por una catástrofe. Esa responsabilidad corresponde al gobierno del país afectado y a las autoridades competentes de las Naciones Unidas. Se exhorta a éstas a que proporcionen ese servicio en el momento oportuno y de manera eficaz a fin de ayudar al Estado afectado y a

la comunidad nacional e internacional a hacer frente al desastre. De cualquier manera, las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario desplegarán todos los esfuerzos necesarios para velar por la eficaz coordinación de sus propios servicios.

En caso de conflicto, las actividades de socorro se regirán de conformidad con las disposiciones pertinentes del derecho internacional humanitario.

3. Las organizaciones intergubernamentales aplicarán a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario las mismas medidas de protección de su seguridad que a las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas.

Siempre que se prevean servicios de seguridad para las organizaciones intergubernamentales, se extenderá su alcance, si es necesario a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario que actúen como asociadas suyas para las operaciones, siempre que se lo soliciten.

4. Las organizaciones intergubernamentales facilitarán a las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario el mismo acceso a la información pertinente que a las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas.

Se insta a las organizaciones intergubernamentales a que compartan toda la información oportuna para la respuesta efectiva al desastre con las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario que actúen como asociadas suyas en acciones de socorro.

Lecturas Recomendadas

World health organization, second edition of the international classification of impairments, disabilities and handicaps (icidh-2). Who, Geneva

Unhcr, community services guidelines on assisting disabled refugees: a community-based approach (1996). Unhcr, Geneva

standard rule on the equalization of opportunities for persons with disabilities (1994). united nations, New York.

Salamanca statement and framework for action on special needs education, UNESCO 1994.

Save the Children Sweden (2000): focus on refugee children, a handbook for training field refugee worker in social and community work. save the children, Sweden, Stockholm.
Se encuentra traducido al español.

Lecturas adicionales

Zinkin, McConachie, Mittler (1995): disabled children and developing countries. mckee press.

Abu-habid, I. (1997); gender and disability – women's experiences in the Middle East. OXFAM, UK.

Hastie, r. (1997): disabled children in a society at war. OXFAM, UK.

Cole ridge, peter (1993): disability, liberation and development. OXFAM, UK.

Ahlen, e. (1997): inventory of documentation about children with disability in armed conflicts and displacement. Rädda Barnen, Stockholm.

Berglund, a. (1997): a matter of social context – the sexual abuse of children with disabilities, Rädda Barnen, Stockholm.

save the children alliance, promoting psychosocial well being among children affected by armed conflict and displacement, 1996.

Hammarberg t (1996): making reality of the rights of the child. Rädda Barnen, Stockholm.

Helander, e., prejudice and dignity, undp, ISBN 92-1-126032-9 (out of print)

Sitios web

world health organization (who)

<http://www.who.int/icidh/>

la página web de la international classification of impairments, disabilities and handicaps. icidh-2 puede ser vista en esta dirección.

<http://www.who.int/cdh/>

Who's child health and development (chd) website.

International Labor Organization (ILO)

<http://www.ilo.org/public/english/employment/skills/targets/disability/index.html>

Página web de ILO's "Disability and Work".

UNESCO

<http://www.unesco.org/education/educprog/sne/indexhtml>

Información general sobre las necesidades en la educación especial incluyendo el texto de la declaración de Salamanca.

OXFAM

<http://www.oxfam.org.uk/publish/socdiv.html>

Esta dirección lo lleva directamente a las publicaciones de OXFAM y puede ser utilizada para ordenar las tres publicaciones listadas en la sección de lecturas recomendadas.

Save the Children Sweden

<http://www.childrightsbookshop.org/>

Esta es la página web donde puede adquirir libros sobre los derechos del niño de Save the Children Suecia.

IDEAS FUERZA IF

TEMA 1

IF1

Puntos clave de aprendizaje

- . Es importante acercarnos al significado del trabajo humanitario en situaciones de emergencia y apostar por la necesidad de focalizar en estas situaciones a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad.
- . Es necesario precisar los conceptos ligados al tema de discapacidad para asumir una definición ya que el término discapacidad no es un concepto universal. Varía de acuerdo a la cultura, el género, las actitudes individuales y sociales prevalecientes.
- . La definición más inclusiva señala que la discapacidad: “resume un número de limitaciones funcionales diferentes que ocurren en cualquier población de cualquier país del mundo. Las personas con discapacidad lo pueden ser por un impedimento físico, intelectual o sensorial, condiciones médicas o enfermedad mental. Dichos impedimentos, afecciones o enfermedades pueden ser permanentes o transitorias en naturaleza ”. El término discapacidad, sirve como término que engloba los impedimentos, limitaciones de la actividad o restricciones a la participación.
- . Es necesario reconocer y comprender nuestras actitudes hacia la discapacidad antes de trabajar sobre el tema. Las actitudes prevalecientes hacia la discapacidad dictan cuan excluidos pueden estar los niños, niñas y adolescentes con discapacidades dentro de la sociedad y en consecuencia en los programas de emergencia.
- . La manera como se percibe la discapacidad determina el enfoque que se le dé. La discapacidad puede ser abordada desde un modelo médico, uno social y uno de derechos.

La comunicación y la participación de los niños con discapacidades y sus familias son esenciales en el trabajo con ellos.

El trabajo humanitario en Emergencias

El trabajo humanitario en Emergencias y desastres supone velar por el derecho de las poblaciones afectadas a protección y asistencia. En tal sentido tiene dos momentos. Uno de preparación referido a cómo las instituciones del Estado y de la sociedad civil se organizan para estar en condiciones de atender todo tipo de emergencias y desastres con calidad, eficiencia y respetando los derechos de la población involucrada. Y otro momento de prevención dirigido, a mantener y conservar en buenas condiciones la infraestructura local y a capacitar a la población para evitar o minimizar las situaciones de mayor riesgo o daño que se presenten.

¿Qué se entiende por Discapacidad?

Discapacidad: “Resume un gran número de limitaciones funcionales diferentes que ocurren en cualquier población de cualquier país del mundo. Las personas pueden estar discapacitadas por un impedimento físico, intelectual o sensorial, condiciones médicas o enfermedad mental. Dichos impedimentos, afecciones o enfermedades pueden ser permanentes o transitorias en naturaleza ”. El término **discapacidad**, sirve como término englobante para los impedimentos, limitaciones de la actividad o restricciones a la participación.

“La discapacidad es una característica importante de la vida y puede afectar a cualquiera en cualquier momento. La discapacidad no es un asunto separado del que podamos elegir alejarnos”. Peter Coleridge Disability, liberation and development (discapacidad, liberación y desarrollo)

Actitudes frente a las niñas, niños y adolescentes con alguna discapacidad

Las actitudes hacia las personas con discapacidades varían. Las actitudes que provocan diferentes tipos de comportamientos suelen estar determinadas por las supersticiones, los mitos, las nociones religiosas, la falta de comprensión y la desinformación.

Dependiendo del contexto familiar, social y cultural los niños con discapacidad pueden ser: ocultados, oprimidos, abusados y/o explotados por sus familias como si fueran algún tipo de ser humano inferior. En algunas culturas, el tener un niño con discapacidad puede verse como vergonzoso, como castigo de dios; pueden incluso creer que la discapacidad es contagiosa y puede afectar a cualquiera que toque a la persona que la tiene. Estos comportamientos repercuten en los derechos de las niñas y los niños con discapacidades que encuentran vulnerada no sólo su dignidad y su propia autoestima si no que además de luchar con las limitaciones propias de sus discapacidades deben enfrentar las pocas oportunidades que tienen para su desarrollo individual

Puntos clave de aprendizaje

- . Características de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad

- . En situaciones extremas producidas por fenómenos naturales, guerras, desplazamientos, y por acciones de desastre provocados por el hombre, la situación de los niños con discapacidades se hace más difícil.

- . Las necesidades de los niños con discapacidades son básicamente las mismas que las de los otros, pero en situaciones de emergencia o desastre, conflicto y desplazamiento se hace más difícil asegurar la satisfacción de éstas.

- . Un resultado de las situaciones de emergencia, desastres y conflicto es el incremento de niños y niñas con impedimentos físicos, mentales y cognitivos que limitan al futuro sus posibilidades de continuidad de sus procesos de desarrollo.

Heterogeneidad de los niños con discapacidades

Los niños, niñas y adolescentes tienen distinto origen étnico, pueden o no tener padres, familia, hermanos; pueden ser refugiados o vivir en una institución; pueden ser ricos y con buena escolarización, o pobres y analfabetos; pueden ser niños resilientes con una capacidad para “arreglárselas” o quizás no, como cualquier otro niño, algunos pueden tener discapacidades más visibles que otros, por ejemplo un niño que tiene polio y un niño con sordera.

Las niñas, niños y adolescentes con discapacidades también tienen distintas experiencias dependiendo de la discapacidad que tengan. Los niños con discapacidad son un grupo diverso con una amplia gama de experiencias, habilidades y percepciones respecto de su propia identidad. La discriminación y el prejuicio son tan comunes entre personas con discapacidad como en otros sectores de la sociedad: racismo, sexismo, todos estos prejuicios están presentes.

Puntos clave de aprendizaje

- . Las razones por las cuales las niñas, niños y adolescentes con discapacidades suelen ser excluidos o incluidos se relacionan con las actitudes y la capacidad de la sociedad de comprender su situación.
- . Desde el desarrollo de las políticas, pasando por la planeación, diseño e implementación, rara vez se toman en cuenta los puntos de vista de los niños, niñas y adolescentes menos aún en los planes y programas para enfrentar las emergencias. Las políticas, programas y proyectos deben reflejar una perspectiva de derechos y de inclusión.
- . Los niños con discapacidades no son un grupo homogéneo, son diferentes, tienen distintas necesidades pero tienen iguales derechos. Esto debe ser tenido en cuenta en las actividades de emergencia.
- . Existen maneras de alentar los cambios de actitud hacia la discapacidad y promover así la inclusión.

Exclusión

Las niñas, niños y adolescentes con discapacidades quedan a menudo excluidos de las actividades en la sociedad porque se les ve como “extraños” o “especiales”, con limitaciones inspirando lástima generando en algunos casos comportamientos sobreprotectores. Este factor tan simple perpetúa la exclusión por falta de conocimiento y conciencia básicos sobre las situaciones en que una persona puede tener o adquirir una discapacidad.

Formas de inclusión

- . Favorecer las organizaciones de personas con discapacidades
- . Estimular la participación de los propios niños, niñas y adolescentes discapacitados
- . Promover el contacto e Interacción con todas las personas
- . Ofertar actividades de Capacitación
- . Adecuar el Entorno