

**GUÍA
DE
ESTILO**

Sobre discapacidad para profesionales de los medios de comunicación



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL



**GUÍA
DE
ESTILO**

**Sobre discapacidad
para profesionales de
los medios de comunicación**



Guía de estilo sobre discapacidad para profesionales de los medios de comunicación

© Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid, 2019

Elaborada por: ILUNION Comunicación Social

Redacción y edición: Esther Peñas y Paz Hernández

Diseño y maquetación: María Teresa Garrido

Edita: Real Patronato sobre Discapacidad

<http://www.rpdiscapacidad.gob.es>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

<http://www.mscbs.gob.es/>

Cuidado de la edición: Centro Español de Documentación
sobre Discapacidad (CEDD)

<http://www.cedd.net>

Serrano, 140 - 28006 MADRID

Tel. 91 745 24 46-49

cedd@cedd.net

NIPO: 738-19-001-7

Prólogo. Jesús Celada Pérez	5
Director del Real Patronato sobre Discapacidad	
Director General de Políticas de Discapacidad	
Prólogo. Nemesio Rodríguez	7
Presidente de la Federación de Asociaciones	
de Periodistas de España (FAPE)	
Introducción. La responsabilidad de los medios	9
1. La discapacidad, de ayer a hoy	15
2. La discapacidad y su marco normativo	32
3. El lenguaje correcto para cada tipo de discapacidad	49
4. Contenidos accesibles	78
Anexos	90
• Glosario de términos más comunes	
• Principales organismos públicos y asociaciones	
de la discapacidad	
Bibliografía	112

*"Emerge tu recuerdo de la noche en que estoy.
El río anuda al mar su lamento obstinado.
Abandonado como los muelles en el alba.
Es la hora de partir, oh abandonado!"*

LA CANCIÓN DESESPERADA (PABLO NERUDA)

Inmersos en la sociedad de la información, la comunicación juega un papel fundamental, no solo como elemento para la transmisión de información, sino también, en la formación de valores y opiniones entre la ciudadanía. Es indudable su responsabilidad en la creación de una sociedad cada vez más próspera, respetuosa, justa y solidaria con la diversidad.

La heterogeneidad de los emisores, la multiplicación de los canales y la multitud de los receptores exige vigilar activamente el código utilizado. Del estilo de su uso dependerá el sentido del mensaje.

Las noticias referidas a las personas con discapacidad son vulnerables al estilo. Terminologías inadecuadas y enfoques anacrónicos generan graves distorsiones en la comunicación, confundiendo a la sociedad con imágenes negativas de este colectivo.

El Real Patronato sobre Discapacidad, consciente de esta amenaza, editó, en el año 2006, la *Guía de estilo sobre discapacidad para profesionales de los medios de comunicación*. Este manual ofrece a los medios de comunicación y a sus profesionales una herramienta de utilidad para crear una imagen responsable de la discapacidad, respetuosa con la diversidad, que favorezca la concienciación y la inclusión social de estas personas.

A pesar de este esfuerzo, vemos, leemos y escuchamos noticias que hacen un uso incorrecto del lenguaje. Noticias despectivas y estigmatizantes generadas desde el desconocimiento y generadoras de prejuicios y paternalismos. Por esta razón, el informe anual del Defensor del Pueblo sobre las personas con discapacidad insistió en la necesidad de atender al tratamiento que los medios

de comunicación dan a esta importante parte de la ciudadanía, con el fin de garantizar su dignidad y el disfrute de los derechos y libertades sin discriminación, recomendando la actualización de esa Guía.

Hoy, 13 años después, era evidente la necesidad de actualizar este texto, su lenguaje y sus formas. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ratificada por España en 2008, y su posterior aplicación al marco normativo español, ha transformado considerablemente el modelo de la discapacidad. Hemos recorrido mucho camino, pero aún nos queda más por recorrer. Es necesario que los profesionales de la comunicación y el periodismo cuenten correctamente esta historia de éxito. Contarla con objetividad, con rigor y con empatía enriquece el legado cultural, social y político de nuestro país. Somos testigos de la Historia de millones de personas con discapacidad, de la que no podemos abstraernos dejando caer en el olvido.

Jesús Celada Pérez

Director del Real Patronato sobre Discapacidad

Director General de Políticas de Discapacidad

Esa persona que calificas de “pobrecito” es una persona que trabaja, pierde el trabajo, busca otro, se enamora, se casa, tiene hijos, viaja, va al cine, hace la compra, juega al tenis, se organiza para defender sus derechos, vota, paga impuestos, disfruta con la música, ve series, es hincha de un equipo, opina, tiene sus filias y sus fobias. Como tú y como yo.

Esa persona que calificas de “pobrecito” aspira a vivir la vida a fondo, a crecer profesionalmente, a romper barreras y retos y a mirar el futuro con ilusión. Sabe también que los sueños que anhela no se consiguen sin esfuerzo, pero está decidido a perseguirlos con tesón y esfuerzo. Como tú y como yo.

Esa persona que calificas de “pobrecito” se sube a los escenarios a recoger un premio “Goya”, presenta un telediario, trabaja como periodista en una redacción, investiga en laboratorios, defiende los derechos de los demás en un juicio, ejerce como ministro, compone música, resuelve ecuaciones imposibles, pinta hermosos paisajes, fabrica cajas de nácar y se afana en la orfebrería en montar delicados objetos artísticos. Como tú y como yo.

Las personas solo somos diferentes a la hora de apostar en el transcurso de nuestras vidas por la maldad o la bondad, la moral o la inmoralidad, la ética o la deshonestidad. Nuestros actos definen nuestra diversidad, no nuestras discapacidades.

Como periodistas, forjadores de la opinión pública, tenemos una alta responsabilidad a la hora de abordar las informaciones que afectan a las personas con discapacidad.

Esta guía es una valiosa ayuda para que, siguiendo sus recomendaciones, seamos capaces de cambiar la realidad y logremos la normalización de la presencia de las personas con discapacidad en la sociedad.

La guía, que incluye un imprescindible glosario sobre la discapacidad, nos alerta sobre lo que estamos haciendo mal y nos conduce por el camino que nos llevará, paso a paso, a hacerlo bien.

En ese recorrido, me parece fundamental en esta época de noticias falsas y de curaciones “milagrosas” esta recomendación de la guía: “La información ha de abordarse sin sensacionalismo y sin sensiblerías, mostrando las limitaciones (¿y quién no las tiene?) pero también las capacidades (¿y quién no las tiene?)”.

Esa persona que calificas de “pobrecito” se llena de alegría cuando te ve, te abraza con cariño y te considera una persona con la que vale la pena compartir la amistad. Es como tú y como yo. No la defraudes.

Nemesio Rodríguez

Presidente de la Federación de Asociaciones
de Periodistas de España (FAPE)



Introducción
La responsabilidad
de los medios

“Es más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio”, aseguró Albert Einstein. Razón no le faltaba al científico. Nos movemos por la vida cargados de ideas preconcebidas, clichés, recelos, arbitrariedades, tópicos, prejuicios. Los aceptamos como verdades axiomáticas. Como tales, buscamos apuntalarlos, no cotejarlos. Es humano.

Cuando pensamos en una persona con discapacidad, ¿qué imagen nos viene a la cabeza? Seguramente, alguien en silla de ruedas o un ciego vendiendo cupones. Pero la realidad es muchísimo más amplia. Como pretende mostrar esta Guía, existe una gran profusión de tipos de discapacidad, cada una de ellas con sus peculiaridades y sus matices.

Del mismo modo, al escuchar la expresión “enfermedad mental”, muchas personas acaso den un respingo; peor aún, sientan miedo. La asociación que se ha hecho durante siglos entre violencia y salud mental (a través de los ecos de sociedad, la literatura, las leyendas, el cine...) es tan férrea que resulta especialmente doliente el estigma al que se tienen que enfrentar estas personas.

Sin embargo, las personas con discapacidad llevan, la mayoría de ellas, una vida normal. Trabajan, pierden el trabajo, buscan otro, se enamoran, se casan, viajan, van al cine, votan a sus representantes políticos, hacen la compra, practican deporte, se organizan para defender sus derechos, disfrutan de conciertos, ven series, se interesan por el devenir político de su país... Parece una perogrullada, pero no lo es. Los prejuicios hacen que asociemos la imagen de la discapacidad del lado de la conmisericordia, de la falta, del problema, de la lástima, del “pobrecito”...

Podemos hacer de este mundo un lugar más habitable para todos. No hay que caer en la dejación de creer que es imposible. Pensar el mundo de otra manera a como es ya supone una manera de incidir en él. El modo en el que hablamos, en el que lo contamos, lo modifica. Porque el lenguaje nunca es inocente. El lenguaje conforma el mundo. Y nos conforma a cada uno de nosotros. Dependiendo de cómo se cuente lo que sucede, quedará confinado a la inmovilidad o, por el contrario, podrá mejorar su situación. “Todo estilo es algo más que una manera de hablar. Es una manera de pensar y, por tanto, es un juicio implícito o explícito sobre la realidad que nos circunda”, dijo otro Nobel, este de Literatura, Octavio Paz.

La visión de la discapacidad que reproducen los medios de comunicación puede perpetuar prejuicios y apuntalar estigmas si no se maneja con cuidado. La prisa con la que trabajan los profesionales de la información puede conducir tantas veces a jugar con estereotipos, que conviene reflexionar sobre las consecuencias que conlleva el ejercicio de la profesión. No se trata únicamente de usar correctamente tal o cual palabra, que también, sino de construir una concepción simbólica sobre la discapacidad más humana, más exacta, más inclusiva.

El poder de esta Guía se asienta en la certeza de que los medios de comunicación son intérpretes de la realidad, crean opinión, transforman valores, derriban prejuicios. Los medios de comunicación ejercen una labor impagable y tantas veces inobservada de pedagogía. Educan. Por tanto, son capaces de cambiar la realidad.

Su tarea es especialmente importante cuando informan de los colectivos sensibles, aquellos que no tienen la igualdad de condiciones que el resto. Como ocurre con las personas con discapacidad. La tarea de los periodistas está sometida a la presión del tiempo, marcada por la prisa, elaborada a partir de la imposibilidad de conocer a fondo cada uno de los asuntos que aborda. Todo eso es de sobra conocido. Por ello la pretensión de esta Guía no es otra que facilitar el trabajo de los profesionales de la comunicación para que contribuyan a que la realidad de las personas con discapacidad se cuente de una manera más exacta, lo que a su vez derribará muchos prejuicios que entorpecen su día a día.

Los asuntos relacionados con la discapacidad están llamados a ocupar cada vez más espacio en los medios de comunicación, por varias razones:

- La participación de las personas con discapacidad en todos los órdenes de la sociedad es creciente. Hoy en día hay políticos de primer orden, periodistas, actores, escritores, etc., con discapacidad.
- Los avances médicos y las mejoras tecnológicas prolongan la esperanza de vida, pero, a su vez, el envejecimiento activo ha de encararse con problemas de movilidad y otros similares que entroncan con la discapacidad.
- Las personas con discapacidad representan un porcentaje nada desdeñable de nuestra sociedad (cerca de cuatro millones de personas con discapacidad y sus familias), y su aportación contribuye a crear una diversidad enriquecedora.
- Su contribución no solo tiene que ver con valores sino con datos económicos (la economía social supone un diez por ciento del PIB y genera algo más del doce por ciento del empleo en España, según datos de la Confederación Empresarial Española de la Economía Social, CEPES).

Todo ello es fuente de información. No se trata de forzar su inclusión en los medios de comunicación; tiene méritos de sobra para estar en ellos. Pero el tratamiento que los medios den a esa información es crucial. Tienen la oportunidad y el reto de informar de una realidad que muchos ciudadanos desconocen, pueden crear conciencia en ellos de las necesidades que tienen otros colectivos, pueden hacerlo desde un ángulo de derechos, porque las personas con discapacidad exigen sus derechos, al igual que cumplen sus deberes.

Tampoco se trata de dar una imagen idílica de las personas con discapacidad. En absoluto. Lo que propone esta Guía es que las informaciones que versen sobre ellas se ajusten a la realidad que las concierne. En ocasiones se alude a los grandes nombres relacionados con la discapacidad (Goya, Beethoven, Ray Charles, Hawking, John Nash, Frida Kahlo...) como si las personas con discapacidad tuvieran un prurito de heroicidad. Y eso, aunque positivo, tampoco se ajusta a la realidad. Es tanto como pensar que los periodistas, por el mero hecho de serlo, tienen alguna cualidad intrínseca que los distingue del resto. Cada persona es única. Las generalizaciones hacen daño, y distorsionan, porque la realidad no es homogénea. Afortunadamente.

Es preciso que la información no se limite a reflejar de manera descriptiva los hechos, sino que los contextualice y explique sus causas y consecuencias.

Ofrecer una imagen de las personas con discapacidad exige mostrarlas en toda su riqueza y complejidad, no solo en aquellas situaciones específicas de la discapacidad. Alguien que sea usuario de silla de ruedas no solo encuentra dificultades diarias (barreras arquitectónicas, plazas reservadas ocupadas por personas sin discapacidad, falta de accesibilidad, etc.) sino que también puede, por ejemplo, jugar al tenis. La información ha de abordarse sin sensacionalismo y sin sensiblerías. Mostrando las limitaciones (¿y quién no las tiene?) pero también las capacidades (¿y quién no las tiene?).

El reto, por tanto, es situar las informaciones en su contexto, usar un lenguaje adecuado, aportar noticias que enriquezcan. Tantas veces se usa la discapacidad como elemento frívolo, exótico, sensacionalista... Acentuemos lo sustantivo, la persona, y pongamos en entredicho el adjetivo, “discapacitado”. Algo tan sencillo como acostumbrarnos a usar la expresión “persona con discapacidad”. Qué fácil, qué sencillo, y qué proyección tiene una acción en apariencia tan fútil. Hay que pararse a pensar qué puede sentir una persona con enfermedad mental cuando escuche o lea en un medio de comunicación que se refieren a ella como “trastornado”, “loco”, “demente”... Es preciso desterrar los estereotipos, porque la discapacidad tiene que ver con las estructuras y los procesos sociales. Pongámonos (¿cuántas veces escribimos esta frase sin incorporarla?) en la piel del otro.

Consciente de los condicionantes a los que se enfrentan los profesionales de la información (urgencia, prisas, necesidad de mantener la audiencia y de simplificar las informaciones), esta Guía pretende proporcionar los recursos para informar sobre asuntos que tienen que ver con la discapacidad de una manera más real y, por tanto, más profesional.

En sus páginas se podrán encontrar una pequeña historia de la discapacidad en nuestro país y un retrato de cómo es, que muestra una realidad sin duda distinta a la que conforma el prejuicio; cuáles son las principales leyes y normativas que regulan diversos aspectos sobre discapacidad; una clasificación general de los tipos de discapacidad y algunas recomendaciones básicas para manejar un lenguaje atento a las peculiaridades de cada una de ellas. “El lenguaje es lo más humano que existe”, escribió la poeta Carmen Conde. Por humano, configura el modo en que vemos la realidad. Por eso damos tanta importancia al uso de las palabras. La Guía también recoge un asequible itinerario para hacer accesibles

las informaciones, de manera que se sorteen las posibles trabas que puedan surgir en la comunicación en tanto que medio transmisor; un cómodo glosario de términos para disipar posibles dudas que, de no ser aclaradas, enturbiarán la calidad de la información y una relación de las entidades más representativas de la discapacidad, por si es necesario ahondar en algún aspecto o recoger algún testimonio como fuente de información (mejor dar la voz a quienes protagonizan la noticia que buscar argumentos externos).

Las informaciones relativas a la discapacidad tienden a referirse a aspectos insólitos, extravagantes, extraordinarios. Lo deseable sería, por el contrario, informar sobre ella desde sus múltiples ángulos (el lado preventivo, rehabilitador, enriquecedor, sobre los avances técnicos que facilitan la vida de las personas con discapacidad...); mostrar discapacidades menos conocidas para eliminar el reduccionismo de que solo hay personas en silla de ruedas, ciegos o personas con discapacidad auditiva, pero haciéndolo sin alimentar el morbo; retratar situaciones concretas, sin divagar (por ejemplo, informar de la realidad de los universitarios con discapacidad), incluyendo en las informaciones recursos que pueden ser útiles (como los servicios y ayudas existentes), y, sobre todo, permitir que sean ellos quienes se expresen, quienes den voz, testimonio.



1

La discapacidad, de ayer a hoy

Una aproximación histórica

La historia de las personas con discapacidad supone una continua batalla contra la discriminación y la estigmatización en la que tampoco cabe renuncia a la investigación médica, biomédica, genética, tecnológica, etc. Conocer el pasado, entender el presente y proyectar el futuro son tres momentos estrechamente vinculados a casi todos los órdenes de la vida humana. Las personas con discapacidad han sido percibidas como diferentes (en su amplio espectro conceptual) y por ello han sido objeto de tratamientos que han ido reflejando el pensamiento de una sociedad concreta en un momento histórico preciso.

Desde la Antigüedad, las personas con discapacidad han sufrido una cruel discriminación por ser “diferentes”, por desviarse del paradigma de la “normalidad”. Por eso su vindicación, cargada de rigor, de ser llamados personas con discapacidad, en tanto que se tiene una discapacidad y no se es un discapacitado.

Las páginas que siguen incluyen un breve resumen de la consideración que ha tenido la discapacidad a lo largo de la Historia, tomando como referencia “Historia, discapacidad y valía”, texto del periodista José Luis Fernández Iglesias publicado en *La imagen social de las personas con discapacidad*, colección ‘cermi.es’. Esta aproximación histórica permitirá hacernos una idea de la situación de aislamiento y exclusión a la que se han enfrentado las personas de este colectivo.

Prehistoria y Antigüedad

A nadie se le escapa que las difíciles y complejas situaciones de adaptación al medio que debieron de afrontar las primeras comunidades humanas no favorecían, en absoluto, a las personas con discapacidad. La mayoría de los

expertos creen que estas personas eran consideradas gravosas para la supervivencia del clan, y por tanto abandonadas a su suerte sin posibilidad alguna de subsistir.

No obstante, hay algunos indicios de que, al menos en algunas ocasiones, las personas con discapacidad eran uno más, incluidas dentro de las vicisitudes del grupo social. El esqueleto de un anciano neandertal hallado en Shanidar Cave, en la zona del Kurdistán, con un estado avanzado de artritis y un brazo amputado, así como los restos del hombre de la Chapelle-aux-Saints, hallados en la localidad gala del mismo nombre, también con fuerte artritis, parecen evidenciar que no siempre eran expulsados de la comunidad, sino que existía una cierta inclusión.

También ha habido hallazgos de vasijas y pinturas donde se aprecian personas con escoliosis, talla baja o con alguno de sus miembros amputados, si bien todo apunta a que la aceptación de estas personas resultaba la excepción y que imperaba lo que posteriormente se ha denominado 'tesis de la población excedente', es decir, los modos de las distintas sociedades de erradicar a aquellas personas que consideraban una carga.

En el Antiguo Egipto se permitía el abandono e infanticidio de los menores nacidos con una discapacidad. Aunque depende de en qué tipo de familia se naciera. Se ha encontrado una fractura de extremidad inferior con una férula rudimentaria en una momia de la V dinastía (2.500 a.C.), y un friso en el que un sacerdote porta algo muy similar a un báculo o una muleta a consecuencia de una poliomelitis (una de sus piernas severamente estrecha permite la deducción). Sin olvidar que en la mitología egipcia preside Horus, una de cuyas representaciones lo muestra como patrón de los ciegos.

La sociedad hebrea, por su parte, consideraba a la discapacidad como marca del pecado, aunque el Judaísmo prohibía el infanticidio e institucionalizó la caridad, como hicieron más tarde el Cristianismo y el Islam.

En los pueblos de las regiones de Asia y África las prácticas variaban. En India, los niños y niñas nacidos con discapacidad eran abandonados en el bosque o arrojados sin miramientos al Ganges. Entre los semang (también llamados menraq o sakai), un pueblo de cazadores-recolectores nómadas de Malasia,

se les consideraba talismanes y sabios. Los masáis de Tanzania los mataban al nacer. Los chagga (también llamados wachaga, chaga, jagga, dschagga, waschagga o wachagga), uno de los grupos étnicos más importantes de Tanzania, los empleaba como objetos rituales, para espantar demonios, y los kukus, en Sudán, los asesinaban por considerarlos espíritus malignos.

En China, el filósofo Confucio predicó la responsabilidad moral para con los “débiles”, como los denominaba, y por aquel entonces se sabe que existían prácticas como la cinoterapia (que requería el empleo de perros) así como diferentes tipos de masajes para ayudar a las personas con discapacidad motriz.

En Grecia, sociedad amante de la belleza entendida como perfección de formas, el trato a las personas con discapacidad no se distinguió por su nobleza. En Esparta, los ancianos examinaban a los niños al nacer y si no se consideran aptos físicamente eran abandonados. Las leyes de Licurgo, uno de sus legisladores más famosos, conminan a arrojar desde el monte Taigeto a quienes presentaran algún tipo de discapacidad. Sin embargo, durante las reformas de Pericles se crearon centros asistenciales para las personas con discapacidad, y Aristóteles le dedica un ensayo a la tartamudez, a la que consideraba un síntoma de rapidez mental. Los célebres médicos Galeno e Hipócrates trataron de curar la epilepsia y anotaron observaciones interesantes sobre otras enfermedades discapacitantes.

Hay un dios con discapacidad, Hefesto, hijo de Zeus y Hera, físicamente *deforme* de nacimiento, expulsado del Olimpo y condenado al mundo subterráneo a dedicarse a labores de orfebre para las apolíneas divinidades. Del mismo modo, se contemplaba la discapacidad como castigo. En *Edipo rey*, de Sófocles, el propio Edipo se ciega a sí mismo al descubrir su parricidio y el incesto materno. El sabio Tiresias fue cegado por Hera al revelar que “ellas” gozan más que “ellos”.

Roma mantuvo la ambivalencia. Según la Ley de las XII Tablas (540 a.C.), el derecho a la vida de los hijos e hijas correspondía al *pater familias*, que podía arrojar al río Tíber o despeñar desde la roca Tarpeya a aquellos que nacieran con una discapacidad o que la adquiriesen.

Hay constancia del comercio con niños mutilados (ya que conseguían mayores limosnas que el resto), pero también de un sistema de retribución para aque-

llos guerreros que regresaban del combate con una discapacidad. Constantino impulsó una pequeña red de nosocomios, que ofrecía alojamiento y comida para quienes tuvieran una discapacidad.

Edad Media y Moderna

Tras la caída del Imperio Romano, el Cristianismo ocupó el vacío de poder. Por supuesto, se prohibía el infanticidio, pero las personas con discapacidad eran perseguidas por las distintas autoridades (eclesiásticas y civiles), que las consideraban, a la postre, brujos, brujas, herejes y delincuentes.

En Francia se construyeron enormes fortalezas para recluir a estas personas. Para esconderlas. Peor aún: en algunos casos, ciegos, personas con parálisis cerebral, personas con sordera o tetraplégicos eran exhibidos en espectáculos circenses. Hay una película de culto de Tod Browning, *Freaks*, de 1932, testimonio de que esta práctica, por aquel entonces, era moneda común.

Otra de las visiones que imperaban en este periodo medieval era considerar la discapacidad como un pretexto de Dios para que las personas consideradas *normales* se redimieran de sus pecados a través de la caridad.

Por otro lado, la intensa actividad guerrera –Cruzadas en Oriente Medio o la Reconquista en la península Ibérica– arrojó un enorme saldo de personas con discapacidad que regresaban del frente, a las que había que dar respuesta. Por ello comenzaron a emerger numerosas instituciones de socorro o asilo, regentadas por comunidades religiosas, que no solo amparaban a quienes volvían de la batalla sino a quienes no tenían recursos.

Del siglo XV datan los primeros centros psiquiátricos. Su impulsor fue un valenciano, Juan Gilberto Jofré, de la Orden de los Hermanos de la Merced. Pero, al igual que sucedía en Roma, también existía al tiempo una red de explotación de niños con discapacidad que se destinaban a la mendicidad.

El descubrimiento de América y la reforma protestante marcan el inicio de una nueva etapa. Entre los pueblos indígenas era infrecuente desasistir a las personas con discapacidad; de hecho, se sabe por las Crónicas de Indias que los

mayas las trataban con gran respeto y cuidado, y eran trasladadas por otros miembros de la comunidad cuando era necesario.

En la actual isla de Manhattan vivía una prolífica etnia con un elevado número de personas sordas debido a la herencia de un gen dominante, y se comunicaban con una tosca lengua de signos. Un caso similar se desarrolló en la isla de Martha's Vineyard, en Massachusetts, donde debido al gran número de sordos se empleó una lengua de signos de uso general también entre oyentes, hasta principios del siglo XX.

Entre los incas, resultaba una práctica común la amputación de extremidades enfermas, y la fabricación de distintas ayudas artesanales de las que se proveían para facilitar la vida a estas personas.

En la Europa de la Reforma, Lutero fue un tanto maximalista en sus tesis. Hay constancia de que ordenó la ejecución de un niño por su discapacidad mental, y fomentó la construcción de las conocidas como "jaulas de los idiotas" para mantener aisladas a las personas con discapacidad. Al tiempo, Ambroise Paré, considerado el padre de la cirugía, ideó una técnica para ligar las arterias a los muñones en las amputaciones, y se comenzaron a aplicar prótesis y aparatos ortopédicos más o menos desarrollados.

En Inglaterra, la dinastía de los Tudor (siglo XV) dictó leyes para asistir económicamente a las personas que antes dependían de la caridad de la Iglesia. Se les dotaba de una asignación, pero, eso sí, perdían sus derechos civiles y su condición de ciudadanos. Eran propiedad, literalmente, del Estado.

En el siglo XVII, aparece el primer tratado moderno de fonética y logopedia, *Reducción de las letras y arte para enseñar a hablar a los mudos*, del aragonés Juan de Pablo Bonet, que fue traducido a las principales lenguas del momento. Un siglo después, los valores de la Revolución Francesa reconsideraban la concepción de las personas con discapacidad, conminando al Estado a hacer cuanto estuviese en su mano para que pudieran llevar una vida normal. En 1793, se crea el Asilo de Bicêtre, donde ejerció como médico Philippe Pinel, considerado el padre de la Psiquiatría. Su apuesta es de una modernidad enorme, ya que prohibió el uso de la violencia (normalizado en las instituciones psiquiátricas), así como los tratos degradantes y crueles.

Edad Contemporánea

Al arrancar la revolución industrial, las precarias condiciones de trabajo de los obreros tuvieron por resultado numerosas amputaciones. Se comenzó a considerar a las personas con discapacidad de nuevo como un problema (social, económico, educativo) y fueron segregadas en diferentes tipos de instituciones: hospitales generales, las *workhouses* (donde eran obligados a trabajar en condiciones, en ocasiones, de esclavitud), en cárceles, colonias, escuelas especiales...

En 1825, el francés Louis Braille ideó el sistema que lleva su nombre y que se sigue utilizando hoy en día. Se trata de un sistema de lectura y escritura táctil pensado para personas ciegas, basado en la combinación de seis puntos. En 1863 ya había 22 escuelas para personas sordas en Estados Unidos, y en 1881 se crea la primera escuela pública para personas con discapacidad mental en Leipzig.

A principios del siglo XX las teorías de eugenesia cobran una importante fuerza. En 1907, el estado norteamericano de Indiana fue el primero en el mundo en autorizar las esterilizaciones forzosas. Otros 33 estados aplicaron prácticas similares. Uno de los métodos que instauraron para combatir la pobreza fue esterilizar a las minorías, personas con discapacidad incluidas.

En Suecia, en 1922, el Parlamento aprobó la creación del Instituto Nacional de Biología de las Razas, y en 1934 comenzaron, también aquí, las esterilizaciones forzosas, especialmente a pacientes psiquiátricos. Australia, Canadá, Sudáfrica, Singapur, Noruega, Gran Bretaña y Suiza utilizaron métodos similares. Habría que esperar a 1948, con la aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, para poner fin a esta práctica.

Los primeros esfuerzos políticos más o menos sistematizados para incorporar a las personas con discapacidad al mercado de trabajo no se produjeron hasta finalizar, con un saldo ingente de excombatientes heridos y mutilados, la Primera Guerra Mundial (1914-1918). En la década de los años 20 del pasado siglo, los subsidios por discapacidad representaban alrededor del 15 por ciento del total de las ayudas que concedían los Estados. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), creada en 1919, desempeñará un papel crucial en la inclusión laboral de las personas con discapacidad, al aprobar normativas

–limitadas, claro, pero avanzadas para su momento– tendentes a proteger los derechos de estas personas, así como en la promoción y desarrollo de programas de rehabilitación.

A esas alturas, el mundo todavía no conocía los terribles programas nazis que, como el 'Aktion 14 F 13' y el 'Aktion T4', planearon el exterminio de cientos de personas con discapacidad por considerarlas inferiores. Al terminar la II Guerra Mundial, muchos países concentraron sus esfuerzos médicos y científicos en la inclusión de personas con discapacidad. Basta comprobar el contenido de algunas películas de Hollywood, como *Los mejores años de nuestra vida*, *Hombres*, *El milagro de Ana Sullivan* o *El regreso* –esta sobre la guerra de Vietnam–.

En los años 60 surge la antipsiquiatría, término usado por vez primera por David Cooper en 1967, quien definió una manera de atender a la persona con enfermedad mental que desafiaba a la psiquiatría convencional. Proponía terapias de inclusión y, especialmente, abandonar la idea de que estas personas han de estar recluidas de por vida, toda vez que, indicaba, la sociedad es responsable de la salud de sus ciudadanos. Hay que recordar que en los años 30 del siglo pasado se habían introducido prácticas médicas muy controvertidas (inducción artificial de convulsiones, por medio de electroshock, insulina y otras drogas, o la sección quirúrgica de porciones del cerebro, como la lobotomía cerebral o leucotomía), procedimientos usados con asiduidad.

En la década de los cincuenta se diseñaron en laboratorios nuevas drogas, especialmente el antipsicótico clorpromazina, que sustituyeron esas prácticas sin ser mejores ni ética ni médicamente, ya que provocaban efectos adversos de distinta índole. En esa misma década, en 1960, se celebran los primeros Juegos Paralímpicos, en Roma. A partir de los años 70, las personas con discapacidad se organizaron en asociaciones que, poco a poco, consiguieron hacer valer sus derechos y eliminar aquellas prácticas que socavaban su dignidad. Al menos en los países desarrollados.

Para profundizar en algunos aspectos o épocas de este rápido recorrido, se pueden consultar, además del libro con el que se abre el capítulo, *La imagen social de las personas con discapacidad* (VVAA, Ediciones Cinca), *Tratado sobre discapacidad* (VVAA, Thomson Reuters Aranzadi) y *Hoy empieza todo* (Esther Peñas, Cinca Editorial).

La discapacidad en España

Si desde los orígenes del ser humano, como hemos visto de un modo sucinto en los párrafos anteriores, las personas con discapacidad apenas pudieron decidir por sí mismas su destino y, lo que es peor, disponer de su vida, España tampoco fue una excepción, ya que estuvieron a merced de la voluntad de sus familiares, que por lo general los recluían por vergüenza o los entregaban a la caridad.

A partir del siglo XII, surgen en nuestro país distintas agrupaciones en las que, de un modo u otro, las personas con discapacidad encuentran cierto refugio para cubrir sus necesidades mínimas (alojamiento y comida): mutualidades, hermandades, asilos, orfanatos, hospitales, cofradías, gremios... Ya en 1212, en Toledo, se crea una cofradía de excombatientes de la batalla de Las Navas de Tolosa, y en 1329, en Barcelona, otra de ciegos trovadores. En el siglo XIV hay noticias de dos agrupaciones de ciegos, una vinculada al templo de Santa Cruz, en Valencia, y otra a la parroquia de Santa María de Barcelona.

Una de las pocas ocupaciones posibles para las personas con discapacidad era la mendicidad. De hecho, se redactan algunas normas que legitimaban la práctica de la mendicidad por quienes estuviesen imposibilitados para ejercer cualquier otro trabajo: niños, mujeres, individuos sin recursos (ancianos, estudiantes) y varones enfermos y mutilados.

No tardan en abrirse los comedores de caridad, en los que también se distribuía ropa, así como hospitales para personas con enfermedad mental, como el Hospital de Dementes u Orates de Valladolid, fundado en el siglo XV, o el Hospital de la Santa Caridad, en Sevilla, construido un siglo después.

La mayoría de estos centros se orienta a la mera subsistencia, aunque hay excepciones. Por ejemplo, la iniciativa que realizó el benedictino fray Pedro Ponce de León en el monasterio de Salvador de Oña, que instruyó a niños con sordera con una tosca y rudimentaria lengua de signos. Animado por su ejemplo, san Juan de Dios impulsa un hospital donde no solo se dispensa alivio a las personas con discapacidad, sino que se les provee de determinadas actividades lúdicas. Son pasos aislados, aunque significativos.

Poco a poco, fueron creándose instituciones que ampliaron el abanico de posibilidades para las personas con discapacidad, como los Montes de Piedad. La fórmula importada de sociedades económicas de amigos del país se tradujo en la creación de la Sociedad Económica Matritense de Amigos del País, y entre los beneficiarios de su solidaridad se encontraban las personas con discapacidad. Actuaban tomando en consideración tres parámetros: enseñanza, economía y beneficencia. Otro ejemplo es la creación en 1805 del Colegio de Sordomudos en Madrid, donde los alumnos aprendían distintos oficios: carpintería, imprenta, encuadernación, zapatería...

El liberalismo español y su política antigremial provocó la disolución de algunas de las entidades de carácter benéfico que asistían a los más desfavorecidos. Por ejemplo, en Madrid, la hermandad de ciegos tenía el privilegio de vender periódicos y otros impresos. En 1834, mediante una Real Orden, se desmantela esta dispensa, y un año después, Salustiano Olózaga abolió la hermandad.

De 1857 es la Ley Moyano, por la que se asume la escolarización de niños ciegos y sordos. Las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl o la Sección Española de la Asociación Internacional de Socorro a Militares Heridos en España –germen de la Cruz Roja Española– se encargan de educarlos.

Por esos años se crea la Comisión de Reformas Sociales, que atendía las situaciones de invalidez de los trabajadores. Posteriormente, asumiendo el modelo de rehabilitación, comienza a funcionar el Instituto de Reeducción Profesional de Inválidos en el Trabajo que, tras su denominación de Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos (INRI), se convertirá, casi sesenta años después, en el Centro Público de Educación Especial de Reeducción de Inválidos.

Recién iniciado el siglo XX, en 1906, se crea la Asociación de Sordomudos de Madrid, y dos años después, en 1908, se constituye el primer centro de educación especial de naturaleza privada, impulsado por Francisco Pereira. Dos años después, en 1910, se funda el Patronato Nacional de Sordomudos, Ciegos y Anormales, antecedente directo del actual Real Patronato sobre Discapacidad.

El primer intento de crear una organización nacional de personas con discapacidad fue el de la Federación Hispánica de Ciegos, creada por José Ezquerro en 1930. Al año siguiente, se constituyó el Patronato Nacional de Protección de Ciegos.

En 1937, en plena Guerra Civil española, Javier Gutiérrez de Tovar, presidente de la Sociedad de Ciegos La Hispalense, impulsó la Federación Bética de Ciegos, que integraba a las asociaciones locales de Andalucía y Extremadura, con aspiración de convertirse en una federación nacional. Paralelamente, en Burgos, sede del gobierno de Franco, las autoridades falangistas y un grupo de personas ciegas (encabezado por Fernando Martínez-Burgos, Primitivo Pérez y Mariano Ortega) trabajaban en la reconstitución del Patronato de Ciegos, inactivo desde el inicio de la guerra. En enero de 1938, una delegación de la Federación Bética se reunió con el grupo de Burgos, y acordaron crear una organización nacional de ciegos, renunciando al modelo benéfico del Patronato (una pensión diaria de seis pesetas) en favor de su autonomía económica mediante la venta de cupones de lotería.

El 4 de diciembre de ese mismo año, una Orden Ministerial disolvió el Patronato Nacional de Protección de Ciegos y siete días más tarde el Consejo de Ministros aprobó el proyecto de la Organización Nacional de Ciegos (ONC), ratificado el día 13 de ese mismo mes, coincidiendo con la festividad de santa Lucía (patrona de la ceguera). En 1952 se añadió el término “Españoles” a la denominación de la organización.

Tras la Guerra Civil, la dictadura de Franco promovió la creación de nuevas entidades a favor de las personas con discapacidad, como la Asociación Nacional de Inválidos Civiles (ANIC), formada en 1958, a los que se les concedió el ejercicio de determinados empleos, como la vigilancia de aparcamientos.

El reglamento de 1952 que desarrolla la Ley General de Beneficencia establece incluso tipologías de los destinatarios de acuerdo con la siguiente clasificación de la discapacidad: “seis casas de dementes, dos de ciegos, dos de sordomudos y dieciocho de decrepitos, imposibilitados e impedidos”.

En 1956 se instituye la primera unidad de lesionados medulares en la Clínica del Trabajo de Madrid, a cargo de la Seguridad Social, y al año siguiente se implanta ‘La Frater’, Fraternidad Cristiana de Personas con Discapacidad.

A pesar de la paulatina mejora tanto en la organización del tejido asociativo como en el desarrollo legislativo y el impulso de organismos públicos dedicados a la discapacidad, la generación de los nacidos entre 1950 y 1964 sufrió el último brote de poliomelitis, un virus que invade el sistema nervioso y que puede causar parálisis en cuestión de horas, cuyos síntomas iniciales son fiebre, cansancio, cefalea, vómitos, rigidez del cuello y dolores en los miembros, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). La inmunización masiva y gratuita llegó a España en 1964, una década después de que el virólogo Jonas Salk inventara la vacuna en Estados Unidos.

La Asociación de Afectados de Polio y Síndrome Postpolio cifra en 300.000 los españoles con secuelas de la polio, aunque no existen registros sobre esta enfermedad discapacitante que, cuando se convierte en síndrome postpolio, se caracteriza por fatiga y debilidad muscular progresiva.

En 1966 se promulgó la Ley General de la Seguridad Social y, dos años después, se constituyó el Servicio Social de Asistencia a Menores Subnormales, que retribuía a las familias con una paga mensual para contribuir a su educación. Este servicio se fusionaría con el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos, transformándose en el Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos, en el que se encuentra el origen del actual Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, primero INSERSO).

Un año después del fin de la dictadura, en 1976, se creó el Real Patronato de Educación Especial, presidido por Su Majestad la Reina. Centrado desde su creación en el ámbito educativo, fue ampliando su espectro de actuación a otros campos de actividad, como el laboral.

1982 supuso un año importante para el movimiento asociativo al aprobarse la Ley de Integración Social de Personas con Discapacidad (LISMI) que, entre otras cuestiones, obligaba a las empresas de cincuenta o más trabajadores a reservar una cuota de su plantilla a favor de las personas con discapacidad. Según el CERMI, “con sus muchas limitaciones y a pesar de algunos incumplimientos que con el tiempo se convirtieron en permanentes”, es una ley globalmente positiva, ya que contribuyó a conformar las políticas públicas de discapacidad en España durante su largo período de vigencia, sentando las

bases para todos los avances en materia de derechos. En 1986, se regula el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, que se actualizará en 1997, y cuya presidencia también recae en Su Majestad la Reina.

Tanto el Real Patronato de Educación Especial como el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía son antecedentes directos del actual Real Patronato sobre Discapacidad, configurado en la Ley 14/2000, de 29 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social (art. 57), con naturaleza de organismo autónomo.

Otro año legislativamente significativo fue 2003, cuando se ratificó la Ley de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal (LIONDAU), que protegía a las personas con discapacidad contra la discriminación, establecía medidas destinadas a garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y unas condiciones básicas para asegurar la accesibilidad, desde el diseño pensado para todos a la autonomía personal.

En 2009 se creó el Consejo Nacional de la Discapacidad, un órgano consultivo interministerial a través del cual las organizaciones representativas de personas con discapacidad participan en la planificación, seguimiento y evaluación de las políticas que atañen al ámbito de la discapacidad. Este órgano cuenta con una Oficina de Atención a la Discapacidad, que promueve la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

En 2013 entró en vigor el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social, que aglutina en una única las tres leyes genéricas sobre discapacidad existentes en España hasta ese momento: la Ley 13/1982 de Integración Social de Minusválidos (LISMI); la Ley 51/2003 de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (LIONDAU) y la Ley 49/2007, por la que se establece el Régimen de Infracciones y Sanciones en Materia de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad.

Las últimas grandes conquistas sociales del movimiento asociativo son la Ley Orgánica de Régimen Electoral General (LOREG), aprobada en octubre de 2018, que permite votar a las personas con discapacidad intelectual, enfer-

medad mental o deterioro cognitivo, y haber conseguido iniciar los trámites legislativos para que se retire el término “disminuido” que recoge la Constitución española para referirse a las personas con discapacidad. El Gobierno ha aprobado un anteproyecto para reformular el lenguaje, la estructura y el contenido del artículo 49 de la Carta Magna.

La discapacidad hoy

Según datos publicados en el *Informe Olivenza 2017, sobre la situación general de la discapacidad en España*, editado por el Observatorio Estatal de la Discapacidad y basado a su vez en la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2008)¹, se estima que en nuestro país hay 3,85 millones de personas con discapacidad residentes en hogares (el 8,5% de la población en viviendas familiares, medio punto porcentual por debajo de la estimación realizada en 1999) y algo más de 269.000 personas con discapacidad residentes en centros. La suma de ambos sitúa en 4,12 millones el número de personas con discapacidad, alrededor del 9% de la población residente en España.

Las tasas de prevalencia de discapacidad por edad son más elevadas en las mujeres que en los hombres a partir de los 45 años, mientras que, por debajo de esta edad, los hombres superan a las mujeres. En ambos casos, la probabilidad de tener una discapacidad aumenta con la edad.

Los tipos de discapacidad más frecuentes a partir de los seis años de edad son los que afectan a la movilidad, la vida doméstica y el autocuidado. Las discapacidades relacionadas con la movilidad están presentes en dos de cada tres personas con discapacidad (67,2%), las vinculadas a la vida doméstica en cinco de cada nueve (55,3%), y las de autocuidado en prácticamente una de cada dos (48,4%).

En cuanto a las discapacidades que incumben a la comunicación, el aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas, así como a las interacciones y relaciones personales, que es alta entre las personas con discapacidad

¹ <https://drive.google.com/file/d/1XRzRVnfoH9BHI0PpftprKv2TnVDDyGMq/view>

más jóvenes, desciende de forma significativa con la edad, al contrario de lo que sucede con las discapacidades de la visión, audición, movilidad, autocuidado y vida doméstica.

Por lo que se refiere a las limitaciones en actividades básicas de la vida cotidiana, el 17,3% de las personas de 65 o más años experimentan dificultades de diverso grado para asearse, el 14,0% para vestirse, el 13,8% para sentarse o levantarse, el 9,9% para ir al lavabo y el 5,4% para alimentarse.

El informe Olivenza, basándose en la Encuesta de Integración Social y Salud, realizada en España en 2012, apunta que las mujeres con discapacidad experimentan en mayor proporción que los hombres con discapacidad dificultades para salir de casa (63,7% frente a 50,5%), utilizar medios de transporte (36,6% frente al 29,9%), acceder y moverse por los edificios (36,8% frente a 31,8%) y participar en acciones formativas (23,6% frente a 20,3%).

Por el contrario, es mayor el porcentaje de hombres con discapacidad que experimentan limitaciones para acceder a un empleo adecuado (46,7% de los hombres frente al 37,1% de las mujeres) o que se sienten limitados en su situación económica (9,1% frente al 8,4%). No se observan diferencias por sexo en el porcentaje de personas con discapacidad que experimentan limitaciones para participar en actividades de ocio y culturales, usar internet o mantener contactos sociales y recibir apoyo social.

Mercado laboral

En España hay 1.774.800 personas con discapacidad en edad activa, un 5,9% de la población. Se trata de un colectivo poco integrado en el mercado laboral: solo un tercio del colectivo es activo en términos laborales, es decir, 1.173.000 personas con discapacidad están fuera del mercado laboral.

Por lo que se refiere a los jóvenes de entre 16 y 24 años, su tasa de paro se sitúa en el 63,5%, es decir, más del 60% de los jóvenes con discapacidad se encuentran desempleados.

Con binomios de multidiscriminación (discapacidad y mujer, discapacidad y juventud, discapacidad psíquica) elevados, resulta significativo que el 30,9% de

las personas con discapacidad se encuentren en riesgo de pobreza o exclusión social. El hecho de tener un empleo remunerado no garantiza una situación económica solvente, como le ocurre al 14,5% de las mismas.

El análisis de la contratación evidencia la precariedad de las condiciones del mercado laboral para las personas con discapacidad, marcadas en su mayoría por la temporalidad. En 2016 se realizaron 268.160 contratos a personas con discapacidad, ocupando a 126.225 personas, lo que indica que cada una fue contratada una media de 2,12 veces. Las mayores tasas de empleo corresponden a Madrid y País Vasco; mientras que Galicia y Extremadura son las autonomías con las tasas de empleo más bajas para estas personas.

El salario medio bruto anual de las personas con discapacidad se sitúa en 19.298 euros, 3.976 menos que la media de la población sin discapacidad, aunque desde 2010 la diferencia se ha reducido en 1.265 euros. En el caso de las mujeres, los jóvenes y las personas con discapacidad intelectual, la brecha salarial es aún mayor. En cuanto a la tasa de autoempleo del colectivo, esta se sitúa en el 12%, 4,7 puntos porcentuales menos que el resto de la población.

Prestaciones

Actualmente se destinan 18.724.489 euros a pensiones de invalidez, lo que supone un 1,74% del PIB. Priman las prestaciones económicas de carácter periódico, especialmente las pensiones de incapacidad permanente, cuya prestación media es de 929,69 euros y conciernen a 938.000 personas.

Navarra y el País Vasco encabezan las comunidades con las retribuciones más altas, mientras que Galicia y Murcia ofrecen las menores. La brecha de género también es palpable a este respecto en el colectivo, ya que las mujeres representan el 35,21% y la cuantía de su prestación es inferior en 175 euros al mes.

Formación

El nivel formativo, tal y como se desprende del informe, contribuye a reducir las distancias con la población general, erigiéndose como herramienta que favorece la inclusión laboral. No obstante, la tasa de abandono escolar de las personas con discapacidad se eleva hasta el 43,2%, superando a la población general en 18 puntos porcentuales.

Atendiendo a los niveles de formación, según cifras de Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo en España, Odismet, el 56,2% de las personas con discapacidad tiene estudios de nivel secundario, lo cual apunta a una mejora relevante en su cualificación, puesto que en 2008 el dato era del 38,4%. Segmentando por sexos, las mujeres tienen estudios superiores en mayor proporción que los hombres (16,8% frente a 13,6%).

Asimismo, hay 206.493 alumnos con necesidades educativas especiales, un 83% de los cuales cursan sus estudios en centros de carácter integrado. No obstante, cualquier cifra queda desfasada con cierta rapidez, pese a que las investigaciones específicas sobre discapacidad en España aún se fundamentan en macroencuestas realizadas hace más de diez años. Para actualizar los datos relativos a las personas con discapacidad en nuestro país pueden consultarse las siguientes páginas web:

- Observatorio de la Discapacidad en España
<https://observatoriodeladiscapacidad.info>
- Centro Español de Documentación sobre Discapacidad (CEDD)
<https://www.cedd.net>
- Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo en España (Odismet)
<http://www.odismet.es>
- Instituto Nacional de Estadística
<http://www.ine.es>
- Base Estatal de datos de personas con discapacidad
http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/bd_estatal_pcd/index.htm



2

La discapacidad y su marco normativo

Buena parte de las conquistas de la inclusión (en todas las esferas de la sociedad: económica, cultural, política, deportiva, social, etc.) depende de que la legislación en vigor esté lo suficientemente bien articulada como para poder garantizar la eficacia de su aplicación, así como de adecuar y ajustar el marco normativo a la realidad, en este caso, de las personas con discapacidad, evitando quedar desfasado.

Desde hace algunas décadas, y en concreto desde la entrada en vigor de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que analizaremos a continuación, se ha ido produciendo, aunque de manera muy lenta, en la legislación internacional **un cambio de paradigma** respecto de la discapacidad: la transformación de un **modelo asistencialista o médico/rehabilitador** a otro sustentado en los derechos humanos, un giro que se puede calificar de **revolucionario**, tal y como indica el informe *2006-2016: 10 años de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Balance de su aplicación en España*, publicado por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, en colaboración con el CERMI.

El **modelo asistencialista o médico/rehabilitador**, cuyo único objetivo era el tratamiento de la persona con discapacidad cuando no su cura, situaba el 'problema' únicamente en el individuo y, por tanto, estaba encaminado a que este se adaptase a sus circunstancias, ya que las causas de este 'problema' eran fruto exclusivo de sus limitaciones funcionales o de sus pérdidas psicológicas, como recoge, entre otros muchos expertos, Ana Sastre, quien fuera delegada del CERMI para la Convención de la ONU, en su texto *Un cambio de paradigma: La Convención de la ONU para los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad*.

Sin embargo, **el modelo social o de enfoque de derechos humanos** incorpora la responsabilidad de la sociedad en su conjunto, puesto que esta tiene el deber de acoger a todos sus ciudadanos, sin discriminar a ninguno de ellos, y por tanto ha de ser concebida y diseñada para dar respuesta a las necesidades de las personas, desde la perspectiva de la diversidad.

El modelo de derechos humanos considera a la persona en primer lugar, por tanto lo primero es **preservar su dignidad**, para después atender el aspecto médico, a diferencia del antiguo paradigma. Además, sitúa el 'problema' fuera del individuo: se deriva de la exclusión cometida tanto por el Estado como por la sociedad, inhibiéndose de su responsabilidad de garantizar la igualdad de todas las personas.

Como vemos, el modelo sustentado en derechos humanos deja de considerar la discapacidad como un mero atributo de la persona para contemplarla como una interacción entre el individuo y la sociedad, entre la dimensión biológica (la propia discapacidad) y la dimensión social (la barrera externa que impide a la persona su independencia).

Si una persona usuaria de silla de ruedas no podía acceder a un edificio porque este tenía escaleras, para el modelo médico el 'problema' era únicamente de la persona, mientras que el modelo social observa la barrera (la escalera) como algo externo que no depende ni es consecuencia de la situación de la persona con discapacidad.

Puede deducirse de lo anterior que la traslación al sistema normativo de cada uno de esos modelos es radicalmente diferente. La concepción del modelo médico/rehabilitador restringía la capacidad jurídica de las personas con discapacidad (ya que, si el 'problema' es de aquel en quien concurre dicha discapacidad, ¿cómo exigir que se repare la conculcación de un derecho no recogido en la legislación?).

La negación de la capacidad jurídica supone la muerte civil de la persona, su exclusión de las esferas de la vida social, una privación y restricción injustificables de sus libertades fundamentales. El modelo social o de derechos humanos, en cambio, refrenda la obviedad: que las personas con discapacidad son titulares plenos de derechos. Pero estos derechos hay que definirlos, acotarlos, dotarlos de contenido material, hacerlos vinculantes, visibles y exigibles, y establecer me-



canismos que los garanticen. De ahí que la normativa en materia de discapacidad no sea, ni mucho menos, una cuestión baladí. La legislación internacional, y por supuesto la española, una de las más avanzadas e inclusivas a este respecto, se está modificando (si no lo ha hecho ya) para que ese modelo social basado en los derechos humanos tenga un desarrollo pleno. A continuación se mencionan las principales leyes que velan por esa nueva concepción de la discapacidad.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, en su sede de Nueva York, la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** (en adelante, la Convención de la ONU) fue un hito para el colectivo. Entró en vigor una vez ratificada por veinte países, el 3 de mayo de 2008, y desde entonces muchos otros se han ido adhiriendo a ella. España ratificó el texto el 3 de diciembre de 2007, y entró en vigor el 3 de mayo de 2008.

Estamos hablando del primer gran instrumento jurídico que garantiza los derechos humanos a las personas con discapacidad. Consta de un preámbulo y cincuenta artículos, que recogen derechos de carácter civil, económico, social, político y cultural. Queda dispuesta de la siguiente manera:

- Artículo 1: Propósito de la Convención.
- Artículo 2: Comunicación alternativa y aumentativa, lenguaje sencillo, ajustes razonables, diseño universal.

- Artículo 3: Principios generales:
 - Respeto de la dignidad inherente, autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.
 - No discriminación.
 - Participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.
 - Respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas.
 - Igualdad de oportunidades.
 - Accesibilidad.
 - Igualdad entre el hombre y la mujer.
 - Respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.
- Artículos 4-7: obligaciones de los Estados miembro para con las personas con discapacidad, estableciendo mandatos específicos (de igualdad y no discriminación –artículo 5– y para mujeres con discapacidad –artículo 6– y niños y niñas con discapacidad –artículo 7–).
- Artículos especialmente sensibles (8-18, 19-20, 21-28, 29-32): derecho a vivir independientemente y ser incluido en la comunidad, a la movilidad de las personas, habilitación y rehabilitación, derecho a una calidad de vida adecuada, derecho a la participación en la vida política y pública, a la vida cultural, a la recreación y el deporte.
- Artículos 33-39: regulan la presentación de informes y el seguimiento de la Convención, incluidas instituciones nacionales de derechos humanos.
- Artículos 40-50: atienden la ratificación, entrada en vigor y las enmiendas del propio texto. El artículo 49 exige también que la Convención esté disponible en formatos accesibles.

Siguiendo los principios del modelo social, la Convención define la discapacidad de la siguiente manera:

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás.

Con la Convención promulgada, se supera de manera oficial el denominado modelo médico/rehabilitador. En la misma definición, entiende que la discapacidad

está originada no tanto por las limitaciones personales como por las restricciones de una sociedad que no ha tenido en cuenta a las personas con discapacidad para su diseño y crecimiento (la mayor o menor accesibilidad del entorno, la existencia de ayudas o técnicas de autonomía apropiadas, las actitudes o normas sociales...). Así, no se trata de que sean las personas con discapacidad quienes tengan que adaptarse al entorno para desarrollarse como personas y ciudadanos, sino que es la propia sociedad la que debe redefinirse para garantizar su inclusión. Baste este ejemplo: no se trata de que una persona con discapacidad no pueda utilizar el transporte público, sino que podría hacerlo si este fuera accesible. El origen del problema se ha desplazado de la persona con discapacidad a su exterior.

De hecho, en el preámbulo de la Convención se afirma que:

La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

La discapacidad como un concepto dinámico, vivo. Esta es una noción innovadora, al igual que la inflexión que supone el artículo 12 de la Convención, relativo a la **capacidad jurídica**. En este artículo no solo se reconoce que “todas las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de su vida”, sino que se insta a los Estados a adoptar aquellas medidas oportunas para proporcionarles “el acceso al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica”.

La regulación tradicional estaba regida por una perspectiva médico/rehabilitadora, por lo tanto, dificultaba la capacidad y el derecho de una persona con discapacidad a gobernarse a sí misma. La Convención, en cambio, presupone la capacidad jurídica y la preserva, estableciendo que la discapacidad, por sí misma, nunca puede ser un motivo para limitarla. Se ha producido otro gran avance: reemplazar la sustitución en la toma de decisiones por el apoyo para tomarlas cuando las condiciones no son óptimas. No se limita la autonomía jurídica, se potencia.

Entre los derechos reconocidos en la Convención, cabe destacar el relativo a la **accesibilidad** (artículo 9):

A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales.

Para hacerlo efectivo, entre otras medidas, la Convención propone eliminar obstáculos y barreras de acceso en edificios, vías públicas, transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo y en los servicios de información y comunicaciones.

El referido a **educación** (artículo 24) es otro de sus apartados de mayor calado:

Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación (...) y asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles, así como la enseñanza a lo largo de la vida (...) para garantizar el desarrollo pleno del potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana.

Para ello, cada país ha de asegurarse de que las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación y puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás, en la comunidad en que vivan, facilitando medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión.

Otro artículo significativo de la Convención es el 25, centrado en la **salud**:

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad (...) para ello adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud.

La Convención insta a proporcionar a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que para el resto de ciudadanos, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población, al tiempo que prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando estos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable.

El apartado dedicado al **trabajo y empleo** (artículo 27) es también especialmente trascendente:

Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad.

Como medidas garantes, los países prohibirán la discriminación por motivos de discapacidad con respecto a todas las cuestiones relativas a cualquier forma de empleo, incluidas las condiciones de selección, contratación y empleo, la continuidad en el empleo, la promoción profesional y unas condiciones de trabajo seguras y saludables; se estimulará la contratación pública de personas con discapacidad y se promoverá su contratación en el sector privado mediante políticas y medidas pertinentes.

La Convención **no crea nuevos derechos**, sino que enuncia los derechos existentes de manera que atienden a las necesidades y la situación de las personas con discapacidad. Por tanto, contiene los mismos derechos civiles, políticos, culturales, económicos y sociales ya reconocidos para todos los hombres y mujeres, sobre la base del derecho a la igualdad ante la ley y la no discriminación.

Para hacer efectivos esos derechos, la Convención establece una serie de obligaciones, principios y medidas para aquellos Estados que la ratifiquen:

- Respeto: reconociendo el derecho y no interfiriendo en su ejercicio.
- Protección: penalizando la vulneración de dichos derechos por terceros.

- Garantizar la igualdad de oportunidades en el ejercicio de los derechos (por medio de la accesibilidad, el diseño universal, el apoyo a la toma de decisiones, la habilitación y rehabilitación, la recopilación de datos y estadísticas y la divulgación).

Por último, cabe destacar que, si bien los tratados internacionales nunca han mostrado especial sensibilidad para con la discapacidad, hay varios textos que pueden considerarse antecedentes de la Convención. Entre ellos: la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** de la ONU, de 1948; el **Convenio Europeo de Derechos Humanos** de 1950; el **Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad** de la ONU, de 1982; la **Convención sobre los Derechos del Niño** de la ONU, de 1989; las **Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad** de la ONU, de 1994; la **Declaración de Salamanca** y marco de acción sobre las necesidades educativas especiales, impulsada por la Unesco, en 1994; el **Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina**, de 1997, o la **Declaración del Milenio** de la ONU, de 2000.

Para profundizar en el contenido y la trascendencia de la Convención, se pueden consultar los siguientes enlaces:

- Texto íntegro de la Convención:
<https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf>
- Texto de la Convención en lectura fácil:
<https://www.cedd.net/es/publicaciones/Record/194669>
- Colección 'Convención ONU', del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad:
<https://www.cermi.es/es/colecciones/onu>
- Por un mundo accesible e inclusivo. Guía básica para comprender y utilizar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad:
<https://www.discapnet.es/areas-tematicas/nuestros-derechos/tus-derechos-fondo/convencion-internacional>

Directiva europea

La directiva es uno de los instrumentos jurídicos de que disponen las instituciones europeas para aplicar las políticas al territorio común. Es un instrumento flexible: establece una obligación, pero deja a los países miembro libertad con respecto a los medios para hacerla efectiva.

En materia de discapacidad, destaca la **Directiva 2000/78/CE**, del 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el **empleo y la ocupación**, que establece un marco general para combatir la discriminación por motivos de religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual en el ámbito del empleo.

Desde 2001, el **Foro Europeo de Discapacidad** (EDF), organización que representa a unos cincuenta millones de europeos con discapacidad y sus familias, trabaja para que se elabore una directiva europea sobre discapacidad que garantice la plena inclusión y participación en igualdad de condiciones en la sociedad y que facilite la plenitud práctica de la Convención.

Estrategia europea

La **Estrategia Europea de Discapacidad 2010-2020** es un instrumento que establece una serie de disposiciones para que las personas con discapacidad puedan disfrutar plenamente de sus derechos y participar en la sociedad y la economía en igualdad de condiciones.

La Estrategia se basa en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y complementa la Estrategia Europa 2020 para un Crecimiento Inteligente, Sostenible e Integrador, y la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea del Tratado de Lisboa.

Contempla ocho ámbitos de acción conjunta entre la Unión Europea y los países miembro: accesibilidad (asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a bienes, servicios y dispositivos de asistencia); participación (asegurar que las personas con discapacidad puedan ejercer todos sus derechos fundamentales como ciudadanos europeos); igualdad; empleo; educación y formación; protección social; sanidad y acción exterior (fomentar los derechos de las personas con discapacidad a escala internacional).

La Constitución española

En sus 169 artículos, la Constitución española de 1978, norma suprema del ordenamiento jurídico español, a la que están sujetos todos los poderes públicos así como sus ciudadanos, apenas recoge mención explícita a la discapacidad. Sin

embargo, salvaguarda los derechos de las personas con discapacidad desde una doble óptica. Por un lado, la prohibición de cualquier tipo de discriminación, en su artículo 14:

Los españoles son iguales ante la Ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

Y, por otro, el mandato a los poderes públicos a valerse de “políticas de atención”, en su artículo 49:

Los poderes públicos realizarán una política de revisión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos (Título I. De los derechos y deberes fundamentales).

Ambas concepciones, la renuncia a todo tipo de discriminación y la obligación de los poderes públicos a garantizar la inclusión, permiten avanzar en la igualdad de oportunidades y en la autonomía e independencia de las personas con discapacidad, si bien, al igual que el concepto de discapacidad recogido por la Convención, ha de ser un texto vivo y nunca fosilizado ante las demandas sociales.

De hecho, hay diversas iniciativas que proponen modificar la Constitución para sustituir la **expresión “disminuidos”**, referida a las personas con discapacidad, lo que supone un reflejo más, en este caso terminológico y conceptual, del cambio de paradigma (del médico y asistencial a uno basado en derechos humanos) del que venimos hablando.

Otros artículos constitucionales que revierten de forma directa en las personas con discapacidad son el 9.2:

Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o

dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

Y el artículo 10, en sus dos apartados:

La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.

Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.

El texto íntegro de la Constitución se puede consultar en el siguiente enlace:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social

En enero de 2013 entraba en vigor el **Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social**, más conocida como “ley general de discapacidad”, elaborada con la implicación y consenso de las principales entidades y asociaciones dedicadas a la discapacidad.

Esta norma, como su propio nombre indica, refunde en una única las tres leyes genéricas sobre discapacidad existentes en España hasta ese momento:

- Ley 13/1982 de Integración Social de Minusválidos (LISMI).
- Ley 51/2003 de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (LIONDAU).
- Ley 49/2007, por la que se establece el Régimen de Infracciones y Sanciones en Materia de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad.

La ley contempla distintas áreas:

- **Ámbito de protección de la salud**, donde se recoge que se establecerán principios y normas de coordinación de las distintas actuaciones públicas para la prevención de la discapacidad. Además, se insta a las Administraciones a desarrollar las actuaciones necesarias para realizar una atención sociosanitaria efectiva y eficiente. Estipula que, en cuanto a los equipos multiprofesionales de calificación y reconocimiento del grado de discapacidad, además de valorar las limitaciones y barreras a las que se enfrentan las personas con discapacidad, valorarán también sus capacidades y habilidades.
- **Ámbito de la educación**, en el que se conmina a garantizar un sistema educativo inclusivo, atendiendo las distintas necesidades del alumnado con discapacidad, mediante la regulación de los apoyos y ajustes correspondientes.
- **Ámbito del empleo**, donde se clasifican por primera vez los tipos de empleo a través de los cuales las personas con discapacidad pueden ejercer su derecho al trabajo:
 - **Cuota de reserva del 2%** (en su artículo 42.1, aquellas empresas públicas y privadas que emplean a 50 o más trabajadores están obligadas a que, al menos, el 2% de estos tengan el certificado de discapacidad).
 - **Excepcionalidad y medidas alternativas**, mecanismo para facilitar a las empresas el cumplimiento de la ley mediante vías diferentes a la contratación directa cuando la empresa justifica imposibilidad para incorporar trabajadores con discapacidad.

También recoge otras cuestiones no menos importantes, entre otras:

- La regulación de las prestaciones sociales y económicas
- La atención integral
- La vida independiente (incluyendo la accesibilidad)
- El derecho a la protección social
- El derecho a la participación cívica
- Medidas de igualdad de trato
- Las obligaciones concernientes a los poderes públicos
- La igualdad de oportunidades y no discriminación
- Régimen de infracciones y sanciones

El contenido íntegro del Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y su Inclusión Social se puede consultar en:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-12632-consolidado.pdf>

También en lectura fácil:

<https://www.cedd.net/es/publicaciones/Record/539412>

Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia

La **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia**, más conocida como “ley de dependencia” (aunque hay que observar que al denominarla así adquiere mayor peso la dependencia frente a la autonomía, lo cual vuelve a situarnos en el aspecto ‘negativo’), establece un conjunto de servicios y prestaciones destinados a la promoción de la autonomía personal, así como a la protección y atención a las personas, por medio de servicios públicos, abriendo la posibilidad de su gestión a entidades privadas (en régimen de gestión mixta).

El texto define autonomía personal como la

capacidad de controlar, adoptar y tomar por propia iniciativa decisiones personales, así como desarrollar las actividades básicas de la vida diaria

y dependencia como el

estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Los servicios que garantiza esta ley son cinco:

- Prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal, dirigidas a mantener y potenciar la capacidad personal

para tomar decisiones y realizar las actividades básicas de la vida diaria (formación en hábitos de vida saludables, prevención, estimulación cognitiva, acceso a productos de apoyo o la rehabilitación psicosocial, etc.)

- Teleasistencia.
- Ayuda a domicilio, para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y cobertura de las necesidades domésticas.
- Centro de día y de noche, que ofrece una respuesta integral de carácter sociosanitario e interdisciplinar a quienes presentan alguna dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- Servicio de atención residencial.

Respecto a las prestaciones económicas recogidas en la ley destacan:

- Prestación económica vinculada al servicio: cuando no sea posible el acceso al servicio público o concertado (centros de día, centros de noche, asistencia en clínicas públicas, etc.) y se necesite de uno privado.
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (y apoyo a cuidadores no profesionales).
- Prestación económica de asistencia personal, para la promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia, en cualquiera de sus grados.

Asimismo, la ley facilita la labor cuidadora incluyendo cursos de formación y de apoyo a personas cuidadoras no profesionales.

En su artículo 1.1, la ley establece que, para garantizar “la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”, se creará un **Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)**.

El SAAD es el conjunto de servicios y prestaciones económicas destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia, a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados, que contribuye a la **mejora de las condiciones de vida** de las personas, permitiéndoles desenvolverse con un **mínimo de autonomía e independencia**, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y

objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas. Su trabajo responde a una acción coordinada y cooperativa entre la Administración General del Estado y las comunidades autónomas, con la participación, en su caso, de las entidades locales.

Se puede consultar el texto íntegro de la ley en este enlace:

<https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>

Otras normas de interés

La Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas, es un texto normativo **pionero en Europa**, y supuso la respuesta a una reivindicación histórica del movimiento asociativo, en este caso, de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.

Más conocida como “ley de lengua de signos y apoyo a la comunicación oral”, garantiza el derecho de elección de las personas sordas entre la lengua oral o la lengua de signos como vehículo de comunicación. Por tanto, reconoce y regula la lengua de signos española como la lengua de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas en España que libremente decidan utilizarla. Al mismo nivel, asegura igualmente el derecho de las personas sordas a aprender y usar la lengua oral, y establece la obligación de los poderes públicos de facilitar, para quienes elijan esta opción, los medios de apoyo que precisen para aprenderla y utilizarla. Por último, reconoce los derechos de las personas sordociegas y observará sus necesidades específicas.

El texto íntegro de la Ley 27/2007 se puede consultar en:

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-18476>

Otra de las normativas más avanzadas es la **Ley Orgánica 2/2018, de 5 de diciembre, para la modificación de la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral General para garantizar el derecho de sufragio de todas las personas con discapacidad**. La modificación extendió el derecho de voto a las personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental o deterioro cognitivo. Según el texto, las personas a las que se les hubiera limi-

tado o anulado de sufragio por razón de discapacidad “quedarán reintegradas plenamente en el mismo por ministerio de la ley” sin que tengan que realizar ningún tipo de gestión o trámite por su parte.

Esta ley puede consultarse en la siguiente dirección:

<https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/2>



3

**El lenguaje correcto
para cada tipo
de discapacidad**

La imagen de la discapacidad en los medios de comunicación

Basta con preguntar a cualquier persona con discapacidad o a las asociaciones y entidades que se dedican a mejorar su calidad de vida; es más, basta con detenerse un instante en analizar de manera crítica las informaciones que versan sobre la discapacidad para advertir que el tratamiento no es bueno. O, en todo caso, es manifiestamente mejorable. En general, son contenidos:

- **Sensacionalistas:** hay una intencionalidad de impacto en el titular.
- **Estereotipados:** tanto del lado de la discapacidad como objeto de paternalismo (la persona con discapacidad no puede llevar una vida autónoma, requiere asistencia, su esfera personal y profesional es lúgubre...), como del lado de la discapacidad como fuente de heroicidad.
- **Sesgados:** los profesionales de la información tienden a incidir en los rasgos diferenciadores en vez de subrayar aquellos que comparten con el resto de ciudadanos.
- **Despersonalizados:** los contenidos referidos a la discapacidad suelen provenir de las distintas fuentes institucionales (organismos y cargos públicos), o de las entidades dedicadas a la discapacidad. Sería recomendable, en la medida de lo posible, poner rostro a estas informaciones incluyendo el testimonio de personas con discapacidad que se vean concernidas por la información.

Es obvio que no hay una intencionalidad en los profesionales de la comunicación, condicionados por una sempiterna prisa, sino una falta de conocimiento sobre el colectivo. No obstante, que las informaciones relativas a la discapacidad reciban un tratamiento adecuado es de importancia vital por dos razones:

- Los medios de comunicación no solo construyen la imagen de la discapacidad, sino que trasladan a la ciudadanía las **maneras de ser y estar**

en el mundo de la persona con discapacidad, contribuyendo a configurar y definir no solo su idiosincrasia sino su mejor y natural **inclusión** en la sociedad.

- Los medios de comunicación intervienen en los procesos de **socialización** de las personas, cincelandando la cultura de cada colectivo.

Por tanto, los medios de comunicación son cruciales para conseguir la normalización de la presencia de las personas con discapacidad en la sociedad. No se está pidiendo que se pongan al servicio de ellas, sino que la información que ofrezcan se ajuste a rigor. La imagen de la discapacidad que forjan los medios de comunicación contribuye a **transformar la actitud** de quien la recibe; si se manejan estereotipos o clichés, estos permanecerán intactos en los receptores.

La discapacidad es un asunto que cada día genera más información. No olvidemos que, según datos de la Organización Mundial de la Salud, alrededor de **mil millones de personas en el mundo conviven con algún tipo de discapacidad**, y la mayor esperanza de vida a la que nos enfrentamos no hará sino aumentar esta cifra.

Las investigaciones realizadas en España¹ advierten una mayor presencia de la discapacidad en los medios regionales y locales que en los de proyección nacional. Aun así, las conclusiones son más que interesantes:

- Diariamente, es fácil encontrar una pieza relativa a la discapacidad, en cualquiera de sus vertientes.
- Una de cada tres informaciones referidas a la discapacidad se publica en fin de semana en los medios locales y a la inversa en los medios de comunicación nacionales.
- La mayoría de las informaciones aparecen en la sección de "Sociedad".
- Sigue predominando el enfoque maniqueo: o bien las personas con

¹ Los estudios a los que se hace referencia son, entre otros:

DÍAZ ALEDO, L., *La representación de la discapacidad en los medios de comunicación*, Comunicación y Ciudadanía, 2007.

VVAA, *Percepción de la imagen con discapacidad por los profesionales de los medios de comunicación*, Fundación ONCE, 2010.

RODRIGO RUIZ, P., *Análisis del tratamiento en la prensa de la discapacidad y dependencia en la Comunidad Valenciana*, Universitat Jaume I.

discapacidad son tratadas como sujetos a los que asistir (el enfoque médico y asistencial) o bien son sujetos de excepción (con habilidades o capacidades insólitas).

- Existe un titubeo en el manejo de expresiones referidas a la singularidad de las personas con discapacidad: a veces se habla de “lenguaje de sordomudos”, a veces de “lengua de sordos”, etc.; sigue existiendo una querencia malsana por el concepto “minusválido”, aunque la expresión exacta, “persona con discapacidad”, va ganando terreno.

Algunos ejemplos prácticos



Lo correcto en este titular hubiera sido emplear la expresión “personas en situación de dependencia”. Cuando sea posible, también se puede, utilizar el genérico “dependencia”, en alusión a la ley del mismo nombre, como en el siguiente ejemplo:

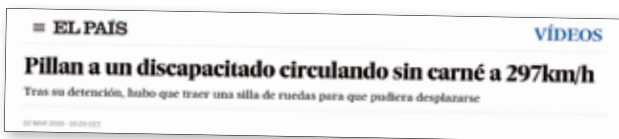


Peor y más sensacionalista es el titular que sigue a continuación, que enfoca la cuestión en la (supuesta) carencia de vida sexual de las personas con discapacidad:



El lenguaje correcto para cada tipo de discapacidad

Un ejemplo de cómo el hecho de la discapacidad no aporta en absoluto información al titular es el que sigue:



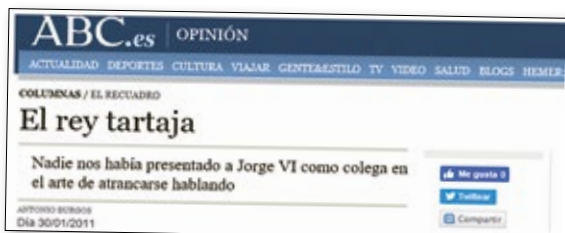
Por supuesto, la palabra “minusválidos”, aunque encabece una carta al director, hay que desterrarla, al igual que de otro tipo de informaciones:



Es cuestión de voluntad hablar con respeto en los titulares:



Recordemos que hay que huir de expresiones que pueden resultar hirientes, bien por su doble sentido, bien por utilizar palabras que menosprecian a la persona. Incluso en las columnas de opinión, por mayor proyección mediática que tenga el firmante:



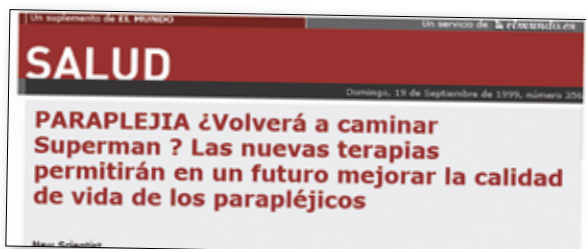
El empleo de expresiones infantiles para referirse a adultos con discapacidad intelectual, o el uso en determinados casos del diminutivo, están de más:



Otra acción necesaria es no vincular la discapacidad a contextos o significaciones que la coloquen del lado de la compasión:



Asimismo, es de capital importancia no frivolar con curaciones portentosas o mágicas:



El lenguaje correcto para cada tipo de discapacidad

Se evitará el uso de ciertas palabras que implican una carga negativa cuando se hable de la discapacidad, como “afectados” o “padecen” al igual que se preferirá “ingreso hospitalario” al sensacionalismo de “ingreso psiquiátrico”:



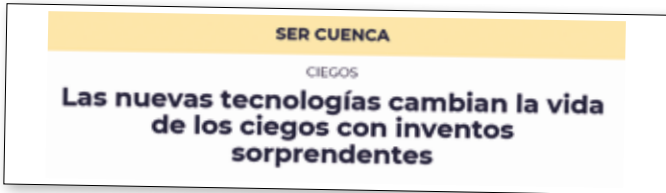
Un error común es hablar de “lenguaje de signos” o “lengua de señas”:



Lo correcto es utilizar “lengua de signos”:



Algo similar ocurre cuando se habla de “invidentes” en vez de “ciegos” o de “personas con discapacidad visual”:



Especialmente cuidadosos hay que ser en el tratamiento de informaciones relativas a enfermedad mental, huyendo de los sensacionalismos, como sucede en este titular. ¿Es necesario resaltar la condición de enfermedad mental?:



Recomendaciones generales para un uso correcto del lenguaje

Para evitar errores como los anteriormente señalados, a continuación se dan una serie de recomendaciones generales a tener en cuenta para que los medios de comunicación puedan ofrecer una imagen adecuada de las personas con discapacidad, huyendo de los estereotipos y los clichés:

- **Enfermedad y discapacidad:** en los medios de comunicación se manejan con cierta frecuencia los términos “**enfermedad**” y “**discapacidad**” como si fueran sinónimos, y ello es un tremendo error. Si bien son dos conceptos estrechamente vinculados, parece darse por sentado que la segunda no es más que una consecuencia de la primera, y no siempre, ni mucho menos, sucede. Por ejemplo, una persona con soriasis tiene una enfermedad, pero no una discapacidad; por el contrario, una persona con sordera presenta una discapacidad, pero no está enferma.

El vínculo entre enfermedad y discapacidad no es tan ineludible como parece. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Hay, por tanto, discapacidades provocadas por enfermedades, discapacidades que pueden derivar en una enfermedad, discapacidades que no son enfermedades y enfermedades que no causan discapacidad.

- Emplear la expresión **persona con discapacidad** que, pese a que pueda parecer un pleonasma, redundando en la idea de que, ante todo, la persona con discapacidad es una persona y, por tanto, sujeto de dignidad y objeto de derechos. Se desterrarán del uso vocablos impropios o vejatorios tales como:

- Discapacitado
- Minusválido
- Retrasado
- Oligofrénico
- Incapacitado
- Inválido

- Tullido
 - Lisiado
 - Imposibilitado
 - Impedido
 - Subnormal
 - Loco
 - Trastornado
- Del mismo modo, hay que **evitar expresiones** que se utilizan **para amortiguar la discapacidad**, y que originan más confusión que claridad. Según el manual de las normas de estilo del CERMI, hay que desterrar su uso, ya que la inmensa mayoría de las personas con discapacidad y su movimiento rechazan la utilización de este tipo de expresiones “por no sentirse identificadas con un léxico sin legitimidad ni respaldo social amplio”. También argumentan que “no describe la realidad sino que resulta confuso e incluso en ocasiones pretende ocultar esa realidad, atacando el enfoque inclusivo y de defensa de derechos”. Por ejemplo:
 - Personas con capacidades diferentes
 - Personas con diversidad funcional
 - Personas especiales
 - Evaluar si la **mención explícita a la discapacidad es o no relevante** para la enjundia de la información, en especial en el titular. En el ejemplo

Una persona con discapacidad desfalca a Hacienda

¿qué aporta, salvo el matiz amarillista, que el defraudador sea una persona con discapacidad? Lo mismo sucede con la mayoría de informaciones que aparecen en los medios de comunicación. Baste otro ejemplo:

Detenido un hombre por la muerte de una niña autista de 13 años

¿Qué aporta el dato de la discapacidad en el titular? ¿Es más monstruoso el asesinato de una niña autista que el de una niña que no presenta dicho trastorno? Estos ejemplos centran la atención en la discapacidad, cuando esta es, en la mayoría de los casos, irrelevante para la información.

- Evitar la **generalización**. No todas las personas con discapacidad intelectual son iguales, ni todas las personas con depresión actúan motivadas por las mismas razones, ni todas las personas con trastorno esquizoide tienen los mismos rasgos. Conviene evitar titulares del tipo:

Una esperanza para la lesión medular

Hay diversos tipos de lesión medular, y los avances médicos y técnicos que mejoran progresivamente la vida de quienes la presentan no revierten en cada una de las tipologías existentes.

- No enfocar la discapacidad como una tacha, como **algo negativo**. Es mejor que no concurra una paraplejia en una persona, pero a quien la tiene no se le puede recordar continuamente. Son muchas las personas con discapacidad que hacen de su vida cotidiana lo que el resto: vivirla con plenitud.
- Prescindir de **verbos o sustantivos que implican una carga negativa**: “soporta”, “padece”, “sufre”, “víctima”, “aqueja”, “postrado”..., y sustituirlos por otros más neutros como “presenta”, “manifiesta” o, simplemente, “tiene”.
- Al hacer la **contraposición entre las personas con discapacidad y el resto de ciudadanos**, evitemos expresiones del tipo “las personas con discapacidad, al contrario que las personas normales”.
- Utilizar el término **“inclusión” en vez de “integración”**. Incluir es más que integrar. Implica respuesta, reciprocidad. “Integración” sugiere que la persona con discapacidad es quien tiene que hacer el esfuerzo por ser uno más, mientras que “inclusión” es un término dinámico que implica que ambas partes, persona con discapacidad y sociedad, actúan para crear un entorno en el que todos quepan y se desarrollen, que disfruten de él en igualdad de condiciones, eliminando barreras.
- Emplear la expresión **“personas en situación de dependencia” en vez de “dependientes”** (en los titulares, por el menor espacio de que se dispone, se aceptará “personas dependientes”, incluyendo en el texto la expresión correcta, “personas en situación de dependencia”).

- No contribuir a los **bulos informativos**. A menudo leemos acerca de tratamientos mágicos que “curan” la discapacidad física, la ceguera o cualquier otra discapacidad. ¿Qué fiabilidad tienen? En ocasiones, a los medios de comunicación les puede el sensacionalismo de la noticia, pero hay que recapacitar sobre cómo informaciones de esta clase pueden resultar nefastas para quienes las asuman como ciertas y comprueben después que no lo son. Este tipo de información juega con las personas.
- Dar **voz a los protagonistas**. Si elaboramos un reportaje sobre alguna de las vertientes de la discapacidad, hablemos con quienes la conocen de primera mano y que complementarán la información obtenida de las fuentes administrativas.
- **Contrastar la información**. A menudo, cuando una persona con enfermedad mental protagoniza un acto luctuoso, es importante resaltar el carácter insólito del hecho para no transmitir que la enfermedad mental está asociada a riesgos para quienes conviven con ella. Según la Organización Mundial de la Salud, **la enfermedad mental no predispone a la violencia**, algo que resulta vital tener en cuenta para evitar informaciones en las que se relaciona ambas realidades.
- **Cuidado con el humor**. Cuando hablamos del “autismo” o de la “sordera/ceguera” de tal o cual personaje público, estamos banalizando cuestiones que tienen consecuencias para muchas personas. Tratemos de no frivolar.
- Recordar que la discapacidad es una condición que concurre en la persona, pero que no la define; por tanto, **no centremos la información en sus limitaciones sino en sus capacidades** como tal.
- Agregar la **perspectiva de género**. Las mujeres con discapacidad se enfrentan a una doble discriminación e incluir esta perspectiva facilita su inclusión. Cuando la discapacidad de la que se habla tenga mayor prevalencia en ellas (fibromialgia, lupus, síndrome de fatiga crónica, etc.) es recomendable indicarlo, siempre que sea posible, en el titular.
- En cuanto al **uso de la imagen**, al igual que se procedería con cualquier otra persona, evitar emplear imágenes que denigren la **dignidad** del sujeto

con discapacidad. Asimismo, es recomendable acompañar las informaciones con imágenes que muestren la normalización de la vida de las personas con discapacidad, soslayando aquellas que las colocan en situaciones o casos extremos. De igual modo, habría que evitar el empleo de imágenes melodramáticas, dando preferencia a otras más normalizadas (personas con discapacidad tomando el autobús, el metro, trabajando, etc.).

- Incluir en la información referencias a aquellos servicios (públicos o privados) y/o entidades que puedan **mejorar la situación** que reflejamos.
- Las personas con discapacidad no son meros receptores de ayudas, su realidad enriquece al conjunto de la sociedad, como cualquier otro colectivo. Conviene, por tanto, ofrecer una **imagen dinámica y activa de la discapacidad**.
- Incorporar la discapacidad en la agenda de temas de actualidad para **acabar con la invisibilidad de este colectivo**. La sociedad es plural y diversa, y del mismo modo que se informa sobre otras realidades que la componen, es necesario **hablar de discapacidad para contribuir a su normalización**. Hay mucho 'día internacional' que puede servir como excusa, aunque lo ideal sería informar sobre esta realidad más allá de aniversarios.
- En la medida de lo posible, sería conveniente hacer **referencia a la discapacidad**, además de en las informaciones específicas que tratan sobre ella, en aquellas otras que atañen a la población en general (por ejemplo, al abordar los datos de empleo o de formación superior, etc.). Su **inclusión de manera transversal en la información de carácter general** (empleo, educación, transportes, etc.) ayudará a su normalización.
- **Contextualizar** la información, de manera que se contribuya a que el público destinatario tenga una visión más ajustada y real de la discapacidad.
- **Evitar los casos extremos**. Así como no todas las personas con discapacidad presentan una situación de dependencia que les impida desarrollarse como personas, ni viven en una situación vital dramática, tampoco hay que generalizar, en el sentido contrario, hasta el punto de vincular discapacidad y heroicidad. Cualquiera de los dos extremos es perjudicial para el colectivo, y dista mucho de ser veraz.

Tipos de discapacidad y la terminología adecuada para cada uno de ellos

La discapacidad se puede clasificar en cuatro grandes grupos: sensorial, física, mental e intelectual. En las páginas que siguen se incluye una breve explicación de cada uno de esos tipos de discapacidad, acompañada de recomendaciones sobre la terminología más adecuada para referirse a ellos.

1. Discapacidad sensorial

La discapacidad sensorial es la que afecta, como su propio nombre indica, a los sentidos, y en ella se encuadran la **discapacidad visual** y la **discapacidad auditiva**. Aunque su prevalencia es mucho menor, también existen **trastornos del gusto, tacto y del olfato**, que pueden causar discapacidad, como la hipoa-gusia (disminución en la recepción del gusto), la ageusia (ausencia absoluta del gusto), la anosmia (incapacidad para detectar olores), la parosmia (una modificación en la percepción normal de los olores) o la hiperestesia (sensación exagerada de los estímulos táctiles, como la sensación de cosquilleo o embotamiento).

✦ Discapacidad visual

La discapacidad visual incluye, en un amplio espectro, desde la ceguera a los problemas de visión de diferente grado. Sus causas más comunes son:

- Origen hereditario:
 - Acromatopsia o monocromatismo: anomalía que solo permite percibir los colores blanco, negro y gris en todas sus tonalidades.
 - Albinismo: carencia total o parcial de pigmento, sensibilidad extrema a la luz y fotofobia.
 - Cataratas congénitas.
 - Retinosis pigmentaria.
 - Miopía degenerativa.
 - Glaucoma.

- Origen congénito:
 - Anoftalmia: ausencia del globo ocular o no desarrollo del mismo.
 - Atrofia del nervio óptico: pérdida de la agudeza visual y trastornos en la percepción de colores.
 - Rubéola: enfermedad transmitida por la madre y que puede producir trastornos en los ojos del feto.
- Origen traumático o derivado de otras enfermedades:
 - Retinopatía del bebé prematuro (trastornos en la retina, resultado de la excesiva administración de oxígeno en la incubadora).
 - Retinopatía diabética (desprendimiento de la retina).
 - Trastornos producidos por tumores, virus o tóxicos.

DATOS DE INTERÉS

- En el mundo hay alrededor de **253 millones de personas con ceguera** (36 millones) y **discapacidad visual** (217 millones).
- En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística, **979.200 personas presentan algún tipo de discapacidad visual**, de las cuales 58.300 son ciegas y 920.900 tienen baja visión.
- El 81% de las personas con ceguera o discapacidad visual moderada a grave son mayores de 50 años.
- Las enfermedades oculares crónicas son la principal causa mundial de pérdida de visión. Las cataratas no operadas siguen siendo la principal causa de ceguera en los países de ingresos medios y bajos.
- La prevalencia de enfermedades oculares infecciosas, como el tracoma y la oncocercosis, ha disminuido de forma significativa en los últimos 25 años.
- Más del 80% del total mundial de casos de discapacidad visual se pueden evitar o curar.

RECOMENDACIONES

- Se preferirá “**ciego**” o “**ciega**” o “persona con discapacidad visual”, **evitando el uso de “invidente”**.
- Persona “**sordociega**” y “**sordoceguera**” (la condición) forman una única palabra, no dos.
- Al hablar de “**braille**”, el sistema de lectoescritura táctil para ciegos y personas con deficiencia visual basado en un conjunto de puntos, se escribirá en minúscula. **Son incorrectas las expresiones:**
 - lenguaje braille
 - lengua braille
 - idioma braille

En cambio, cuando se aluda a su creador, el francés **Louis Braille** (1809-1852), ciego desde los tres años y profesor para ciegos en un instituto parisiense, se utilizará la mayúscula.

👂 Discapacidad auditiva

Por su prevalencia, la gran discapacidad sensorial es la **auditiva**, desde la sordera a la hipoacusia –resto de audición que le queda a una persona y que puede solucionarse con el uso de audífonos–. La discapacidad auditiva puede ser, a su vez:

- **Prelocutiva:** la pérdida auditiva está presente antes de que se haya desarrollado el lenguaje.
- **Postlocutiva:** la pérdida auditiva aparece cuando ya existe el lenguaje.

La discapacidad auditiva puede estar ocasionada, entre otras causas, por:

- La edad. Según las estadísticas, más del 40% de la población española mayor de 65 años tiene pérdidas auditivas.
- El ruido. La exposición prolongada puede generar pérdida de audición.

- Factores hereditarios. Los antecedentes familiares de hipoacusia por causa del gen conexina-26 pueden transmitirse.
- Infecciones.
- Otosclerosis (afección que resiente la movilidad de los huesos del oído medio, reduciendo la eficiencia en la trasmisión de las vibraciones).
- Agentes ortotóxicos (determinados fármacos, alcohol y tabaco).

DATOS DE INTERÉS

- En el mundo hay **360 millones de personas con distintos grados de discapacidad auditiva o sordera**, es decir, el 5% de la población mundial. De ellas, 32 millones son niños.
- Según el INE, en España hay algo más de **un millón de personas con sordera o discapacidad auditiva**.
- Las **infecciones crónicas** del oído son una causa principal de pérdida auditiva.
- El **ruido** es una importante causa evitable de pérdida auditiva.
- Casi una de cada tres personas mayores de 65 años padece pérdida de audición.



RECOMENDACIONES

- No todas las personas son usuarias de la lengua de signos, ni todas utilizan apoyos para la comunicación oral.
- Se hablará de “personas sordas”, “personas con sordera” o “personas con discapacidad auditiva”, **jamás de “sordomudos” o “sordomudas”**.
- Las personas con discapacidad auditiva pueden utilizar **audífonos o implantes cocleares** (un sistema de alta tecnología que transforma las señales acústicas en eléctricas para estimular el nervio auditivo). No hay que emplear el término **“sonotone”**.
- No existe una única **lengua de signos** para toda la comunidad de usuarios. Puede haber tantas lenguas de signos como idiomas. En nuestro país, **la española y la catalana están reconocidas oficialmente**, aunque existen distintas variedades dialectales (gallego, vasco, valenciano, canario y andaluz oriental). Se escribirá como el resto de idiomas cuando los nombramos, en minúscula.
- La **lengua de signos no es la lengua natural** de todas las personas sordas; esta dependerá de la que cada persona haya aprendido en su entorno familiar.
- Las personas sordas no utilizan traductor, sino **intérprete de lengua de signos**.
- Es incorrecto emplear la generalidad **“cultura sorda”** o **“comunidad sorda”**, que, si bien utilizan las personas usuarias de lengua de signos, no incluye a la totalidad del colectivo que presenta sordera.
- Cuando se mencione la normativa que regula el uso de la lengua de signos, ha de mencionarse por su nomenclatura exacta y completa: **Ley de Lengua de Signos y Medios de Apoyo a la Comunicación Oral para Personas Sordas**. De otro modo, parecería que el texto normativo solo incumbe a parte de las personas sordas (las usuarias de lengua de signos) excluyendo al resto (personas con discapacidad auditiva o personas sordas que utilizan otros medios de apoyo para la comunicación).
- Los **intérpretes de lengua de signos** son un instrumento para la comunicación entre personas. Por muy inusual que haya sido su presencia en otros tiempos, no se debe centrar la atención en ellos.

2. Discapacidad física

Se produce por la disminución o ausencia de las funciones motoras o físicas debido a la ausencia o alteración del movimiento de alguno de los miembros del cuerpo, reduciendo la capacidad de movilidad cotidiana.

La mayor parte de la discapacidad física (más de un 80%) es sobrevenida, es decir, se produce después del nacimiento, generalmente de forma traumática (zambullidas, accidentes de trabajo o de tráfico, ictus, etc.), aunque en ocasiones está relacionada con problemas durante la gestación, problemas genéticos o complicaciones durante el parto.

Dentro de la designación genérica de discapacidades físicas, según el Observatorio de la Discapacidad Física², encontramos:

- Discapacidades físicas **orgánicas**, las que afectan a la cabeza, la columna vertebral y las extremidades inferiores y superiores.
- Afectación de **órganos y vísceras**, las que afligen a los aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo y urinario, así como a los sistemas metabólico e inmunológico.
- Déficits de las **estructuras musculares** relacionadas con el movimiento de las extremidades.

Según el número de extremidades y las partes del cuerpo a las que afecte la discapacidad física, se habla de:

- **Monoplejía**, la parálisis de una única extremidad
- **Paraplejía**, supone la parálisis en la mitad inferior del cuerpo
- **Tetraplejía**, pérdida de movilidad en todas las extremidades
- **Hemiplejía**, la parálisis de un lado del cuerpo

Como se ha especificado, la discapacidad física suele darse por una condición externa o, en menor porcentaje, por una cuestión genética o asociada al embarazo o el parto. En ocasiones, aparece por problemas que afectan al

² <http://www.observatoridiscapacitat.org/es>

cerebro, a la médula espinal o la propia musculatura. Estas son algunas de las más comunes:

- **Daño cerebral:**

- Daño Cerebral Adquirido (DCA). Es una lesión repentina en el cerebro. Presenta distintas secuelas, entre otras alteraciones físicas.
- Parálisis cerebral. Se produce durante el desarrollo cerebral del feto o el bebé. Produce graves efectos en la motricidad, como la rigidez, agitación, convulsiones o incluso una parálisis completa de la musculatura.

- **Daños en la médula espinal:**

- Lesión en la médula espinal. Se origina cuando la médula recibe demasiada presión y/o se le corta el riego de sangre y oxígeno. Por lo general, causa una discapacidad física permanente.
- Espina bífida. Es una formación incompleta de la espina dorsal en el útero, que puede derivar en discapacidad física como parálisis en las piernas.
- Esclerosis múltiple. Aparece cuando se daña la capa de mielina que recubre la médula espinal, y puede generar la pérdida de control motor y la disfunción del sistema locomotor.

- **Daños en la musculatura:**

- Distrofia muscular. Se trata de un conjunto de trastornos que debilitan y carcomen la masa muscular. Puede reportar dificultad para caminar, respirar o tragar.

RECOMENDACIONES

- **Una persona con discapacidad física no siempre es usuaria de una silla de ruedas.** Tampoco requiere siempre de una ayuda o báculo externo, como muletas. Hay personas con movilidad reducida que se manejan sin necesidad de ellas.
- No se debe hablar de **“enanos”**, término peyorativo de raíz, sino de **“personas con acondroplasia”** o **“personas de talla baja”**.
- Si se **entrevista a una persona usuaria de silla de ruedas**, lo indicado es **sentarse a su altura**; de otro modo (haciendo la entrevista de pie) se dará la imagen de asimetría respecto de ella. Además, al citarse con ella, hay que tener en cuenta que el **lugar de encuentro sea accesible**.
- No conviene abusar de **las imágenes que muestran los apoyos que utiliza la persona con discapacidad física**, está por encima de ellos, del mismo modo que tampoco hay que excederse en la imagen recurrente de la discapacidad en concreto (si el entrevistado carece de una de sus manos, resulta violento enfocar de manera constante a la amputación).

3. Enfermedad mental

La enfermedad o trastorno mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o de comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc.

No siempre es fácil establecer una causa-efecto en la aparición de la enfermedad mental, ya que son múltiples y en ella confluyen factores biológicos (alteraciones bioquímicas, metabólicas, etc.), factores psicológicos (vivencias del sujeto, aprendizaje, etc.) y factores sociales (cultura, ámbito social y familiar, etc.)

Las enfermedades mentales más comunes son:

- **Esquizofrenia.** Es una enfermedad grave, que afecta al 1% de la población, cuyos síntomas son un conjunto heterogéneo de alteraciones emocionales. La persona con esquizofrenia experimenta una grave distorsión,

cuando no absoluta disociación, entre sus pensamientos y emociones. Es frecuente que la persona oiga o vea cosas que no existen, se aisle de su entorno, descuide su aspecto, sus quehaceres o crea cosas que resultan inverosímiles. Se dan cinco tipos de esquizofrenia:

- Paranoide, que causa alucinaciones y delirios.
 - Desorganizada, que produce alteraciones severas en el estado de ánimo.
 - Catatónica, que afecta a los trastornos motores.
 - Indiferenciada, en la que coexisten varios síntomas sin que ninguno de ellos predomine.
 - Residual, cuyos síntomas son atenuados.
- **Trastornos del estado de ánimo.** Alteran el humor de la persona, condicionando su manera de estar en el mundo. Los más frecuentes son dos:
 - Trastornos depresivos, caracterizados por distintos grados de tristeza, desesperación, inhibición e hipoactividad.
 - Trastorno bipolar. Combina períodos de exaltación (fase maníaca) con otros de abatimiento (fase depresiva). La duración de cada fase es variable en cada persona, que por lo general disfruta de periodos largos de ánimo normalizado.
 - **Trastornos de la personalidad.** Se identifican porque la persona presenta una manera de sentir y de comportarse alejada de lo socialmente aceptado. Pueden causar inestabilidad emocional o grandes dificultades para relacionarse. Entre los distintos y variados tipos, destacan:
 - Paranoide: la persona mantiene un alto grado de desconfianza y una permanente sospecha, lo que la lleva a sentir que quienes la rodean actúan con maldad.
 - Esquizoide: la persona es indiferente a las relaciones sociales y apenas expresa sus emociones. Escoge actividades solitarias, nada le satisface y es impasible tanto al halago como a la crítica.
 - Esquizotípico: la persona entorpece o anula las relaciones interpersonales íntimas, y se considera objeto directo de cuanto sucede en el mundo. Por lo general, se maneja sustentada en el pensamiento mágico.

- Límite: la persona presenta una acusada inestabilidad en las relaciones con los demás, en la autoimagen y en el control de sus impulsos. Muestra una ira desproporcionada ante sucesos insignificantes.
- **Trastornos de ansiedad.** En este tipo de trastornos predominan de manera crónica el miedo y la inseguridad. Pueden ser de dos tipos:
 - Fóbico: la persona experimenta un miedo irracional y desproporcionado ante objetos o situaciones inocuas o cotidianas.
 - Obsesivo-compulsivo: la persona se rige por pensamientos persistentes, de los que es consciente y reconoce como absurdos, pero no los puede evitar.

Existen otras enfermedades mentales causadas por trastornos del sueño, sexuales, derivadas de la conducta alimentaria, etc.

DATOS DE INTERÉS

- **450 millones de personas en el mundo** se ven afectadas por una enfermedad mental, neurológica o conductual, que dificulta gravemente su vida.
- Menos del 25% de los afectados por una enfermedad mental es diagnosticado.
- Entre un 35 y un 50% de las personas con enfermedad mental de los países desarrollados **no recibe ningún tipo de tratamiento.**
- En España, el **9% de la población padece algún tipo de trastorno mental.**
- Las familias asumen la mayor parte de los cuidados de las personas con enfermedad mental.
- El **10% de las personas con discapacidad** lo son por causa de una enfermedad mental.
- El empleo es uno de los principales ámbitos de estigmatización: solo el **5% de las personas con enfermedad mental tiene un empleo regular**, y el 44% asegura haber sufrido algún tipo de discriminación laboral.

RECOMENDACIONES

- La enfermedad mental es una condición que no tiene por qué hacerse presente durante todo el trayecto vital de una persona. En cualquier caso, hay que extremar el cuidado en las informaciones que versan sobre esta cuestión, ya que **las personas con enfermedad mental son las más estigmatizadas** de todas, y la manera en la que se enfoque la pieza informativa será decisiva para enmendar esa realidad.
- Conviene no hablar de **“ingresos psiquiátricos”** sino de **“ingresos hospitalarios”**, e intentar manejar términos más inocuos como **“descompensación”** en vez de **“brote”**. Asimismo, evitaremos palabras como **manicomio, psiquiátrico, encierro, reclusión**, etc.
- No procede colocar en la enfermedad aquello que no le corresponde. Las personas son responsables de sus actos, **no todo lo explica la enfermedad**.
- Hay que evitar los titulares en los que se sustantiva la condición de las personas con enfermedad mental, como ocurre en este ejemplo: “Los esquizofrénicos tienen problemas a la hora de encontrar trabajo”.
- En las imágenes o ilustraciones que acompañen a informaciones relativas a enfermedad mental, se prescindirá de aquellas en las que aparecen personas en actitudes pasivas, sin ningún tipo de interacción social, quebrando así **el tópico de soledad y aislamiento** que acompaña a la enfermedad mental.
- Conviene ser cuidadoso con el uso de términos relativos a la salud mental en otros contextos, para **prevenir el uso peyorativo** de los mismos, tal como ocurre en el siguiente titular: “El miedo ante los ataques terroristas provoca psicosis en nuestra vida cotidiana”.

4. Discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual implica una serie de limitaciones en las habilidades que la persona aprende para funcionar en su vida diaria y le permiten responder ante distintas situaciones y lugares. Por ello, a las personas con discapacidad intelectual les cuesta más aprender, comprender y comunicarse.

Aunque, por lo general, la discapacidad intelectual se suele asociar en los medios con los trastornos del espectro autista y el síndrome de Down, hay otras muchas clases. Basten tres ejemplos, aunque la lista podría ser profusa:

- **Síndrome de Rett.** Ligado al cromosoma X, es un trastorno neurológico que origina retraso en el crecimiento de la cabeza y, por ende, una discapacidad intelectual. Se presenta, por lo general, en niñas, con una incidencia de un caso por cada 15.000.
- **Síndrome de Prader-Willi.** Es una patología congénita no hereditaria que, aunque principalmente se caracteriza por un apetito insaciable y problemas de conducta, es común que derive en discapacidad intelectual.
- **Fenilcetonuria.** Es una enfermedad hereditaria que perturba el modo en que el cuerpo procesa las proteínas y que puede provocar daños cerebrales.



DATOS DE INTERÉS

- Alrededor de un uno por ciento de la población en España presenta una discapacidad intelectual reconocida.
- Hay más hombres (57%) que mujeres (43%) con este tipo de discapacidad.

RECOMENDACIONES

- Cuando se informa sobre algún hecho protagonizado por personas con discapacidad intelectual, es frecuente observar cierta **terminología infantil o paternalista**. Palabras como “muchachos” o “chavales” se emplean con asiduidad al hablar de adultos, por ejemplo, con síndrome de Down.
- En el caso de **entrevistar a una persona con discapacidad intelectual** cuya dicción sea dificultosa, será conveniente **subtitular sus declaraciones**, de manera que puedan llegar en su totalidad al receptor (al igual que se hace cuando quien habla lo hace en un idioma que no es el oficial).

SOBRE EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

- Aunque son correctas la expresión “persona con autismo” y la palabra “autismo” para referirnos a la condición, las entidades que trabajan a favor de las personas con TEA prefieren el uso de la expresión “**persona con trastorno del espectro autista o persona con TEA**”, porque hablamos de una realidad poliédrica.
- **Trastorno** y no trastornos.
- Existen muchas **ideas preconcebidas en torno al TEA que es preciso desterrar**:
 - El **TEA solo se presenta en la infancia**. Es falso, el autismo se da en todas las etapas del ciclo vital.
 - El **TEA afecta solo a hombres**. Aunque la prevalencia es mayor en ellos, desde hace unos años está aumentando su diagnóstico en niñas y mujeres.
 - Las **personas con TEA viven aisladas**. Si bien es cierto que el autismo resiente las relaciones interpersonales, la persona con TEA no lo elige, y son muchas las que disfrutan con la compañía.
 - Las **personas con TEA no se comunican**. Es falso. Se comunican de una manera diferente, no todos usando el lenguaje verbal, y también sienten, algo que en ocasiones, pese a ser una perogrullada, pasamos por alto.
 - El **TEA conlleva una discapacidad intelectual**. No siempre ocurre.
 - El **TEA procura habilidades especiales**. De nuevo, son los perfiles extremos los que acaparan el interés de los medios de comunicación, pero no son representativos del total de la población a la que incumbe. En la popular serie ‘The Big Bang Theory’, encontramos un personaje, Sheldon Cooper, que presenta síndrome de Asperger (una de las manifestaciones del espectro autista) y es una persona tremendamente brillante, sagaz, mordaz e inteligente. Esto ocasionó numerosas piezas informativas dando por sentado que todas las personas con Asperger eran como Sheldon Cooper.

- Las **personas con TEA son agresivas**. Ya se especificó que no existe un vínculo entre discapacidad/enfermedad y violencia. Más bien sucede al contrario: son las personas con discapacidad las que soportan situaciones de violencia (burla, acoso, etc.)

- **Cuando se entreviste a una persona con TEA, es recomendable:**

- Si es posible, **envíarle con anticipación las preguntas**, para que la persona en cuestión pueda prepararlas.
- Utilizar un **lenguaje sencillo**, evitando las generalidades, las metáforas, la ironía y los dobles sentidos.
- Tratarla con **naturalidad**, no como a un niño.
- Procurar una **máxima empatía**; desde luego, jamás ver a la persona con TEA como algo exótico, como un “bicho raro”.



A modo de resumen

Expresiones genéricas	Incorrecto	Correcto
Discapacidad	- Discapacitado - Minusválido - Retrasado - Oligofrénico - Loco - Trastornado	- Persona con discapacidad
	- Integración	- Inclusión
Dependencia	- Dependientes - Personas dependientes	- Personas en situación de dependencia
Ceguera / discapacidad visual	- Invidente	- Ciego / ciega - Persona con discapacidad visual
	- Lenguaje braille - Lengua braille - Idioma braille	- Sistema braille
Sordera / discapacidad auditiva	- Sordomudo / sordomuda	- Personas sordas - Personas con sordera - Personas con discapacidad auditiva
	- Lenguaje de señas - Lenguaje de signos	- Lengua de signos
	- Sonotone	- Audífonos - Implante coclear
	- Traductor de lengua de signos	- Intérprete de lengua de signos
Discapacidad física	- Enano / enana	- Persona de talla baja - Persona con acondroplasia
	- Persona en silla de ruedas	- Persona usuaria de silla de ruedas
Enfermedad mental	- Ingreso psiquiátrico	- Ingreso hospitalario
	- Brote	- Descompensación



Contenidos accesibles

En este apartado se incluye una serie de recomendaciones sencillas y efectivas para que el contenido de la información sea accesible para las personas con discapacidad. No es exhaustivo, ni pretende convertir al profesional de los medios de comunicación en un experto en accesibilidad, sino constituir un punto de partida, con las pautas básicas para que aquellas personas que requieren un mayor nivel de accesibilidad de la información puedan recibirla. Que la información no sea accesible impide a las personas con discapacidad participar y obtener los beneficios del intercambio de conocimientos. Por información accesible, según el artículo 9 de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, entendemos:

Medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertas al público de uso público.

Accesibilidad no es lo mismo que facilidad de uso. La primera se refiere al hecho de garantizar a las personas con discapacidad ese acceso a la información en igualdad de condiciones que el resto. La facilidad de uso alude a la capacidad de crear una experiencia práctica y satisfactoria en el usuario.

A la hora de elaborar una información es importante tener en cuenta que no todo el mundo puede acceder a ella a menos que la hagamos accesible. Y para ello se requiere disposición, fundamentalmente, más que sofisticados programas o intrincadas codificaciones.

Para las informaciones audiovisuales, parece claro cuáles son las dificultades que tendrá una persona sorda, con discapacidad auditiva o visual y las personas ciegas: las personas con discapacidad auditiva o sordas, requerirán subtítulo, interpretación en lengua de signos o bien bucle magnético o de inducción (un sistema de sonido que transforma la señal de audio en un campo magnético captado por ciertos audífonos). Las personas ciegas necesitarán un servicio de audiodescripción para conocer aquello que sucede en la pantalla. Pero cuando escribimos un texto o montamos una pieza audiovisual, hay otros colectivos dentro de la discapacidad que precisan adaptaciones en materia de accesibilidad para comprender aquello que estamos contando.

A este respecto, las nuevas tecnologías se erigen como un perfecto aliado, pero también presentan ciertas dificultades en su uso cotidiano: las personas con discapacidad motora, por ejemplo, pueden encontrar obstáculos para manejar correctamente los dispositivos (el ratón, el teclado, etc.). A veces, se da



por hecho que la accesibilidad solo implica a la movilidad del cuerpo respecto del entorno físico. En ocasiones, se cree que la accesibilidad se reduce a eliminar los obstáculos para quienes son usuarios de silla de ruedas, cuando tiene muchos matices y aplicaciones para cada una de las discapacidades existentes.

Es cierto que hoy en día hay algunas ayudas técnicas que hacen posible que las barreras no sean tantas, por ejemplo:

- **Lector de pantalla:** es un programa que transforma el contenido textual del monitor y lo sintetiza en voz. Permite configurar aspectos como el idioma, para mejorar la pronunciación, y la velocidad de lectura. Los dos lectores más comunes son el JAWS y Windows Eyes.
- **Magnificador de pantalla:** es un programa que amplifica determinada zona del monitor, por lo general la que tiene el foco del cursor, como si fuera una lupa. Algunos sistemas integran, además, lectores de pantalla, opciones para configurar el tipo y tamaño de letra, etc.
- **Sistemas de reconocimiento de voz:** permiten introducir comandos o información al sistema a través de la voz, como alternativa al teclado o el ratón.
- **Línea de braille:** dispositivos que transforman en caracteres braille el texto de la pantalla.
- **Navegador solo de texto:** las personas ciegas o con discapacidad visual suelen utilizar navegadores solo de texto, que extraen el contenido textual, facilitando la labor de los lectores de pantalla y de las líneas de braille.
- **Emulador de teclado:** son teclados virtuales que aparecen en la pantalla y que permiten al usuario introducir texto manejando el ratón u otro sistema de control del cursor. Los utilizan personas con discapacidad motora, así como aquellas con dificultades para manejar el teclado.
- **Bucle magnético o de inducción:** es un sistema de sonido que transforma la señal de audio que todos podemos oír en un campo magnético captado por determinados audífonos, aquellos que están dotados de posición "T", que limpian el sonido de reverberaciones y ruidos.

Aparte de las ayudas técnicas, para que las personas con discapacidad puedan tener acceso a una determinada información es de suma importancia la forma en que esta se presenta y el propio contenido de la misma, aspecto

este último especialmente relevante en el caso de las personas con discapacidad intelectual o con problemas de aprendizaje. Por ello, a continuación se incluyen, junto a una aproximación a lo que es la “lectura fácil”, una serie de recomendaciones para hacer textos, imágenes y vídeos más accesibles a las personas con discapacidad, así como algunas pautas para elaborar subtítulo y audiodescripción, basadas en las *Directrices para obtener información accesible*, de la Agencia Europea para las necesidades educativas especiales y la inclusión educativa (<https://www.ict4ial.eu>).

Para asegurarnos de que la información que hemos elaborado es accesible, existen las Pautas para la Accesibilidad del Contenido Web (Web Content Accessibility Guidelines, WCAG) que evalúan y miden el grado de accesibilidad de los contenidos, reduciendo o incluso eliminando las dificultades detectadas. Desarrolladas por la Iniciativa sobre Accesibilidad en la Web (Web Accessibility Initiative, WAI), perteneciente al Consorcio World Wide Web (W3C), estas pautas están consideradas estándares internacionales de accesibilidad web.

Recomendaciones para un texto accesible

Las siguientes pautas son válidas tanto para soportes impresos como digitales:

- Utilizar un **lenguaje sencillo** y claro, evitando el exceso de oraciones subordinadas, abstracciones y vocablos cultos.
- Exponer la idea que se quiere transmitir de un modo **directo**, evitando, siempre que sea posible, los dobles sentidos, los juegos de palabras, la ironía, etc.
- Emplear, al menos, una tipografía de **cuerpo 12**.
- Elegir **fuentes tipográficas** que permitan una lectura clara, como Sans Serif, Arial, Helvetica o Verdana (para los textos digitales, se recomienda Verdana, Tahoma y Trebuchet).
- Uso de un interlineado y unos márgenes mayores a los acostumbrados.
- Utilizar los usos verbales en activa, en vez de pasiva, y evitar, en la medida de lo posible, el subjuntivo.
- No dar por supuesto un conocimiento previo del tema que se aborde.
- Ofrecer la posibilidad al usuario de **cambiar la fuente y el tamaño** de los textos en línea, de manera que pueda adaptarlos a sus necesidades.
- La **alineación del texto** será a la izquierda, en lugar del texto justificado,

ya que este complica la lectura en el caso de algunas discapacidades intelectuales.

- Emplear el **nombre completo** en vez de las abreviaturas y los acrónimos (o, si no es posible, al menos utilizarlo la primera vez que se mencione).
- Si se introducen palabras en **otros idiomas**, habría que indicarlo.
- Es importante que los textos en línea permitan al usuario la **navegación** únicamente a través del teclado o de métodos abreviados del teclado.
- No utilizar la negrita u otro tipo de **herramientas tipográficas** (cursiva, cambio de tamaño en el texto, etc.) para añadir información.
- Es importante que las **combinaciones de color entre el texto y el fondo** de pantalla o de papel tengan un alto contraste, de lo contrario, se añadirá dificultad a la lectura.
- La **información en color** que se proporcione ha de estar disponible también sin él.
- Se incluirán **equivalentes no textuales** (imágenes, vídeos, gráficos, etc.) para facilitar el acceso de aquellas personas que no pueden leer o tienen dificultades con la lectura.
- **Identificar estos equivalentes** no textuales (incluir pie de foto, describir las imágenes, etc.).
- Incluir en los vínculos una **etiqueta exclusiva** y bien descrita.

Recomendaciones para que una imagen sea accesible

Las imágenes completan la información. Al no constituir un mero recurso decorativo, también han de estar, por tanto, sometidas a una serie de pequeñas observaciones que permitan al público con discapacidad identificarlas y comprenderlas dentro de la información textual.

- Como norma general, cuanto más **limpia** sea la imagen, mejor (que no esté distorsionada, ni sea metafórica, ni tenga estímulos que despisten del mensaje que se quiera transmitir con ella).
- Se evitarán aquellas imágenes que **no aporten información** al texto.
- Todas las imágenes que incluyamos en la pieza informativa, llevarán **texto alternativo**, una opción que, por defecto, contiene cualquier programa de tratamiento de textos, más o menos cualificado. Esta descripción ha de ser lo más concisa posible.
- En la medida de lo posible, se evitarán imágenes en las que haya una

preponderancia del **rojo, verde, amarillo y gris claro**, para facilitar su acceso a las personas con discapacidad visual.

- Siempre que se pueda, emplearemos un **alto contraste de color** entre el texto y el fondo.
- Se evitarán los **fondos innecesarios** cargados de imágenes, formas o colores.
- Se evitarán **textos o hipervínculos ocultos** en las imágenes.
- El usuario ha de poder **escalar** el tamaño de las imágenes, siempre que la fotografía original lo permita.

Recomendaciones para que un vídeo sea accesible

Hay que tener en cuenta que las personas con discapacidad visual (parcial o con ceguera) necesitarán una audiodescripción de lo que muestra el vídeo, mientras que las personas sordas requerirán subtítulos que recojan los diálogos. Por tanto, las piezas audiovisuales incorporarán subtítulo, audiodescripción e interpretación en lengua de signos cuando proceda.

- Se proporcionará, anexo al vídeo, un **equivalente en texto** a su información sonora (sin que pierda contenido significativo).
- Se **resaltarán aquellas palabras clave** del contenido del vídeo en el equivalente en texto.
- El vídeo incluirá **controles de volumen**.
- Las posibles **alertas sonoras** que incluya el vídeo han de tener equivalentes visuales.
- Se **evitará la reproducción automática** de los vídeos.
- El vídeo incluirá funciones de **avance rápido, rebobinado y pausa** accesibles desde el teclado.

Pautas para elaborar el subtítulo

En 2003, AENOR publicó la norma UNE 153010, *Subtitulado para personas sordas y personas con discapacidad auditiva*, que recoge la filosofía de que el subtítulo es un requisito indispensable para conseguir la igualdad de oportunidades y la plena inclusión de las personas sordas y con discapacidad auditiva. De ella se extraen las siguientes indicaciones básicas:

- Los subtítulos se colocarán siempre en la **parte inferior** de la pantalla.
- Se usarán etiquetas con el **nombre del personaje** antes de su texto.
- Se le asignará un **color de subtítulo** a cada uno de los intervinientes en el vídeo, de manera que la persona sorda identifique quién habla en cada momento.
- Se incluirá la **información suprasegmental** que acompaña a cada una de las intervenciones (el énfasis, el enfado, los acentos regionales o extranjeros, etc.).
- Se indicará, asimismo, **lo que se oye** y aporte carga de significado (redoble de campanas, tráfico, un estornudo, etc.).
- Se aclararán los **elementos discursivos ajenos** al propio testimonio pero que pueden conferirle una mayor carga significativa (una pintada en la pared, lo que aparece en la pantalla del ordenador de quien habla, si lleva un mensaje en su atuendo, etc.).
- Se utilizarán **dos líneas de texto** para subtítular y, en casos excepcionales, tres. Nunca más.
- Se asignará el **color blanco** para aquellos personajes que apenas intervienen en la pieza audiovisual o cuya intervención no es significativa.
- Cuando en un mismo subtítulo intervienen dos personajes a los que se les ha asignado el blanco (porque son poco relevantes para la pieza), se empleará un **guion** en la segunda línea correspondiente a la intervención del segundo personaje.
- Si en los subtítulos se da cuenta del diálogo entre varios personajes, a cada uno de ellos se le asignará **una línea**.
- Los subtítulos de programas en diferido se colocarán **centrados** en la pantalla, mientras que los de los programas en directo irán justificados a la **izquierda**.
- Se recomienda que los subtítulos de una línea, que suelen tener una media de siete palabras (contando con que cada palabra tiene de media cinco caracteres), se mantengan **4 segundos en pantalla**, y los de dos líneas, que suelen contener una media de 14 palabras, se mantengan durante **6 segundos**.
- El subtítulo debe aparecer cuando el personaje **empieza a hablar** y desaparecer cuando termina su intervención.
- Se recomienda que la **sincronía sea especialmente estricta** en el caso de programas realizados en el mismo idioma que los subtítulos, lo que permite a las personas sordas con resto auditivo o que emplean ayudas técnicas apoyarse en el sincronismo labial-auditivo.

- Se deben subtítular las **canciones** y se hará sobre fondo amarillo y con caracteres azules, aunque a veces se transcriben en cursiva.
- En el caso de incluir intérprete de lengua de signos se utilizará un recuadro en la pantalla del **34% del total**, con fondo croma, y situado, siempre que sea posible, en el margen inferior derecho de la pantalla.

Pautas para elaborar la audiodescripción

La norma UNE 153020, *Audiodescripción para personas con discapacidad visual*, de 2005, establece los requisitos para la audiodescripción y elaboración de audioguías. Define la audodescripción como el

servicio de apoyo a la comunicación que consiste en el conjunto de técnicas y habilidades aplicadas con objeto de compensar la carencia de captación de la parte visual contenida en cualquier tipo de mensaje, suministrando una adecuada información sonora que la traduce o explica, de manera que el posible receptor discapacitado visual perciba dicho mensaje como un tono armónico y de forma más parecida a como lo percibe una persona que ve.

De ella se extraen las siguientes recomendaciones:

- La secuencia de trabajo sugerida es: **análisis previo** de la obra a audiodescribir; **elaboración del guion, revisión y corrección** del mismo; **locución y mezcla**.
- Las unidades de información se insertarán, en la medida de lo posible, **coincidiendo con los silencios**.
- Se **contextualizará** la trama, los ambientes y los efectos sonoros.
- Se especificará el **qué, cuándo, dónde, quién y cómo** de las distintas escenas.
- El lenguaje se **simplificará** al máximo.
- Se intentará que las unidades descriptivas **no se solapen con diálogos, canciones o música**.

Pautas para elaborar documentos electrónicos accesibles

A menudo, la propia idiosincrasia del medio digital permite enriquecer casi *ad infinitum* una información, insertando enlaces, documentos, vídeos, etc., que,

a su vez, también pueden contener más información redirigida. Como normas generales, para garantizar la accesibilidad de los documentos electrónicos es recomendable:

- Especificar siempre el **idioma** del documento.
- Utilizar las **versiones más actualizadas** del *software* para crear un PDF, ya que incluyen funciones de accesibilidad más modernas; no obstante, habrá que asegurarse de que el documento en cuestión pueda usarse con versiones anteriores.
- En la medida de lo posible, incluir un **resumen** del documento, así como las **palabras clave** que contiene el mismo.
- Evitar el **desplazamiento horizontal** (es decir, de izquierda a derecha o viceversa).

Pautas para hacer accesibles las entrevistas

En numerosas ocasiones, la información con la que trabajamos requiere de fuentes que la corroboren, maten, enriquezcan, refuten, etc. Como se apuntó en otro de los capítulos de esta Guía, se preferirá que la fuente sean las propias personas con discapacidad o las entidades que las representan, como sucede en cualquier otro tipo de información. Dependiendo de qué discapacidad presente nuestra fuente, habrá que observar:

- Si requiere algún tipo de **apoyo** (por ejemplo, un intérprete de lengua de signos).
- Evitar un **celo excesivo** por temor a ofender.
- Se **hablará directamente a la persona**, no a través de terceros (en el caso del intérprete o de alguien que acompañe a una persona, por ejemplo, con discapacidad intelectual).
- Se le **ofrecerá ayuda**, pero no se tratará de imponerla.
- Se garantizará la **accesibilidad** del lugar donde nos hemos citado con la persona. En el caso de que use muletas, o silla de ruedas, etc., evitar lugares con escaleras y pasillos estrechos, y asegurarse de que hay ascensores y baños accesibles.
- Disponer del material que utilizaremos para la entrevista en los **formatos necesarios** (braille, letra grande, contraste, etc.)

- En las comunicaciones verbales, evitar **cubrirse la boca** (bien con las manos, bien con el micrófono) o hablar de espaldas al público.
- Tener una **iluminación suficiente**.

Pautas para organizar un acto público

Los gabinetes de prensa organizan a menudo actos públicos (presentaciones de libros, de informes, mesas redondas sobre algún asunto de actualidad, ruedas de prensa...). Conviene observar la posibilidad de que alguno de los asistentes, bien periodistas, bien público general, sea una persona con discapacidad. Para ello, tendremos en cuenta:

- Que el edificio que escogemos sea lo suficientemente accesible (con rampas que salven escaleras, acceso para personas en sillas de ruedas, etc.).
- Que el espacio en el que convocamos sea lo suficientemente amplio como para que se mueva una persona en silla de ruedas así como una persona ciega (evitar que las sillas obstaculicen los pasillos, por ejemplo).
- Si proyectamos un vídeo, habrá que subtítularlo para que las personas sordas puedan acceder a su contenido.
- Asimismo, se ha de contemplar la posible necesidad en algunos casos de contar con la presencia de un intérprete de lengua de signos, siempre y cuando sepamos que asistirán personas que así lo requieran.
- En la medida de lo posible, se colocarán bucles magnéticos que eliminen las posibles interferencias que pueden producirse en los audífonos de las personas sordas.

LECTURA FÁCIL

Para facilitar el acceso a la información a las **personas con discapacidad intelectual o dificultades de comprensión**, conviene adaptar los textos a lectura fácil, procurando así la accesibilidad cognitiva.

La lectura fácil es una metodología que permite crear y adaptar documentos para que sean más fáciles de entender. No solo afecta al texto, sino también a sus ilustraciones, diseño y maquetación.

La lectura fácil, más que un estándar fijo, contempla varios niveles, de acuerdo con el *Manual de accesibilidad cognitiva*, del Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT):

- El nivel I, el más sencillo, recomienda abundancia de ilustraciones y texto escaso, de baja complejidad sintáctica y lingüística.
- El nivel II incluye vocabulario y expresiones cotidianas, de uso frecuente, fáciles de entender y acompañadas por ilustraciones.
- El nivel III, el más complejo, incluye un texto más largo, con algunas palabras poco usuales, a veces con sentido figurado, con saltos espacio-temporales y pocas ilustraciones.

Asimismo, la lectura fácil también incluye la utilización de pictogramas (imagen más la palabra que define lo que aparece en imagen), que permiten una asociación de ideas que facilitan la comprensión de lo que se está leyendo.

En cualquier caso, las adaptaciones de textos a lectura fácil no deben considerarse menores o mermadas, ya que su propósito es que todas las personas accedan a ellos. A través de la lectura fácil, las personas con discapacidad intelectual o con problemas de comprensión pueden conocer los aspectos más importantes de un texto, así como los que pueden afectar más directamente a sus vidas.



ANEXOS

- **Glosario de términos más comunes**
- **Principales organismos públicos y asociaciones de la discapacidad**

Glosario de términos más comunes

Este glosario, no exhaustivo pero sí ajustado a los conceptos más frecuentes, permitirá familiarizarse con el campo semántico relacionado tanto con la discapacidad como con la enfermedad o la situación de dependencia. Al tiempo, facilitará la tarea de ofrecer una información más clara y exacta, de manera que tanto el profesional de la comunicación como el público al que se dirige se habitúen a un lenguaje alejado de abstracciones e inconcreciones.



Hay que tener en cuenta que **discapacidad** (que se definió con detalle en el capítulo “La discapacidad y su contexto social y normativo”), **enfermedad** (“alteración más o menos grave de la salud”, según el *Diccionario de la lengua española*, de la RAE) y **situación de dependencia** (aquella en la que se encuentran las personas que, por distintas causas, han perdido parte o toda su autonomía y necesitan de la ayuda de otra persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria) no son sinónimos. Sin embargo, suelen aparecer dentro del mismo territorio semántico porque, en ocasiones, la enfermedad es causa de discapacidad o de situación de dependencia.

ACCESIBILIDAD COGNITIVA: característica de las cosas que son fáciles de comprender.

ACCESIBILIDAD COMUNICATIVA: situación en la que no se dan barreras en la comunicación interpersonal, comunicación escrita y virtual.

ACCESIBILIDAD FÍSICA: situación en la que no hay barreras ambientales ni físicas en las vías y espacios públicos, edificaciones, viviendas y todo tipo de escenarios.

ACCESIBILIDAD UNIVERSAL: condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible.

ACONDROPLASIA: trastorno del crecimiento caracterizado por una talla baja no proporcionada, con brazos y piernas cortas. Para referirse a estas personas se utilizará el término “personas de talla baja”.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD): aquellas elementales, como alimentación, aseo, vestuario, movilidad, continencia y el uso del baño.

AFASIA: disminución de la capacidad de comprender y/o expresarse a través del lenguaje hablado o escrito, a causa de una lesión o enfermedad en las áreas del cerebro que afectan al lenguaje.

AJUSTES RAZONABLES: modificaciones y adaptaciones necesarias que no imponen una carga desproporcionada o indebida para garantizar a las personas con discapacidad el disfrute o ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales.

ALGESIA: sensibilidad al dolor.

ALOJAMIENTO ACCESIBLE: habitación de hotel, albergue, casa rural, residencia de estudiantes, apartamento o cualquier alojamiento similar, que cumple todas las características que se exigen a las viviendas accesibles para personas con discapacidad.

ALZHEIMER, ENFERMEDAD DE: afección neurodegenerativa progresiva e irreversible que afecta al cerebro produciendo la muerte de las neuronas. Es la causa más frecuente de las demencias, y produce un deterioro cognitivo.

ANOMALÍA: alteración orgánica, congénita o adquirida.

APOPLEJÍA: suspensión súbita, más o menos total de la función cerebral (pérdida de conciencia, movilidad y sensibilidad), por accidentes cerebrovasculares.

ARTRITIS: inflamación dolorosa de las articulaciones.

ARTROSIS: degeneración del cartílago articular, que permite a los huesos modularse.

ASISTENCIA PERSONAL: servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, para fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.

ATENCIÓN TEMPRANA: conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno que responden lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlo.

ATONÍA: falta de tono y vigor, o debilidad de los tejidos orgánicos, particularmente de los músculos.

ATROFIA: disminución en el desarrollo o volumen de un órgano u otra parte del cuerpo.

ATROFIA MUSCULAR: reducción del volumen de la masa muscular, acompañada de pérdida de fuerza o ausencia total de contracción.

AUDÍFONO: aparato que usan algunas personas sordas que amplifica y mejora los sonidos.

AUDIODESCRIPCIÓN: descripción para personas ciegas o con problemas de visión de la trama o contenido de un material audiovisual.

AUTONOMÍA PERSONAL: capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

AUTOSOMATOGNOSIA: sensación de poseer aún un miembro que ha sido amputado.

BRILLE, SISTEMA: sistema de lectura y escritura táctil para personas ciegas y con problemas de visión que utiliza seis puntos en relieve con diferentes posiciones para representar letras y números, que podrán ser leídos por las personas ciegas con las yemas de sus dedos.

BUCLAS MAGNÉTICAS O LAZOS DE INDUCCIÓN MAGNÉTICA: sistemas reductores del ruido que mejoran la audición de las personas que utilizan audífonos o llevan implantes cocleares.

CATARATA: opacidad del cristalino del ojo, causada por una especie de telilla que impide el paso de los rayos luminosos y produce pérdida de visión.

CEGUERA: pérdida total de la visión.

CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO (CEE): empresas cuyo objetivo principal es el de proporcionar a los trabajadores con discapacidad un trabajo productivo y remunerado, adecuado a sus características personales y que facilite la integración laboral de estos en el mercado ordinario de trabajo.

CONGÉNITO: el término congénito hace alusión a cualquier rasgo o identidad presente en el nacimiento adquirido durante el desarrollo intrauterino. Puede ser resultado de un factor hereditario, físico, químico o infeccioso.

COPAGO: aportación del usuario en el coste de los servicios que recibe.

CROMOSOMOPATÍAS: grupo de enfermedades relacionadas con las variaciones numéricas, de estructura o combinadas en la población normal de cromosomas.

DACTILOGRAFÍA: escritura en la mano. Es un método de comunicación para personas sordas y sordociegas que consiste en dibujar letras con un dedo sobre la palma de la mano, en el caso de las personas sordociegas, y en el aire o cualquier superficie en el caso de las personas sordas.

DACTILOLOGÍA: sistema de comunicación para personas sordas que emplea distintas posiciones de la mano, cada una de las cuales representa una letra. Este sistema se utiliza en personas sordociegas colocando la mano con la letra configurada sobre la palma de la mano de la persona sordociega.

DEMENCIA: deterioro, por lo general progresivo, de las facultades mentales en una persona. El concepto “demencia senil” ya no se emplea, pues se considera que la vejez, por sí misma, no es causa de demencia.

DEPENDENCIA: estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otro tipo de apoyos.

DEPORTE ADAPTADO: aquella actividad físico-deportiva susceptible de aceptar modificaciones para posibilitar la participación de las personas con discapacidad.

DETECCIÓN PRECOZ: identificación de una deficiencia física, psíquica o sensorial, o la constatación de la sintomatología que la hace presumible, en el momento más próximo a aquel en que se manifiesta, para adoptar todas las medidas preventivas o terapéuticas necesarias.

DIFICULTADES DE APRENDIZAJE: alteraciones que dificultan la adquisición y empleo del lenguaje, la lectura, la escritura, el razonamiento o las habilidades matemáticas debidas a una disfunción del sistema nervioso central.

DISCAPACIDAD: se dice que una persona tiene una discapacidad si encuentra alguna dificultad o imposibilidad para realizar una o más actividades de la vida cotidiana. Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), publicada por la OMS en 2001, discapacidad es un término que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de realizar actividades y las restricciones en la participación social del ciudadano.

DISCRIMINACIÓN: trato de inferioridad que se da a una persona o a un colectivo por motivos raciales, religiosos, sociales, políticos, económicos, de discapacidad, etc.

DISEÑO PARA TODOS: aquel modelo que dirige sus acciones al desarrollo de productos y entornos de fácil acceso para el mayor número de personas posible, sin la necesidad de adaptarlos o rediseñarlos de una forma especial.

DISFUNCIÓN: alteración cuantitativa o cualitativa de una función orgánica.

DISGENESIA: cualquier anomalía o defecto del desarrollo.

DISPLASIA: alteración del desarrollo de ciertos tejidos del organismo, que causa malformaciones.

DISTROFIA: trastorno de la nutrición de un órgano o tejido que afecta al crecimiento y al funcionamiento del mismo.

DISTROFIA MUSCULAR: grupo de enfermedades en las que aparece una degradación de la masa muscular, con independencia de su inervación.

DOMÓTICA: conjunto de tecnologías aplicadas a la automatización de las instalaciones de una vivienda.

DOWN, SÍNDROME DE: trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 (o una parte del mismo), en vez de los dos habituales, por lo que se denomina también trisomía del par 21. Se caracteriza por la presencia de un grado variable de discapacidad cognitiva y por características fenotípicas específicas.

EDUCACIÓN INCLUSIVA: es la que garantiza el acceso, permanencia, participación y aprendizaje de todos los estudiantes, con especial énfasis en aquellos que están excluidos, marginados o en riesgo de estarlo, a través de la puesta en práctica de un conjunto de acciones orientadas a eliminar o minimizar las barreras que limitan el aprendizaje y la participación de los alumnos y que surgen de la interacción entre los estudiantes y sus contextos.

EMPLEO CON APOYO: conjunto de servicios y acciones individualizadas que permiten a la persona con discapacidad y con especiales dificultades acceder, mantenerse y promocionarse en una empresa ordinaria en el mercado de trabajo abierto, con la ayuda de profesionales y otros tipos de recursos.

ENFERMEDADES RARAS: son aquellas que tienen una baja incidencia en la población. Afectan a menos de cinco habitantes de cada diez mil. Según la OMS existen alrededor de 7.000 enfermedades raras que afectan al 7% de la población mundial.

ERGONOMÍA: disciplina que busca que las personas y la tecnología trabajen en armonía, diseñando y manteniendo productos, puestos de trabajo, tareas, equipos, etc., de acuerdo con las características, necesidades y limitaciones humanas.

ESCLEROSIS: endurecimiento anormal de un tejido u órgano debido principalmente al excesivo desarrollo del tejido conjuntivo.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE: enfermedad progresiva del sistema nervioso central que afecta a la capacidad del cerebro para controlar funciones como el habla, la vista, el sistema locomotor, etc.

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA): enfermedad degenerativa de tipo neuromuscular. Se origina cuando unas células del sistema nervioso llamadas motoneuronas disminuyen gradualmente su funcionamiento y mueren, provocando una parálisis muscular progresiva de pronóstico mortal.

ESCOLIOSIS: desviación lateral y permanente de la columna vertebral.

ESPASTICIDAD: trastorno motor asociado a múltiples enfermedades y discapacidades. Su origen se encuentra en una alteración del sistema nervioso central que provoca un aumento del tono muscular dificultando y/o imposibilitando total o parcialmente el movimiento de los músculos afectados.

ESPINA BÍFIDA: defecto congénito que se produce cuando la columna vertebral y la médula espinal no se forman correctamente.

ESQUIZOFRENIA: enfermedad mental del grupo de la psicosis, de carácter grave, caracterizada por la escisión de la personalidad, trastornos del pensamiento (delirios, alucinaciones) y pérdida del contacto con la realidad.

ETIOLOGÍA: estudio de las causas de las enfermedades.

FIBROSIS QUÍSTICA: enfermedad hereditaria provocada por un funcionamiento deficiente de las glándulas exocrinas; se caracteriza por presentar signos de enfermedad pulmonar crónica y disfunción del páncreas.

GENOTIPO: conjunto de la información genética de un organismo, heredada de sus padres y contenida en los cromosomas.

GLAUCOMA: enfermedad del ojo que le roba la visión de manera gradual.

HEMIANOPSIA: ceguera en la mitad del campo visual debido a una alteración en el sistema nervioso.

HEMIAPRAXIA: falta de coordinación o precisión de los movimientos de uno de los dos lados del cuerpo.

HEMIPLEJÍA: parálisis de todo un lado del cuerpo.

HIDROCEFALIA: acumulación de un exceso de líquido cefalorraquídeo en el cerebro. Se caracteriza por el mayor tamaño de la cabeza.

HIPOACUSIA: disminución de la sensibilidad auditiva.

HIPOPLASIA: alteración que impide que un órgano o un tejido se forme por completo.

IDIOPATÍA: enfermedad que tiene existencia propia, sin ser la consecuencia de otra. Se usa como sinónimo de enfermedad desconocida.

IGUALDAD DE OPORTUNIDADES: se denomina así al proceso de adecuación, ajustes y mejoras necesarias en los entornos jurídico, social, cultural y de bienes y servicios que faciliten a las personas con discapacidad una inclusión efectiva, con las mismas posibilidades y oportunidades que tiene el resto de la población.

IMPLANTE COCLEAR: producto sanitario de alta tecnología que consiste en un transductor que transforma las señales acústicas en señales eléctricas que estimulan el nervio auditivo.

INCLUSIÓN: proceso por el cual la persona con discapacidad ejerce su derecho a formar parte de la sociedad, siendo ésta la que se adapta a las necesidades específicas de la persona. Se prefiere al uso de “integración”.

JAWS: acrónimo de Job Access With Speech. Es un *software* lector de pantalla para personas ciegas o con discapacidad visual. El programa convierte el contenido de la pantalla en sonido, de manera que el usuario puede acceder o navegar por él sin necesidad de verlo.

LECTURA FÁCIL: método de adaptación de textos para hacer accesible su lectura a personas con dificultades lectoras o de comprensión.

LENGUA DE SIGNOS: sistema de comunicación que utilizan algunas personas sordas y quienes se relacionan con ellas. Consiste en una serie de signos gestuales articulados con las manos y acompañados de expresiones faciales, mirada intencional y movimiento corporal, que están dotados de función comunicativa. La lengua de signos española se reconoció oficialmente en el año 2007.

LESIÓN MEDULAR O MIELOPATÍA: alteración de la médula espinal que puede provocar una pérdida de sensibilidad y/o de movilidad. Las dos principales causas de lesión medular son traumas por accidente (de tráfico, caídas, disparos, rotura de disco intervertebral, etc.) o enfermedades (poliomielitis, espina bífida, etc.).

MALFORMACIÓN: alteración o deformidad de nacimiento en alguna parte del organismo.

MEDICAMENTOS HUÉRFANOS: son aquellos que tratan patologías poco frecuentes.

MENINGITIS: inflamación de las membranas (meninges) que rodean el cerebro y la médula espinal. La demora en el tratamiento aumenta el riesgo de daño cerebral permanente o de muerte.

MIASTENIA: enfermedad neuromuscular autoinmune y crónica caracterizada por grados variables de debilidad de los músculos esqueléticos (los voluntarios) del cuerpo.

MIOPATÍA: término genérico para definir las enfermedades musculares.

MOVILIDAD: capacidad o facilidad de movimiento.

NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES: aquellos apoyos que necesita el alumnado para participar plenamente en el sistema educativo ordinario.

PARÁLISIS: pérdida total o parcial de la capacidad de movimiento de una o más partes del cuerpo que se debe, generalmente, a una lesión nerviosa en el cerebro o en la médula espinal.

PARÁLISIS CEREBRAL: discapacidad producida por una lesión en el cerebro que afecta a la movilidad y la postura de la persona, limitando su actividad.

PARAPLEJÍA: parálisis de los dos miembros inferiores.

PARKINSON, ENFERMEDAD DE: enfermedad producida por un proceso neurodegenerativo multisistémico que afecta al sistema nervioso central, lo que provoca la aparición de síntomas motores y no motores.

POLIOMELITIS: enfermedad infecciosa producida por un virus que ataca la médula espinal y provoca atrofia muscular y parálisis.

PRODUCTOS DE APOYO: dispositivos tecnológicos y materiales que permiten habilitar, rehabilitar o compensar una o más limitaciones funcionales, motrices, sensoriales o intelectuales de las personas con discapacidad.

PRÓTESIS: aparato o pieza destinada a reemplazar parcial o totalmente un órgano o miembro del cuerpo humano.

PSICOFÁRMACOS: medicamentos que están destinados a corregir los trastornos psíquicos.

PSICOMOTRICIDAD: relación entre la actividad psíquica y la función motriz del cuerpo humano.

RETINOPATÍA: cualquier patología en la retina.

RETINOSIS PIGMENTARIA: conjunto de enfermedades oculares crónicas de origen genético y carácter degenerativo, caracterizadas por una degeneración progresiva de la estructura del ojo sensible a la luz, la retina.

SALUD MENTAL: estado de equilibrio emocional, cognitivo y conductual que permite al individuo desenvolverse de manera responsable en su entorno familiar, social y laboral, así como gozar de bienestar y calidad de vida.

S.I.A.: Símbolo Internacional de Accesibilidad.

SÍNDROME: conjunto de síntomas que caracterizan una enfermedad.

SÍNTOMA: manifestación clínica de una alteración orgánica o funcional que permite descubrir una enfermedad.

SORDOCEGUERA: discapacidad que resulta de la combinación de dos deficiencias sensoriales (visual y auditiva).

TALIDOMIDA: fármaco que fue comercializado entre los años 1957 y 1963 como sedante y como calmante de las náuseas durante los tres primeros meses de embarazo, causando miles de casos de malformaciones congénitas.

TECNOLOGÍAS DE APOYO (TA): aquellos dispositivos adaptados que permiten a las personas con necesidades especiales acceder a toda clase de productos y servicios. Abarcan una amplia gama de tecnologías de la información y comunicación, desde teclados personalizados y *software* de reconocimiento de voz a pantallas de ordenador en braille.

TETRAPLEJÍA: parálisis de los cuatro miembros.

TIFLOLOGÍA: ciencia que estudia las condiciones y la problemática que rodea a las personas con discapacidad visual y ceguera.

TOURETTE, SÍNDROME DE GILLES DE LA: trastorno neuropsiquiátrico heredado con inicio en la infancia, caracterizado por múltiples tics físicos (motores) y vocales (fónicos), que aumentan y disminuyen.

TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO (TEA): trastorno de origen neurobiológico que afecta a la configuración del sistema nervioso (neurodesarrollo) y al funcionamiento cerebral, dando lugar a dificultades en la comunicación y en la interacción social, así como en la flexibilidad del pensamiento y de la conducta de quien lo presenta.

USABILIDAD: cualidad de la página web o del programa informático que son sencillos de usar porque facilitan la lectura de los textos, descargan rápidamente la información y presentan funciones y menús sencillos, por lo que el usuario encuentra satisfechas sus consultas y cómodo su uso.

VIDA INDEPENDIENTE: situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad.

Principales organismos públicos y asociaciones de la discapacidad

Este apartado de la Guía incluye algunos de los principales organismos públicos y asociaciones específicas de la discapacidad, tanto públicas como privadas. Asimismo se incluye una relación no exhaustiva de las principales organizaciones de carácter internacional dedicadas a la discapacidad.



Organismos públicos sobre discapacidad

Real Patronato sobre Discapacidad

El Real Patronato sobre Discapacidad es un organismo autónomo adscrito al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, cuyo fin es la promoción y mejora de los derechos de las personas con discapacidad, así como su desarrollo personal, inclusión social y prevención de las discapacidades a través de la planificación de políticas, estrategias, planes y programas relativos a la discapacidad.

De acuerdo con su Ley de creación y con su Estatuto, le corresponde al Real Patronato sobre Discapacidad desarrollar las siguientes funciones:

- Promover la aplicación de la perspectiva de derechos humanos, de los ideales humanísticos, los conocimientos científicos y los desarrollos técnicos para el perfeccionamiento de las acciones públicas y privadas sobre discapacidad en los campos de:
 - a) La igualdad de oportunidades.
 - b) El diagnóstico, la rehabilitación y la inclusión social.
 - c) La prevención de discapacidades.
 - d) La promoción de apoyos para la toma libre de decisiones.
- Facilitar el intercambio y la colaboración entre las distintas administraciones públicas, así como entre éstas y el sector privado y asociativo, tanto en el plano nacional como en el internacional en el ámbito de la discapacidad.
- Prestar apoyos a organismos, entidades, especialistas y promotores en materia de estudios, investigación y desarrollo, información, documentación y formación sobre discapacidad.
- Emitir dictámenes técnicos y recomendaciones sobre las materias propias de su ámbito de actuación.
- Desarrollar actividades como órgano técnico de encuentro de las administraciones públicas, la sociedad civil relacionada con la discapacidad, incluidas las asociaciones y fundaciones, el mundo académico e inves-

tigador y el empresarial, con el fin de ayudar a orientar las políticas, estrategias, planes, programas y acciones relativas a las personas con discapacidad y a sus familias.

- Tener en cuenta singularmente la perspectiva de género, así como la atención a otros factores que, junto con la discapacidad, generan exclusión múltiple, con especial atención a la infancia con discapacidad.
- Difundir y promover el más amplio conocimiento sobre discapacidad, principalmente desde el enfoque de los derechos humanos y en concreto conforme a lo establecido en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de la Organización de Naciones Unidas.
- Fomentar mediante los Premios Reina Letizia la promoción de los derechos de las personas con discapacidad, la inclusión social, la igualdad de oportunidades, la rehabilitación y la prevención de discapacidades.

Página web: <http://www.rpdiscapacidad.gob.es>

El Real Patronato sobre Discapacidad tiene los siguientes **centros asesores**:

- El Centro Español de Documentación sobre Discapacidad (CEDD), que promueve y difunde el conocimiento científico sobre discapacidad, facilita el acceso a documentación e información especializada en la materia y asesora técnicamente al Real Patronato en sus diferentes actividades (<https://www.cedd.net/>).
- Centro Español del Subtitulado y la Audiodescripción (CESyA) gestionado por la Universidad Carlos III de Madrid, con la colaboración del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), cuyo propósito es favorecer la accesibilidad en el entorno de los medios audiovisuales a través de los servicios de subtitulado y audiodescripción (<https://www.cesya.es>).
- El Centro de Normalización Lingüística de la Lengua de Signos Española (CNLSE), que vela por el buen uso de esta lengua y contribuye a garantizar los derechos lingüísticos de las personas usuarias de la misma (<http://www.cnlse.es>).
- El Observatorio Estatal de la Discapacidad (OED), que recopila, sistematiza, actualiza, genera y difunde información relacionada con el ámbito de la discapacidad (<https://www.observatoriodeladiscapacidad.info>).

Dirección General de Políticas de Discapacidad

Es el órgano de gestión de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Entre sus funciones se encuentran:

- La planificación, diseño, ordenación, gestión y evaluación de los programas y planes de ámbito nacional en materia de discapacidad, así como su coordinación con las comunidades autónomas.
- El impulso de políticas sectoriales sobre discapacidad y su coordinación interministerial.
- El fomento de la cooperación con las organizaciones y entidades que agrupan a las personas con discapacidad y sus familias.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

Dependiente de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, el IMSERSO es la entidad encargada de la gestión de los servicios sociales complementarios de las prestaciones del Sistema de Seguridad Social, de las pensiones de invalidez y de jubilación, en sus modalidades no contributivas, así como del ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado en materia de personas mayores y de personas en situación de dependencia.

Página web: <http://www.imserso.es>

Uno de los centros asociados del IMSERSO es el **Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT)**, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida, a través de la accesibilidad integral y desarrollos tecnológicos, de todos los ciudadanos, con especial atención a las personas con discapacidad y las personas mayores. Entre otras actividades:

- Potencia la accesibilidad integral evitando barreras y difundiendo diseños para todos.
- Trabaja para conseguir un transporte accesible.
- Impulsa la investigación, desarrollo y utilización de ayudas técnicas para personas con discapacidad y mayores.

- Desarrolla herramientas, bases de datos, catálogos y manuales.
- Participa en foros nacionales e internacionales.

Página web: <https://ceapat.imserso.es/>

Principales entidades asociativas de la discapacidad

ENTIDADES CERMI

Socios fundadores

- **ASPACE.** Confederación Española de Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral.
C/ General Zabala, 29 - 28002 Madrid
Tel. 91 561 40 90
E-mail: comunica@confederacionaspace.org
<http://www.aspace.org/>
- **CNSE.** Confederación Estatal de Personas Sordas.
C/ Islas Aleutianas, 28 - 28035 Madrid
Tel. 91 356 58 32
E-mail: cnse@cnse.es
<http://www.cnse.es/>
- **COCEMFE.** Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica.
C/ Luis Cabrera, 63 - 28002 Madrid
Tel. 91 744 36 00
E-mail: cocemfe@cocemfe.es
<http://www.cocemfe.es/>
- **FIAPAS.** Confederación Española de Familias de Personas Sordas.
C/ Pantoja, 5 - 28002 Madrid
Tel. 91 576 51 49
E-mail: fiapas@fiapas.es
<http://www.fiapas.es/>

- ONCE. Organización Nacional de Ciegos Españoles.
C/ José Ortega y Gasset, 18 - 28006 Madrid
Tel. 91 436 53 00
E-mail: soi@once.es
<http://www.once.es/>
- Plena Inclusión.
Avda. General Perón, 32 - 28020 Madrid
Tel. 91 556 74 13
E-mail: info@plenainclusion.org
<http://www.plenainclusion.org/>

Socios ordinarios

- Confederación Salud Mental España.
C/ Hernández Más, 20-24 - 28053 Madrid
Tel. 91 507 92 48
E-mail: confederacion@consaludmental.org
<https://consaludmental.org/>
- Consorcio Autismo España:

FESPAU. Confederación Española de Autismo.
C/ Garibay 7, 3ª planta, dcha. - 28007 Madrid
Tel. 91 290 58 06
E-mail: comunicacion@fespau.es
<http://www.fespau.es/>

Confederación Autismo España
C/ Garibay, 7, 3ª planta, izq. - 28007 Madrid
Tel. 91 594 34 09
E-mail: confederacion@autismo.org.es
<http://www.autismo.org.es/>

- Down España. Federación Española de Síndrome de Down.
C/ Machaquito, 58 L-10 - 28043 Madrid
Tel. 91 716 07 10
E-mail: downespana@sindromedown.net
<http://www.sindromedown.net/>
- FEDACE. Federación Española de Daño Cerebral.
C/ Pedro Teixeira, 8, 10ª planta - Edificio Iberia Mart - 28020 Madrid
Tel. 91 417 89 05
E-mail: info@fedace.org
<http://www.fedace.org/>
- FEDER. Federación Española de Enfermedades Raras.
C/ Doctor Castelo, 49 - 28009 Madrid
Tel. 91 533 40 08
E-mail: feder@enfermedades-raras.org
<http://www.enfermedades-raras.org/>
- PREDIF. Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física.
Avda. Doctor García Tapia, 129-local 5 - 28030 Madrid
Tel. 91 371 52 94
E-mail: predif@predif.org
<http://www.predif.org/>

Entidades vinculadas

- APREM. Asociación de Padres de Niños Prematuros.
Avda. de España, 41-3.ºC - 28220 Majadahonda (Madrid)
Tel. 695 486 932
E-mail: aprem@aprem-e.org
<http://www.aprem-e.org/>
- CONFAE. Confederación Asperger España.
C/ Bohonal, 15-17 - 28053 Madrid
Teléfono: 91 786 10 22 / 639 363 000
E-mail: infor@asperger.es
<http://www.asperger.es/>

- FASOCIDE. Federación de Asociaciones de Personas Sordociegas de España.
C/ Prim, 3-3º, Desp-308 - 28004 Madrid
Tel. 91 521 79 04 / 629 182 621
E-mail: fasocide@fasocide.org
<http://www.fasocide.org/>

Algunas entidades internacionales sobre discapacidad

- Comité Paralímpico Internacional:
www.paralympic.org
- Consorcio World Wide Web (W3C), consorcio internacional que trabaja para desarrollar estándares para la creación de páginas web accesibles para las personas con discapacidad:
www.w3c.es
- Foro Europeo de la Discapacidad (EDF, en sus siglas en inglés):
www.edf-feph.org
- Organización Mundial de Personas con Discapacidad (OMPD):
www.icrpd.net
- Red Europea de Responsabilidad Social Empresarial y Discapacidad (RSE+D), liderada por la Fundación ONCE y cofinanciada por el Fondo Social Europeo, promueve la sensibilización e inclusión de la discapacidad en las agendas políticas y empresariales de Responsabilidad Social Empresarial (RSE).
www.csr-d.eu
- Red Iberoamericana de Expertos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, organización con fines académicos y sociales dedicada al estudio, aplicación y seguimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
<http://redcdpd.net>
- Red de Organizaciones No Gubernamentales de Personas con Discapacidad y sus Familias (RIADIS):
www.riadis.org

- Unión Mundial de Ciegos (WBU, en sus siglas en inglés):
www.worldblindunion.org
- Workability International, red internacional de empresas y entidades que dan empleo, servicios de empleo y formación a más de tres millones de personas con discapacidad en más de 40 países.
www.workability-international.org

Bibliografía

Aguado, A.L. (1995): *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial.

Álvarez, R. et al. (2013): *Guía de buenas prácticas sobre personas con discapacidad para profesionales de la comunicación: Manual de estilo*. Sevilla: Junta de Andalucía.

De Lorenzo, R. (2003): *El futuro de las personas con discapacidad en el mundo. Desarrollo humano y discapacidad*. Madrid: Fundación ONCE.

Díaz Aledo, L. (2007): "La representación de la discapacidad en los medios de comunicación". *Comunicación e ciudadanía: revista internacional de xornalismo social*, 1: 289-306.

Fernández, J.L. (2006): *Guía de estilo sobre discapacidad para profesionales de los medios de comunicación*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

Fernández-Cid, M. (2010): "Medios de comunicación, conformación de imagen y construcciones de sentido en relación a la discapacidad". *Política y Sociedad*, 1 (47): 105-113.

García Añón, J. (2004): *Los derechos de las personas con discapacidad: perspectivas sociales, políticas, jurídicas y filosóficas*. Madrid: Dykinson.

Guenaga, M.L. et al. (2007): "La accesibilidad y las tecnologías en la información y la comunicación". *Trans: revista de Traductología*, 11: 155-169.

Ledesma, J. (ed.) (2008): *La imagen social de las personas con discapacidad*.

Estudios en homenaje a José Julián Barriga Bravo. Madrid: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad.

Naciones Unidas (1948): *Declaración Universal de Derechos Humanos* (en línea). <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf>, acceso 5 de noviembre de 2018.

Naciones Unidas (2006): *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (en línea). <<http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>>, acceso 5 de noviembre de 2018.

Observatorio Estatal de la Discapacidad (en línea). <<https://www.observatoriodeladiscapacidad.info>>, acceso 5 de noviembre de 2018.

Observatorio de la Discapacidad Física (en línea). <<http://www.observatoridiscapacitat.org>>, acceso 4 de abril de 2019.

Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo en España (en línea). <<http://www.odismet.es>>, acceso 5 de noviembre de 2018.

Palacios, A. (2008): *El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Ediciones Cinca.

Palacios, A. y Bariffi, F. (2007): *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos: una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Ediciones Cinca.

Peñas, E. (2012): *Hoy empieza todo. Breve aproximación histórica al CERMI como motor de cambio social (1997-2012)*. Madrid: Ediciones Cinca.

Pérez-Bueno, L.C. (2004): *El desmantelamiento de la discapacidad y otros escritos vacilantes*. Barcelona: El Cobre Ediciones.

Prieto, L. et al. (1994): *Derechos de las minorías y de los grupos diferenciados*. Madrid: Escuela Libre Editorial.

Rey, A. y García, B. (2018): *Manual de estilo: Cómo abordar el Trastorno del Espectro del Autismo desde los medios de comunicación*. Madrid: Confederación Autismo España. *Solidaridad Digital, periódico especializado en discapacidad* (en línea). <<http://www.solidaridaddigital.es>>, acceso 5 de noviembre de 2018.

Technosite (2012): *Las nuevas fronteras de la accesibilidad a las tecnologías de la información y la comunicación. Estudio de perspectivas sobre la accesibilidad en la sociedad de la Información y las TIC. Informe de resultados 2012*. Madrid: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad.

Valencia, L. (2013): *Breve historia de las personas con discapacidad* (en línea). <www.rebellion.org/docs/192745.pdf>, acceso 5 de noviembre de 2018.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL

