

# GUIA DE AUTOCUIDADOS



"POR SI TE SIRVE NUESTRA  
EXPERIENCIA"

# ***GUIA AUTOCUIDADOS***



**Edita:**

Aspaym Toledo  
Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo  
Bajos s/n  
Apdo. de Correos 586  
45080 Toledo  
Tel. 925 253 116 / 925 255 630  
Fax. 925 253 116  
e-mail: [aspaymtoledo@aspaymtoledo.org](mailto:aspaymtoledo@aspaymtoledo.org)

Depósito Legal: TO-0697-2011

**Autores:**

María C. Muela Martín  
Josefina Sánchez Villaverde  
José Mendoza Sarmiento

**Diseño y maquetación:**

Alberto Hernández Muñoz

**4º Edición:**

Diciembre 2011

# **LAS LESIONES MEDULARES**

## ***INTRODUCCIÓN.***

### ***PROPÓSITO DE ESTE LIBRO.***

Desde hace tiempo, un grupo de socios de ASPAYM TOLEDO teníamos la intención de escribir una guía que fuera útil para los recién llegados al mundo de la lesión medular. Al pasar el tiempo aparecieron varias guías y manuales muy buenos que nos hicieron pensar si valía o no la pena continuar con el proyecto. Pero pronto acordamos seguir adelante, no para hacer una guía o manual más, sino para complementar de alguna manera, desarrollándolos más ampliamente y con un enfoque práctico, algunos temas ya recogidos en las excelentes guías citadas, y algún otro no recogido en las mismas.

Se trata de hacer un manual práctico planteado desde la experiencia de varios años en silla de ruedas y de bastante tiempo de vida activa, de la mayoría de los redactores. Pensamos que nuestra experiencia puede servir algo, poco o mucho, a los que de repente se encuentran, incluidos por la fatalidad, en la nómina de los lesionados medulares o mielolesos. El tiempo y quienes lo lean nos dirán si hemos logrado nuestros propósitos. Tenemos la esperanza de que haya valido la pena, y si no fuese así, siempre nos quedaría la ilusión de haberlo intentado.

# ÍNDICE

<b>LESIÓN MEDULAR</b> .....	6
LA LESIÓN MEDULAR A TRAVÉS DE LOS TIEMPOS. ....	6
¿QUÉ ES LA MÉDULA ESPINAL? .....	8
CAUSAS DE DAÑO EN LA MÉDULA ESPINAL. ....	9
CONSECUENCIAS FUNCIONALES DE LA LESIÓN MEDULAR. ....	11
NIVEL DE LESIÓN. VÉRTEBRAS Y METÁMERAS. ....	12
LESIONES COMPLETAS E INCOMPLETAS. ....	13
PARÁLISIS. ....	13
TERMINOLOGÍA DE LAS PARÁLISIS. ....	13
PARÁLISIS TOTALES Y PARCIALES. PLEJIA Y PARESIA. ....	14
EL PEQUEÑO LÍO DE LAS PLEJIAS. ....	14
UNA CONFUSIÓN FRECUENTE. ....	14
PARAPLEJIAS Y TETRAPLEJIAS. ALTAS Y BAJAS. ....	15
NO SÓLO PARÁLISIS. ....	15
<b>MANUAL DE CONSEJOS PRÁCTICOS</b> .....	17
EL GIMNASIO. ....	17
TERAPIA OCUPACIONAL. ....	19
GIMNASIA AL SALIR DEL HOSPITAL. ....	27
SILLA DE RUEDAS. ....	29
FORMACIÓN. ....	30
TRABAJO Y OCIO. ....	31
COCHE Y CARNÉ DE CONDUCIR. ....	33
EL AUTOCUIDADO. ....	37
CRISIS VEGETATIVA. ....	37
NUESTRA PIEL. ....	41
APARATO URINARIO. ....	43
APARATO DIGESTIVO. ....	45

<b>PROTECCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA</b> .....	49
VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD. ....	49
PRESTACIONES ECONÓMICAS. ....	51
PENSIÓN CONTRIBUTIVA. ....	51
PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA. ....	58
AYUDAS PARA DISCAPACITADOS: .....	63
ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. ....	63
AYUDAS INDIVIDUALES. ....	67
VIVIENDA. ....	69
ACCESIBILIDAD. ....	78
EDUCACIÓN. ....	79
SANIDAD. ....	81
TRANSPORTE. ....	82
OCIO Y TURISMO. ....	84
EMPLEO. ....	85
CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA. ....	89
PRESTACIONES ORTOPROTÉSICAS. ....	95
BENEFICIOS FISCALES. ....	97
<b>SERVICIOS QUE PRESTA ASPAYM TOLEDO</b> .....	102
<b>DIRECCIONES DE INTERÉS</b> .....	107
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	112



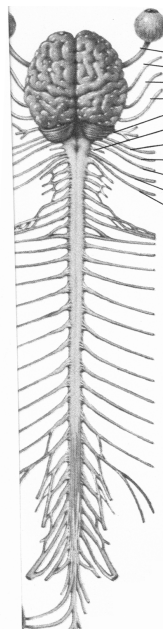
## **LESIÓN MEDULAR**

### **LA LESIÓN MEDULAR A TRAVÉS DE LOS TIEMPOS**

La lesión medular o mielolesión, es un padecimiento muy grave, tanto por la lesión en sí, como por las repercusiones que tiene en la vida de la persona afectada.

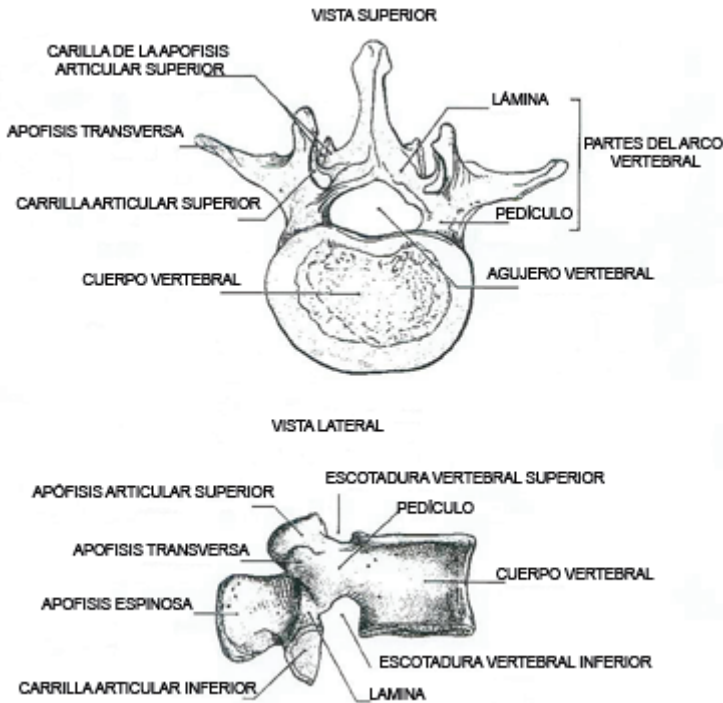
Aflige a la humanidad desde que esta existe. Hay vestigios y restos prehistóricos que sugieren con gran probabilidad lesiones medulares. Históricamente hay noticia escrita (papiro de Edwin Smith) desde 3.500 años A.C.

El resultado final de la lesión medular es una gran minusvalía. No es una simple parálisis de las extremidades, sino que implica muchos más fenómenos vitales alterados: sensibilidad, integridad de la piel, funcionamiento del intestino, vejiga, respiración, funciones sexuales, etc. Algunas de estas alteraciones, como la parálisis, anestesia, etc., son todavía irremediables hoy en día. Otras lacras, ligadas desde siglos a la lesión medular y consideradas inevitables, como las úlceras de piel y buena parte de las infecciones urinarias, se ha comprobado, desde hace pocos años, que se pueden evitar con cuidados médicos y de enfermería adecuados, así como con un buen autocuidado, por parte del propio lesionado, y atención amplia de su familia, una vez reincorporado a su vida normal.





Hasta la segunda mitad del siglo XX, el porvenir de un lesionado medular era pavoroso. Se morían en pocos días el 95%, y los supervivientes (un 5% aproximadamente) tenían por delante una vida acortada y bastante miserable (ulceras, incontinencia de orina y heces, pobreza, rechazo social, etc.). Los avances de la medicina tras la Segunda Guerra Mundial, y, sobre todo, la obra y doctrina de un gran neurocirujano, Sir Ludwig Guttmann, hicieron cambiar la Historia de la Medicina en este aspecto. Actualmente el 95% son los que



sobreviven, y además, con tratamiento de rehabilitación adecuado se adaptan a una vida normal.





Hay que resaltar que padecer una lesión medular implica, además de bastante sufrimiento al principio, adaptarse a lo que sin duda es un **cambio radical en tu vida**. Necesitarás, en la mayoría de los casos, desplazarte en silla de ruedas; tendrás que ser mucho más consciente y cuidadoso de tu propio cuerpo; y muchas más cosas. Pero si te adaptas y rehabilitas adecuadamente, podrás llevar una vida normal, a pesar de las limitaciones que impone esta grave lesión.

## ***¿QUÉ ES LA MÉDULA ESPINAL?***

Es una parte del sistema nervioso central que conecta el encéfalo con el resto del cuerpo. Tiene forma más o menos cilíndrica, unos 40 cm. de longitud y 1,5 o 2 cm. de diámetro, con dos zonas algo más abultadas, a nivel del cuello y de la zona dorsolumbar.

Se sitúa y aloja en el llamado conducto vertebral, formado por los agujeros vertebrales de las vértebras puestas una encima de otras formando la columna vertebral. A derecha e izquierda de la médula salen los nervios espinales que en el tronco salen casi paralelos, y en el cuello y zona dorsolumbar se entrecruzan formando lo que se denominan plexos braquial y lumbosacro. Del plexo braquial salen los nervios que conducen la sensibilidad y la motilidad de los

VERTEBRAS  
TORÁCICAS O  
DORSALES





brazos y las manos. Del plexo lumbosacro, los nervios que controlan la sensibilidad y la motilidad de las piernas y los pies.

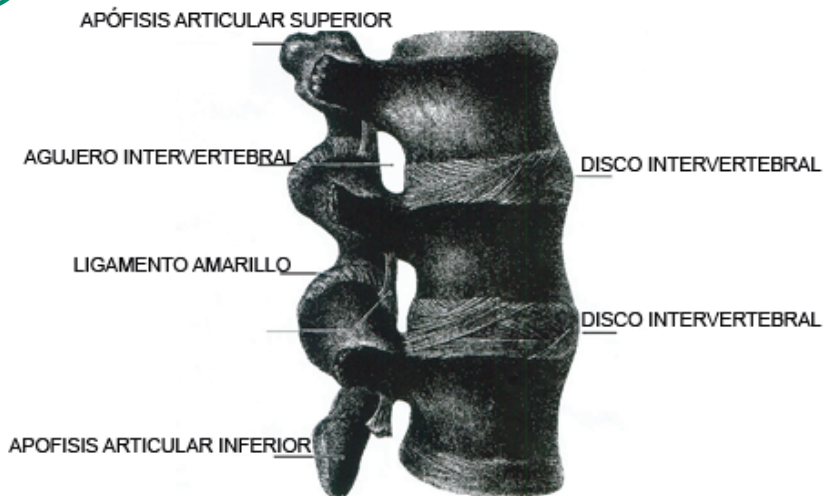
No hay que confundir médula espinal con médula ósea. La médula espinal, como ya se ha dicho, es una parte del sistema nervioso central, es un cordón cilíndrico. La médula ósea, en cambio, es una especie de papilla que rellena la parte hueca de algunos huesos, y no tiene nada que ver con el sistema nervioso sino con la formación de las células la sangre. Esta distinción, que puede parecer perogrullesca, es necesaria, porque a veces las noticias de los periódicos y la televisión hablan de trasplantes de médula con éxito, sin especificar, y pueden confundir fácilmente a algunas personas. Se trata, claro está, en este caso del tratamiento de las leucemias y otros padecimientos de la sangre.

Desgraciadamente la regeneración medular nerviosa, aunque va por buen camino en los laboratorios de investigación, todavía está muy lejos de poderse aplicar a los humanos; por lo tanto no hay trasplantes de médula espinal con éxito hasta ahora.

Ojalá los haya pronto.

## ***CAUSAS DE DAÑO DE LA MÉDULA ESPINAL.***

La principal causa de lesión medular son los traumatismos vertebrales. Al romperse o aplastarse el "estuche" (el conducto vertebral), la médula, que es muy frágil y delicada, se lesiona irremediablemente. Entre los traumatismos productores de lesión medular, los principales son los producidos en accidentes de tráfico, que



vienen a representar un 80% de los ingresos en un servicio de mielolesiones. También se origina bastantes, pero con una frecuencia menor, en accidentes de trabajo, y últimamente en accidentes deportivos. Hay también, con frecuencias mucho menores, accidentes y caídas casuales. Entre los deportivos y los casuales están los que se producen por zambullida, al tirarse mal de cabeza en ríos, playas, pantanos o piscina. Estos accidentes, aunque de frecuencia baja son muy dramáticos por producirse generalmente en ambientes de jolgorio y alegría, que se ven truncados por la desgracia. Y se podrían haber evitado en su gran mayoría con más cuidado y precaución al zambullirse.

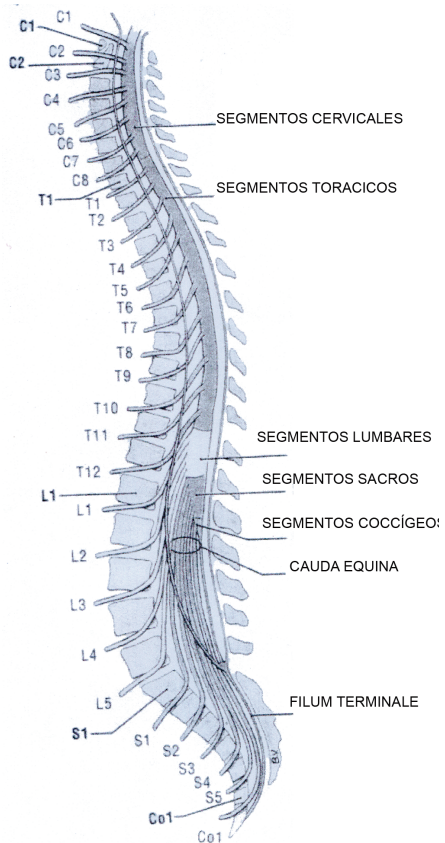
Además de las causas traumáticas, también existen lesiones medulares por enfermedades diversas: tumores benignos y malignos, complicaciones de hernias discales, lesiones vasculares, mielitis, etc. En general, con la excepción de los infartos vasculares medular las lesiones medulares por enfermedad son de instauración



paulatina. Por el contrario, las lesiones traumáticas se implantan bruscamente.

## **CONSECUENCIAS FUNCIONALES DE LA LESIÓN MEDULAR.**

Lejos de ser un problema exclusivamente traumatológica o neuroquirúrgico, como se considera en la mayoría de los hospitales generales, la lesión medular plantea problemas médicos y neurológicos muy complejos y que afectan a todo el organismo y a toda la persona. No es una mera fractura vertebral que hay que arreglar, sino una alteración de muchos órganos y sistemas de la persona afectada. Por supuesto que hay que arreglar la fractura vertebral (quirúrgica o conservadoramente), pero hay que atender también a muchas otras cosas (piel, aparato urinario, intestinos, etc.). Por lo tanto no hay que limitarse a ver el caso desde un solo ángulo, sino que hay que tener una visión global.





## **NIVEL DE LESIÓN. VÉRTEBRAS Y METÁMERAS.**

El nivel de la lesión medular, se describe citando la metámera más baja sin afectación. La ***metámera*** es una zona de la médula espinal de la que depende la sensibilidad de una correspondiente franja de piel y la movilidad de unos músculos determinados. Ello permite, por una exploración clínica relativamente sencilla, determinar las metámeras afectadas y no afectadas, independientemente de cual sea (o no sea) la lesión vertebral.

La afectación de las metámeras es la que determina la situación de la lesión en la médula, y no siempre se corresponde con la vértebra fracturada. Se pueden dar y se dan casos de lesiones traumáticas medulares sin alteración vertebral (en los niños, por ejemplo). En muchos casos, la lesión medular está en metámeras no situadas en relación con la vértebra dañada.

Se caracteriza a la lesión por la metámera y no por la vértebra lesionada. Se utiliza la última metámera no afectada porque a veces hay varias metámeras dañadas total o parcialmente, por lo cual es mejor situarse en la última no lesionada.

## **LESIONES COMPLETAS E INCOMPLETAS.**



Según que la lesión comprenda toda la sección circular de la médula, es decir, todo su ancho, o sólo parte, se habla de ***lesiones completas*** en el primer caso e ***incompletas*** en el segundo. Las lesiones incompletas pueden variar desde una afectación ligera, temporal y con recuperación casi total, hasta una lesión muy grave, casi como una completa y sin recuperación apreciable. Por tanto, conviene no tomar el diagnóstico de lesión incompleta como sinónimo de leve, ya que, desgraciadamente, la mayoría de las veces estas lesiones son casi tan graves como las completas.

### **PARÁLISIS**

La mielolesión causa parálisis total por debajo del nivel de lesión en el caso de las lesiones completas, y una parálisis algo menos importante, pero generalmente grave, en las lesiones incompletas.

La parálisis ha sido siempre lo más llamativo de la lesión medular, lo que ha hecho que muchas veces no se tengan en cuenta el resto de las alteraciones orgánicas que se producen. Según que la lesión afecte a las metámeras del cuello, o a las de la zona dorsal y lumbar, se habla de ***tetraplejía*** o ***cuadriplejía*** (es lo mismo) en las cervicales y de ***paraplejía*** en las dorsolumbares.

### **TERMINOLOGÍA DE LAS PARÁLISIS.**

Aunque en este libro se evita lo más posible usar palabras técnicas, hay casos y ocasiones en los que parece necesario aclarar conceptos y términos, para evitar confusiones.



## **PARÁLISIS TOTALES Y PARCIALES. PLEJIA Y PARESIA**

Lo primero es distinguir entre "**plejia**" y "**paresia**". Esta es una terminología antigua. Paresia, viene del griego **paresis**, que quiere decir aflojamiento, parálisis leve, con debilidad de las contracciones musculares. Paresia se usa realmente poco.

### **EL PEQUEÑO LÍO DE LAS PLEJIAS (PARÁLISIS TOTALES)**

Según el número de extremidades paralizadas y su localización, una, dos, tres o cuatro, se tienen las expresiones **monoplejia** (una extremidad); **diplejia** (dos extremidades, las más importantes, los brazos y manos); **triplejia** (tres extremidades) y **paraplejia** (también dos extremidades, pero en este caso las inferiores); **tetraplejia** o **cuadriplejia** (las cuatro extremidades). La verdad es que sólo se usan corrientemente paraplejia, tetraplejia y cuadriplejia. Las demás casi no se utilizan, incluso entre médicos y sanitarios.

### **UNA CONFUSIÓN FRECUENTE**

Hay otro término técnico de amplio uso, **hemiplejia**, que significa **parálisis, de un lado, del cuerpo**, es decir brazo y pierna del mismo lado. Mucha gente confunde esta situación con la paraplejia y la tetraplejia. Las hemiplejias son bastante más frecuentes que las paraplejias y tetraplejias. La causa de las **hemiplejias** prácticamente siempre es una lesión cerebral, mientras que las **para y tetraplejias** son casi siempre por **lesión medular**.

## **PARAPLEJIAS Y TETRAPLEJIAS ALTAS Y BAJAS. "PENTAPLEJIAS".**



En las paraplejas hay menos diferencias según la altura del nivel de lesión. Solamente las lesiones dorsolumbares bajas permiten de modo práctico alternar el uso de silla de ruedas con la marcha durante cortos trechos con bastones y aparatos ortopédicos. En los demás casos, la marcha con aparatos y bastones es posible teóricamente, pero no resulta práctica, salvo para mantenerse durante un tiempo en bipedestación, que es beneficioso y recomendable.

Las tetraplejas bajas, permiten cierta movilidad de las extremidades superiores, con afectación mayor o menor de las manos. Las tetraplejas altas no tienen función de la mano y muy poca o nula del resto de los brazos.

Hay una variedad de tetraplejas muy altas, que hasta hace poco se morían inevitablemente, que además de nula función de las extremidades inferiores tienen grandes dificultades para la respiración, por parálisis de los músculos respiratorios. Se les denomina "**pentaplejas**" considerando como quinta plejia la parálisis respiratoria. Son los casos que precisan para mantenerse con vida un respirador mecánico permanente, o la colocación de un estimulador frénico implantable, lo que se conoce más sencillamente como "**marcapaso diafragmático**".

### **NO SÓLO PARÁLISIS.**

Es útil haber aclarado un poco la confusa terminología de las parálisis, pero es mucho más





importante destacar que **la lesión medular no es únicamente una parálisis, sino que tiene muchos más problemas** por lo menos tan significativos como el trastorno paralítico: Falta de sensibilidad de la piel, por debajo de la lesión (anestesia), alteraciones de la orina y micción (vejiga neurógena medular); trastornos del tubo digestivo (estreñimiento, diarreas, incontinencia de heces).

Dado el carácter práctico de este libro, y la importancia que tienen para la vida diaria habitual de lesionado medular los problemas mencionados, algunos más, se tratará de todos ellos con más detalle en la parte de consejos prácticos.



## **EL GIMNASIO**

Durante la estancia en el hospital, constituye para muchos lesionados medulares y sus familias, casi una obsesión. A veces parece ser lo único que les importa. Es también motivo de quejas sobre la asistencia hospitalaria; algunas veces justificadamente. Otras, no tanto, porque el deseo de algunos de los que reclaman, sería que funcionara el gimnasio mañana, tarde y noche, lo que, evidentemente, es imposible. Esto se basa en la idea errónea de que cuanto más gimnasia se haga, mas posibilidades hay de volver a andar. Hoy por hoy, y a pesar de las grandes esperanzas que abren la investigaciones en curso en todo el mundo, **las paraplejias y tetraplejias no se curan. Sólo se rehabilitan**, que no es exactamente lo mismo.

Dicho esto previamente, también hay que reconocer que **el trabajo de los fisioterapeutas en el gimnasio es importantísimo para el porvenir del paciente**. Y es posible que en determinados momentos y situaciones, algunos servicios hospitalarios de rehabilitación deberían ser mejorados en este aspecto.

Con un plan de trabajo supervisado por el médico rehabilitador, la fisioterapia y cinesiterapia contribuyen imprescindiblemente a las futuras posibilidades funcionales y de independencia del lesionado medular.

No es propósito de esta guía, tratar todos los aspectos de dicho tratamiento rehabilitador fisioterápico y cinesiterápico, pero si parece práctico decir unas palabras sobre alguna parte del trabajo en gimnasio que, en



ocasiones, no está muy bien comprendida y valorada. Al menos así lo entiende, según su experiencia, uno de los redactores de estas páginas.

### ***Ejercicios de equilibrio y balanceo.***

A estos ejercicios, si el fisioterapeuta no insiste mucho, el paciente a veces no les pone mucha atención, obsesionado e impaciente como está por ponerse de pie e intentar andar. En esto, como en muchas otras cosas, demasiada prisa no es buena. Intentar ponerse en pie y andar sin una preparación previa, suele llevar al fracaso.

Conseguir un buen equilibrio sentado en la colchoneta y de pie en las paralelas, es una exigencia previa y fundamental para poder sostenerse e intentar la marcha con aparatos y muletas.

En paralelas, se comienza sujetándose con ambas manos, luego con una sola, y sin manos en corto tiempo. Al mismo tiempo, sujetándose con ambas manos, uno se levanta y balancea ambos miembros inferiores, con juego de tronco y cintura.

En ocasiones se observa como, entre lesionados del mismo nivel y edad similar, unos se manejan en la silla de ruedas y con muletas mejor que otros. La diferencia muchas veces es debida al haber hecho bien o mal los ejercicios previos que acabamos de comentar.

### ***Escaleras y bordillos***

Los ejercicios de manejo de escaleras y bordillos, tanto con la silla de ruedas, como con las muletas y aparatos ortopédicos, son enormemente importantes para poder manejarse después con la máxima indepen-



dencia posible y el mínimo de ayuda de otras personas, lo cual es el principal objetivo de la rehabilitación.

### ***Aprender a caerse.***

Un grupo de ejercicios importantísimo, es el de practicar caídas controladas. Se hace en los finales del tratamiento cinesiterápico en el hospital.

El lesionado medular, más tarde o más temprano, sufre caídas, desde la silla en transferencias, y al practicar la puesta en pie y marcha con aparatos. Si las caídas le ocurren a un parapléjico o tetrapléjico sin preparación pueden ocasionarle graves problemas: fracturas, golpes, escaras, etc. La única forma de evitar las malas consecuencias de la caída, es una buena preparación previa, con caídas controladas. Es decir, aprender a caerse. De esta forma los daños producidos serán mínimos. Es, pues, fundamental perder el miedo a las caídas. Y esto requiere entrenamiento.

## ***TERAPIA OCUPACIONAL***

La Terapia Ocupacional siempre ha formado parte imprescindible de los Departamentos de Rehabilitación. Por esta razón existen también allí donde se reabilita a lesionados medulares. Al principio, su papel no era bien comprendido por los pacientes y familiares, que algunos llegaban a pensar que el tiempo dedicado a esta terapia se le restaba al gimnasio, que suele ser, a veces, la única preocupación de los afectados, debido a la creencia errónea de que cuanto más tiempo de gimnasio más probabilidades de volver a andar. El hecho de que, desde que se puso en marcha la especialidad médica de rehabilitación,



la terapia ocupacional tuviese el mismo nivel e importancia que el gimnasio no parecía influir en pacientes y familiares.

Es mérito de la terapia ocupacional española haber llegado a convencer a dichos afectados de que la terapia ocupacional es útil y necesaria en el proceso de rehabilitación del lesionado medular.

### ***Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.)***

Existen una serie de acciones y actividades imprescindibles para vivir y ser independiente. Desde que uno se despierta por la mañana, hasta la hora de acostarse al final del día, hay una serie de movimientos, acciones y actividades imprescindibles, básicas y vitales. Así hay que levantarse de la cama (transferencia a la silla de ruedas, por ejemplo); viene luego el aseo (ducha, afeitado, maquillaje, etc., según los casos); quitarse y ponerse ropa; comer; beber.... Todo este tipo de acciones, se llaman en rehabilitación actividades de la vida diaria (A.V.D. en abreviatura). En una persona no discapacitada, la que se llama generalmente normal, se llevan a cabo casi sin darse cuenta y con total independencia, sin necesitar ayuda de otra persona.

En cambio, en el caso de una persona con una discapacidad menor o mayor, estas A.V.D. generalmente no pueden llevarse a cabo con independencia, resultan bastante dificultadas por la discapacidad. A veces incluso son imposibles sin la ayuda de otra persona, y, en todo caso, precisan un reentrenamiento y frecuentemente algún aparato, dispositivo o artilugio que las facilite o las haga posibles. Dichos dispositivos reciben el nombre de ***adaptaciones y ayudas técnicas***. La enseñanza y el entrenamiento de las A.V.D. es una de las principales



actividades del servicio de Terapia Ocupacional, ya que como es lógico, conseguir mejoras, por mínimas que sean, en la realización de las A.V.D. resulta de vital importancia para la independencia y autoestima del discapacitado.

La lista de A.V.D. es bastante larga y cada discapacitado tiene distintas necesidades, por lo que los programas de enseñanza y entrenamiento han de ser personalizados. Casi mejor que hacer una lista exhaustiva, será referirse a varios de los diferentes capítulos que comprenden:

Lista de algunas A.V.D.:

- Aseo y autocuidado.
- Comer y beber
- Leer y escribir.
- Manejo de electrodomésticos (radios, televisores, ordenadores, etc.)
- Comunicación, teléfonos fijos y móviles.

### ***Adaptaciones y ayudas técnicas***

Anteriormente se mencionaban artilugios y dispositivos para facilitar las A.V.D. Este tipo de aparataje es de dos clases: adaptaciones y ayudas técnicas.

Las ***adaptaciones*** son dispositivos relativamente sencillos, casi siempre artesanales, y suelen confeccionarse a medida del paciente. La mayoría de las veces en el propio servicio de Terapia Ocupacional. Ejemplos conocidos son los mangos portacubiertos, o portabolígrafos, los calzacalcetines y medias, calzadores alargados,



cucharas, tenedores y cuchillos doblados y preparados, según el tipo de mano que lo use, etc.

Las **ayudas técnicas** son más complejas técnicamente. Se fabrican en talleres y fábricas especiales. Las medidas ya no son personalizadas como las adaptaciones, sino estándares, en varios tamaños. Ejemplos muy numerosos son las sillas de ruedas, los bastones y muletas, antiguas adaptaciones ahora fabricadas industrialmente. Estas serían las más sencillas. Desde aquí se llegaría a las más sofisticadas tales como mandos electrónicos, adaptadores informáticos, casa domotizada, etc.

### **Las transferencias.**

Este gran capítulo de la rehabilitación de un persona gravemente afectada en su movilidad, como los lesionados medulares, consiste en la traslación desde la cama, el sillón, etc. a la silla de ruedas y viceversa. En cierto modo, formaría parte de las A.V.D. ya que muchas de estas actividades no podrían realizarse sin traslado o transferencia desde la silla de ruedas a la bañera o ducha a la taza del váter.

El aprendizaje de las transferencias, como el de las A.V.D., es de especial transcendencia para el futuro del discapacitado, en cuanto a sus posibilidades funcionales y a su independencia. Aunque es en el servicio de Terapia Ocupacional donde se suele prestar más atención a esta enseñanza, en realidad las transferencias y las A.V.D. deben ser enseñadas y promovidas en todo el ámbito del hospital de rehabilitación. El gimnasio y la enfermería también tiene gran papel en este tema. Y todavía más: incluso los pacientes más veteranos, pueden y deben enseñar a los más novatos algunos trucos y acciones que no están en los libros, ni en los protocolos



hospitalarios, pero que han sido aprendidos de la gran maestra de la vida, es decir, la experiencia personal.

Al final de la cuestión, cada discapacitado en tratamiento de rehabilitación, debe finalizar el mismo con el mayor grado posible de independencia, y con una serie de técnicas y trucos de transferencias, A.V.D. etc. absolutamente personales.

### ***Adaptación posicional a la sedestación y a la silla de ruedas***

Muchos discapacitados como los lesionados medulares, han de pasar bastantes horas sentados, bien en la silla de ruedas, o en sofás, sillones o sillas normales. Si no se tiene mucho cuidado en mantener posturas correctas, las malas posturas pueden ocasionar molestias, dolores y agravación de contracturas y rigideces.

Por otra parte, como las sillas de ruedas son de fabricación estándar, casi nunca se adaptan bien a cada persona, a pesar de su amplia variedad de medidas, modelos y complementos. Por ello las Terapeutas Ocupacionales, de acuerdo con el Médico Rehabilitador que hace la prescripción, necesitan introducir pequeñas modificaciones, añadir ciertos cojines o piezas, para conseguir una adaptación postural y una sedestación adecuadas.

### ***Preparación de la vivienda.***

Otro aspecto del trabajo de lo/as Terapeutas Ocupacionales, cada vez más en auge, es la orientación para hacer adaptaciones en la vivienda. Aunque la adaptación de la vivienda a las necesidades del lesionado





medular, es asunto complejo en el que intervienen factores personales, económicos, ambientales, etc. El equipo profesional de Terapeutas Ocupacionales, puede y debe proporcionar orientaciones muy válidas sobre las necesidades imprescindibles de cada paciente.

## Notas previas

La necesidad de adaptar la vivienda habitual a la nueva situación es indiscutible. En las viviendas normales, existen toda clase de barreras arquitectónicas para un nuevo lesionado medular. Hay toda un serie de dificultades para el acceso y circulación con la silla de ruedas, de poder utilizar la taza del váter y la bañera o ducha, que hacen imprescindibles ciertos cambios que permitan al lesionado medular y a su familia el uso independiente o con la menor ayuda posible de estos elementos.

Los cambios para adaptar una vivienda suelen ser complicados y caros. Hay ayudas oficiales, pero siempre son escasas. De todas formas este tema requiere mucho sentido común y racionalidad para abordarlo. Es un conflicto entre lo ideal y lo posible, que debe resolverse de la mejor manera posible.

## “Lo mejor es enemigo de lo bueno”

Este dicho popular castellano es de aplicación aquí como en otras situaciones. Quiere decir que mejor que hacer las cosas perfectas, hay que hacerlas simplemente buenas. En el caso de la adaptación de la vivienda, lo ideal, **lo mejor**, sería una nueva vivienda muy amplia de planta baja, completamente domotizada, todo automático, etc. Pero esto, evidentemente, casi nunca es posible y hay que conformarse con hacer una **buen**a adaptación,



con el menor gasto y trastorno posibles.

## **Adecuar al tipo de vida y a los recursos disponibles**

Hay que plantear que tipo de vida, trabajo, relaciones sociales, etc., va a realizar el lesionado medular. No es lo mismo que trabaje en casa que fuera; que salga mucho o poco, etc.

Por otra parte, la adaptación siempre va a estar condicionada por los recursos disponibles, propios o contando con las ayudas oficiales.

### **Portal, rampas, ascensores.**

En las viviendas por pisos, dependientes de la Ley de la Propiedad Horizontal, puede haber problemas no sólo técnicos y económicos para la adaptación, sino también de tipo legal, ya que hay que contar con la aceptación de la comunidad de propietarios. Esto a veces es una ayuda, pero frecuentemente puede ser una dificultad añadida.

Desgraciadamente, muchos portales y ascensores no son accesibles para la gente en silla de ruedas. En ocasiones, es técnicamente imposible, o implica unas obras complicadas y muy costosas, que, incluso con la no siempre segura autorización de la comunidad de propietarios, no son viables económicamente, máxime si han de ser pagadas por el lesionado medular o su familia.

Pese a todas estas tremendas dificultades, el parapléjico o tetrapléjico no debe resignarse a vivir únicamente encerrado en un piso pequeño, malo e inaccesible,



renunciado a salir de casa y a tener vida social y laboral después de su lesión.

Afortunadamente, cada día hay mayor conciencia social de las necesidades de estas personas, y con la ayuda de los servicios sociales oficiales y privados, el lesionado medular debe luchar por conseguir una vivienda adecuada y digna.

### **La habitación**

Ha de ser lo más amplia posible y permitir la transferencia de la silla de ruedas a la cama, y viceversa, con cierta holgura.

Hay que plantearse también si va a ser solamente dormitorio o si va a tener uso añadido como zona de trabajo o de estar (mesa, ordenador, etc.) que claro está requeriría en este caso más espacio.

Según el tipo de lesión y grado de independencia de la persona, habrá que pensar o no en la instalación de dispositivos domóticos y automatismos para posibilitar el máximo grado de independencia posible.

### **Cama y colchón**

Según la situación del usuario, será o no aconsejable una cama normal u otra articulada, parecida a las de hospital. De cualquier manera la cama deberá permitir y facilitar los cambios posturales, y la más fácil higiene.

### **Cojines protectores**

Un tema que se plantea siempre es si usar un colchón normal, o decididamente optar por uno de los mal llamados antiescaras, o usar los también no correctamente denominados cojines antiescaras. No parece co-



recta del todo la denominación de antiescaras, ya que **ningún tipo de cojín evita completamente las úlceras por decúbito**. El nombre mejor sería de cojines protectores, que es lo que en realidad son. **Lo único que evita de verdad las úlceras por presión son los cambios posturales y la higiene rigurosa. Es un error grave creer que los cojines por sofisticados que sean permitir descuidar o ser negligentes con los cambios posturales y la higiene. Los denominados cojines antiescaras son una ayuda muy recomendable y estimable, pero no una solución única.**

## **Grúas**

Al proyectar los cambios adaptativos de la habitación, hay que pensar en la instalación o no de grúas portátiles o jijas. Son prácticamente imprescindibles para muchos tetrapléjicos o parapléjicos de alto peso corporal.

## **GIMNASIA AL SALIR DEL HOSPITAL.**

Este es un tema discutible, por presentar aspectos psicológicos afectivos que lo complican extraordinariamente. Una persona con lesión medular no termina nunca de admitir que su lesión es definitiva e irreversible. Cree casi siempre que no ha hecho suficiente gimnasia (lo cual a veces es cierto, pero otras no), y que por eso no ha recuperado todo lo que debía. Generalmente esto es falso, pero a estas personas les resulta casi imposible el admitirlo.

Por otra parte entre algunas asociaciones de lesionados medulares hay una especie de competición por crear gimnasios para sus asociados, para que sigan



haciendo gimnasia cuando ya se han ido a su casa dados de alta en el hospital.

El dotar de este recurso a los lesionados medulares no es criticable en sí. Pero siempre y cuando no signifique que el asociado se dedique sólo a esta actividad y no haga otra cosa en todo el día que ir al gimnasio de su ASPAYM provincial.

Si un lesionado medular hace vida activa en el sentido de que se levanta por la mañana, se asea, se va a trabajar en su coche; va un tiempo (no más de una o dos horas como mucho) a un gimnasio; vuelve por la tarde a casa; sale con la familia y los amigos; y se acuesta por la noche; en realidad hace una vida prácticamente normal como la de las demás personas. Si se hace este tipo de actividad vital, los movimientos y transferencias que implica son una colección nada desdeñable de ejercicios, no meramente gimnástico, sino de la vida real, que son los que interesan.

Seguir haciendo gimnasia al salir del hospital no es malo, pero siempre y cuando no sea la principal, y menos la única, actividad que el lesionado medular lleve a cabo.

Si el parapléjico o tetrapléjico, además de estar activo en su vida familiar, social y laboral (actividades primordiales), dedica algún tiempo de su día (poco) a hacer gimnasia, es algo estupendo. Pero si la gimnasia sustituye y anula las otras actividades, es muy mala cosa. Por eso es aconsejable que las asociaciones favorezcan esta gimnasia como actividad complementaria, nunca principal, y presten apoyo psicológico, si es necesario, para luchar contra esta idea de hacer gimnasia toda la vida, que en algunos es una auténtica obsesión.



**Hacer gimnasia sí, de acuerdo, pero hay otras cosas antes (trabajar, ganarse la vida, vivir la familia y amigos, etc.)**

## **SILLA DE RUEDAS.**

La silla de ruedas, tanto manual como eléctrica, es la mejor ayuda técnica para el lesionado medular. Aunque a veces, al principio de la situación de lesión medular, tanto el paciente como su familia la contemplan psicológicamente como la señal infamante de la invalidez. Incluso hay momentos de negarse a aceptarla. Pero cuando la realidad se impone, se termina aceptándola como la ayuda más útil, la que posibilita el desplazamiento más o menos autónomo del parapléjico o tetrapléjico.

### **Mantenimiento**

Dada la importancia que la silla tiene para el interesado, es imprescindible mantenerla en las mejores condiciones posible. Cuando se trata de un parapléjico que domina bien todo tipo de transferencias, el mantenimiento de la silla debe hacerlo el mismo personalmente. Cuando es un parapléjico con menos manejo o un tetrapléjico no podrá hacerlo sólo y necesitará más o menos ayuda de otras personas.

La silla debe mantenerse limpia. Los ejes y articulaciones mecánicas debe estar conveniente engrasadas y lubricadas. Las lonas o plástico de los asientos y respaldos deben estar adecuadamente tensadas y si empiezan a romperse, deben de ser reemplazadas cuanto antes. Mantener estos elementos en malas



condiciones puede producir malas posturas de sedestación del usuario.

## **FORMACIÓN**

La lesión medular traumática afecta mayoritariamente a personas jóvenes, algunas con poca formación cultural y profesional. Es lógico pensar que si, por ejemplo, se trata de un trabajador manual, después de sufrir la paraplejia o tetraplejia, tiene pocas o nulas posibilidades de retornar a su trabajo habitual. Una persona joven a pesar de su lesión medular, no debe ni puede resignarse a pasar el resto de su vida como alguien que no hace nada, sin trabajar. Se impone, pues, un cambio de tipo de trabajo, a los muchos trabajos que hay de tipo sedentario. Pero para ello se necesita una formación cultural y profesional, si no se tenía anteriormente.

Por todo esto, es conveniente que cuanto antes, desde el hospital incluso, se plantee y proyecte el tipo de formación a recibir. De ahí que sea aconsejable para el paciente y su familia que aprovechen durante su estancia hospitalaria, los recursos (por supuesto elementales y de principio) de que el hospital disponga, tales como, aulas y servicios de formación, bibliotecas, exploración prevocacional, etc. Para un trabajador manual que no tenía contacto previo ver, aunque sea elementalmente, el mundo de la informática, el arte, es una experiencia importante que puede orientarle en su cambio de actividad.

### **Alfabetización**

Aunque el progreso evidente de nuestro país ha hecho que el número de analfabetos totales haya



descendido espectacularmente en un siglo, todavía existe una porcentaje que oscila en torno al 2,16% para hombres y 3,4% para las mujeres. En diversas publicaciones se habla actualmente entre 1 y 2 millones de analfabetos en nuestro país. A esto hay que añadir el alto porcentaje de emigrantes, que algunos son totalmente analfabetos y otros lo son funcionalmente por tener idioma distinto.

En cualquier caso, y dejando a un lado las cifras estadísticas, el analfabetismo en nuestro mundo actual es una grave discapacidad, ya que dificulta extraordinariamente la vida diaria de esas personas. Si al analfabetismo se suma una lesión medular, se trata de una doble discapacidad.

Por tanto, aún siendo minoritario el número de verdaderos analfabetos con lesión medular, en el hospital debe haber recursos para luchar contra ***el analfabetismo, el cual, al contrario de la lesión medular, sí que es reversible.*** Luchar contra el analfabetismo en parapléjicos y tetrapléjicos es obligatorio para la rehabilitación. Redimir el analfabetismo de un lesionado medular, se hace que una doble discapacidad (lesión medular + analfabetismo) sea una sola y no dos.

## **TRABAJO Y OCIO.**

En opinión de los entendidos en la materia, la rehabilitación de un lesionado medular, aunque haya sido muy buena desde el punto de vista físico, no está completa hasta que el parapléjico o tetrapléjicos se hayan incorporado de nuevo al trabajo y al ocio. Efectivamente, se ha comprobado que en las revisiones hospitalarias anuales o bienales, los lesionados medulares que están





en mejor situación física, son aquellos que llevan una vida activa en los aspectos de trabajo y ocio.

La rehabilitación ideal, llevada a su final, exige que al término del proceso rehabilitador, el lesionado medular tenga y desempeñe un trabajo adecuado a sus capacidades. Cuando esto es así, la disciplina que el trabajo impone, por ejemplo, en cuanto a horario y actividad física, (transferencias al levantarse y asearse, entrar y salir en el coche, etc.), es una de las mejores pautas de vida sana y ejercicio físico adecuados. Esto explica en gran parte, el por qué los lesionados medulares que trabajan están mejor físicamente y tienen mejor aspecto que los que no lo hacen.

En cuanto al ocio bien entendido, está claro que la vida no es solo trabajo y que un cierto tiempo dedicado a diversiones y aficiones es también fundamental para que el individuo se sienta realizado y viva a gusto consigo mismo y con los demás.

### **Poca televisión, más actividad intelectual y diversiones activas.**

En este enunciado se resume lo que sería la buena orientación del ocio y tiempo libre de un lesionado medular rehabilitado.

El deporte en silla de ruedas, del que cada vez existen más variedades y posibilidades, es altamente recomendable por sus efectos positivos tanto en el campo físico como psicológico.

Hay también actividades colectivas, como muchas de las excursiones organizadas por ASPAYM, que también son muy beneficiosas.



En fin, la actividad lúdica y de ocio activa, no pasiva, es una buena fuente de bienestar.

La conclusión final es que:

***Un parapléjico o tetrapléjico, debe alcanzar como meta una vida lo más activa posible, tanto en el terreno laboral como en el del ocio y tiempo libre.***

## **COCHE Y CARNÉ DE CONDUCIR**

En las lesiones medulares traumáticas, el mayor porcentaje de causas se debe a accidentes de tráfico, de automóviles y motos, siendo producidos mayoritariamente por los coches en accidente o atropello. Desde este punto de vista, al automóvil irá siempre asociado negativamente a la causa de la paraplejía o tetraplejía. Por otra parte, desde otro punto de vista, después de la silla de ruedas, el coche es para el futuro del lesionado medular el mayor facilitador de independencia. Si el lesionado medular quiere trabajar, salir, divertirse fuera de su casa, necesita prácticamente el coche para casi todos los desplazamientos.

Por esta razón, en la rehabilitación integral de parapléjicos y tetrapléjicos hay que considerar que el paciente para estar rehabilitado totalmente necesita, además de la silla de ruedas y otros elementos, poder conducir nuevamente o por primera vez un automóvil. Esto es indiscutible tanto desde el punto de vista teórico, como práctico.

El problema que se plantea es que no se puede conducir sin el permiso oficial correspondiente, es decir, el carné de conducir. El hospital de rehabilitación donde



se haga el tratamiento rehabilitador, tiene la obligación, en aras de la calidad y plenitud de dicho tratamiento, de proporcionar la oportunidad de conducir coches a los pacientes. A este fin, se necesitan dos cosas: el automóvil y el carné de conducir. Sin carné no se puede conducir, pero con carné y sin coche tampoco. Es casi un dilema como que fué primero el huevo o la gallina. En este caso que es primordial, el carné o el coche.

Evidentemente ningún centro rehabilitador tiene recursos para cumplir este objetivo, proporcionando automóviles. Pero si puede resolver este problema bastante satisfactoriamente si se dedica con interés a facilitar la obtención del carné de conducir. Esto puede resultar muy útil, ya que a veces hay zonas del territorio nacional español en donde se ponen bastante pegas burocráticas, como limitaciones absurdas de velocidad y diversos tipos de dificultades. En este sentido, por ejemplo, un centro de rehabilitación de lesionados medulares, puede y debe contar con la colaboración de una autoescuela especializada (con coches con mandos adaptados) y debe proporcionar al lesionado medular informes médicos que ayudan a los trámites burocráticos con Sanidad y Tráfico. El Hospital Nacional de Parapléjicos ha tenido y mantiene estos recursos desde su fundación hace más de treinta años.

### ***El carné de conducir***

De acuerdo con lo expresado anteriormente, cuando en el centro de rehabilitación se plantea el dotar de carné de conducir a un determinado paciente, hay que distinguir dos casos generales: 1) el que tenía carné antes del accidente; 2) el que, por su edad o por otras circunstancias, no se había examinado nunca del carné de conducir.



En el primer caso se trata principalmente de dos cosas: La primera probar coche o coche con mandos manuales adaptados, por ejemplo, los del vehículo adaptado de la autoescuela correspondiente, inclusive algunos tetraplégicos pueden manejarse con este tipo de mandos. La segunda cosa es el trámite administrativo para conseguir un carné actualizado, con o sin nuevo examen.

En el caso de los que van a obtener el carné por primera vez, tiene que haber una formación y entrenamiento previos, que se realiza en la autoescuela con vehículo adaptado.

Respecto a los carnés de conducir actualizados con mandos manuales, tanto en el caso de los que lo obtienen por primera vez, y no digamos ya en los que lo tenían anteriormente, **estamos en contra de las limitaciones de velocidad discriminatorias para los discapacitados**. El permiso de conducir **se debe dar o no, de acuerdo con la eficiencia de conducción en el examen**. Pero **no se deben poner, ni son admisibles, más limitaciones adicionales por ser minusválido. Solo las que establezca la ley para todos, discapacitados y no discapacitados**.

### ***Mandos adaptados.***

Resulta evidente que un paraplégico o tetraplégicos, al no poder usar las extremidades inferiores, necesita adaptar su vehículo con mandos manuales. Existen en el mercado varios tipos y lo mejor es verlos y probarlos, si es posible. No procede en esta guía inclinarse a favor de uno u otro tipo.

En lo que respecta a dichos mandos, las autoridades



competentes los homologan previamente a la salida al mercado.

Por otra parte, los avances tecnológicos repercuten en la producción de mejores mandos.

Como consejo y orientación, bastará con decir algunas cosas:

- No necesariamente los más caros, son los mejores.
- Cuanto más sencillos mejores son.
- Utilizar siempre los que estén homologados. Las soluciones artesanales que generalmente suelen resultar más baratas, pueden tener problemas con la homologación.
- En todo caso el usuario debe sentirse a gusto y seguro con los que utilice.

### ***Transferencias.Cuál es el método ideal.***

Al tratar de la Terapia Ocupacional, ya se mencionaron las transferencias, y se destacó su importancia rehabilitadora. Además de las implicadas en las A.V.D. dentro de la vivienda, son muy importantes las del paso de la silla de ruedas al coche y viceversa, y también el introducir y sacar la silla autónomamente.

Es muy difícil establecer y protocolizar las transferencias silla-coche y viceversa. Varía según las condiciones del lesionado medular, el modelo de silla y el modelo de coche. En Terapia Ocupacional se pueden aprender algunas, pero al final tiene que hacerse de modo individual. Además de los libros y manuales, de la Terapia Ocupacional (grandísimas ayudas sin duda), son muy importantes los consejos y ejemplos de los parapléjicos y tetrapléjicos más veteranos.



No hay, pues, una sola forma, ni una mejor de hacer esta transferencia. Cada uno debe de aprender todo lo que pueda de los demás, y luego hacer la suya propia, que al final sí será la mejor.

## ***EL AUTOCUIDADO***

Como ya sabemos o deberíamos saber para nosotros conocer nuestro cuerpo y saber cuidarlo es algo primordial para tener una buena calidad de vida y poder disfrutar de ella. Por eso, desde nuestra experiencia vamos a hacer hincapié en los aspectos de nuestro cuerpo sobre los que debemos tener un cuidado especial para no sufrir problemas serios y que nos influyan en nuestra actividad diaria.

## ***CRISIS VEGETATIVA***

Esta es una complicación importante de los lesionados medulares, sobre todo para aquellos de nivel metamérico D-6 o superior, es decir, afectación por encima de la sexta metámera dorsal, o lo que es igual, lesiones dorsales altas y cervicales (paraplejias altas y tetraplejias).

Es necesario destacar que *este tipo de complicación de la lesión medular es muy poco o casi nada conocido en los ambientes médicos y sanitarios no especializados en lesiones medulares.* No viene mencionada en los libros generales de medicina y enfermería. Y, desgraciadamente, es un cuadro clínico grave, con peligro vital para el paciente, y, en todo caso, fuente de agudos sufrimientos y angustia para el afectado. Es, pues, muy importante su conocimiento y tener ideas claras al respecto.



## ¿Qué es la crisis vegetativa?

Esta situación recibe varios nombres: **hiperreflexia vegetativa, hiperreflexia autonómica, disreflexia vegetativa o autonómica, etc.** Hemos elegido el nombre de **crisis vegetativa**, quizá menos correcto desde el punto de vista médico y fisiológico, pero probablemente más explícito para el público en general.

Se trata de un trastorno consistente en una hiperreflexia del sistema nervioso vegetativo visceral. Como todas las hiperreflexias es anormal. Todo el mundo conoce más o menos, o por lo menos ha oído hablar de los reflejos musculares, cutáneos, etc., que se alteran en la lesión medular, pero menos gente tiene noticia de los reflejos viscerales de la micción, defecación, y de los mecanismos automáticos de la circulación sanguínea, frecuencia del pulso, respiración, etc. Todo ello también se altera más o menos profundamente en el lesionado medular.

### **Causas:**

La crisis vegetativa no se produce normalmente si no hay unas causas que la desencadenen. Las más comunes son:

- Vejiga de la orina muy llena y distendida, que es la causa más frecuente. Por lo general se debe a la obstrucción de la sonda uretral o a un obstáculo en la uretra.
- Intestino distendido por falta de evacuación intestinal.
- Irritación de la piel, por presión en un punto, una úlcera, una uña encarnada, etc.

Como puede verse, se trata de situaciones en las que hay una irritación, lo que a veces se llama también una "espinas irritativas", que dispara la hiperreflexia del sistema nervioso vegetativo.



## **Señales, síntomas y signos:**

Gran malestar general.  
Sensación de angustia y gravedad.  
Dolor de cabeza fuerte y punzante.  
Vista borrosa.  
Sudoración.  
Escalofríos sin fiebre.  
Presión arterial muy alta.  
Pulso lento (bradicardia).

Todos estos signos y síntomas **no sólo parecen graves; es que lo son**. La presión arterial alta puede llevar a un derrame cerebral. La bradicardia a una parada cardíaca. En los ambientes sanitarios conocedores de la lesión medular se conoce bien el síndrome de la crisis vegetativa y se sabe de la urgencia de su tratamiento correcto (ir a la causa). En otros establecimientos sanitarios que desconocen esta situación no se suele hacer mucho caso hasta que los síntomas y signos son ya muy apremiantes. Y entonces el desconocimiento del tema lleva a un tratamiento sintomático, de, por ejemplo, medicamentos para bajar la hipertensión arterial y para corregir la bradicardia (pulso lento). Desgraciadamente, si no se soluciona la causa (obstrucción urinaria o fecal, espina irritativa), el tratamiento sintomático es poco eficaz; los medicamentos apenas hacen efecto, y el paciente sigue sufriendo, afectado y en peligro.

## **¿Qué hacer si se presenta una crisis vegetativa?**

Depende de donde se encuentre la persona afectada.

A) Si está ingresada en un sitio especializado en lesiones medulares (Hospital Nacional de Paraplégicos,





Instituto Guttmann, Unidades de Lesionados Medulares) la cosa es sencilla: **avisar a la enfermera o al médico** que, como es lógico, son concedores del problema y de su tratamiento.

B) Si el paciente con crisis vegetativa está en una institución sanitaria no especializada (Hospital general, Centro de Salud, Residencia, etc.) debe **comunicarse la situación al personal sanitario responsable más cercano**. Entonces pueden suceder dos cosas: **1) que conozcan el tema**, con lo cual no habrá problema y pronto le pondrán remedio. **2) que no sepan de este cuadro clínico, y no le den mayor importancia**, ya que generalmente el paciente se queja, pero no tiene mal aspecto al principio. Conviene entonces **pedirles que le tomen el pulso y la tensión**, que, muy probablemente estén muy lento el uno y muy alta la otra. Al ver esto, ya estarán más dispuestos los sanitarios a darle la importancia que tiene. Entonces se les puede enseñar este librito, y pedirles por favor que revisen la situación de la vejiga y el recto, procediendo al sondaje o evacuación que sea preciso.

C) En el caso de que la crisis vegetativa se produzca fuera o lejos de algún establecimiento sanitario, conviene dirigirse lo antes posible a un servicio de urgencias, actuando respecto al personal sanitario, tal y como se explicaba antes, según que conozcan o no el tema.

Si no hay posibilidad de ir a un centro sanitario, lo primero es revisar la situación de la orina. Si está con sonda, comprobar si corre bien, que los tubos no estén retorcidos y que la bolsa esté colocada bien por debajo del pubis. En caso de duda, cambiar la sonda, por autosondaje o sondado por otra persona. Si no se está



con sonda, palpar la vejiga para ver si se nota dilatada, proceder al autosondaje o sondaje que sea preciso.

Si la situación de la orina es correcta, hay que revisar la evacuación intestinal. Si hay retención de heces, se procederá a la evacuación digital por tacto rectal.

### **Sugerencia importante:**

Como ya se explicó antes, el tema de la crisis vegetativa es poco conocido en general, incluso por personal sanitario no familiarizado con la lesión medular. Por esta razón, se sugiere que los pacientes susceptibles de padecer este problema, vayan provistos de un informe sobre este asunto, para poder mostrárselo a médicos y enfermeras no conocedores del tema. Podría servir una fotocopia de las páginas de esta guía referentes al tema. Esta sugerencia se basa en varias experiencias vividas por diferentes pacientes en algunas ocasiones.

### **NUESTRA PIEL.**

¿Cuál es el problema más extendido y que nos puede dejar una buena temporada en la cama?

**Las úlceras por presión**, la falta de sensibilidad nos hace carecer de mecanismos de defensa para evitar la presión prolongada sobre los salientes óseos, los signos de alarma son enrojecimiento de la piel y posterior endurecimiento de los tejidos.



¿Qué significado tiene para nosotros?

Que hay que vigilar la parte de nuestro cuerpo sin sensibilidad, a la hora del apoyo en la cama, silla de ruedas, zapatos y ropa, para evitar rojeces y no acabar con una escara.

¿Qué debemos hacer?

Fácil, mirarnos todos los días las zonas de riesgo como son el isquión y el sacro, parte que más apoyamos sentados en la silla; talones y dedos (calzado), rodillas y todos juntos cuando nos levantamos, atención especial a codos y manos en tetraplégicos.

Realizar cambios posturales, es imprescindible que se lleven a cabo con frecuencia ya que si se sigue apoyando en la zona de riesgo puede producirse una úlcera.

\* Los calcetines si los ponemos del revés impediremos que nos marquen las costuras.

...Y además de mirarnos, tener siempre una piel limpia e hidratada (la higiene es tan imprescindible para nosotros como el beber agua) y esto, nos evitará bastantes problemas.

Otro problema a tener en cuenta con nuestra piel son los **roces y golpes**, que pueden causar aunque sea mínimo, una fractura indolora, debemos prevenirlos.

¿Qué podemos hacer ante esto?

Tener mucho cuidado al hacer las transferencias para evitar las rozaduras y golpes (los moratones nos pueden producir heridas internas).

También precaución con las **quemaduras**, evitar



la exposición directa al calor, estufas, chimeneas, agua muy caliente, etc., la falta de sensibilidad nos impide percibir la temperatura excesiva y puede ocasionarnos una quemadura que tendría graves consecuencias.

## **APARATO URINARIO.**

Unos de los temas más serios que los lesionados medulares se encuentran después de su lesión es el **control de esfínteres**. Esta situación que no se nota desde fuera, y que para la mayoría de las personas pasa desapercibida, ya que creen, que una persona parapléjica o tetrapléjica es alguien que no puede andar. Para nosotros esta falta de control nos lleva ante situaciones violentas debido a que no todo el mundo conoce las secuelas de una lesión medular.

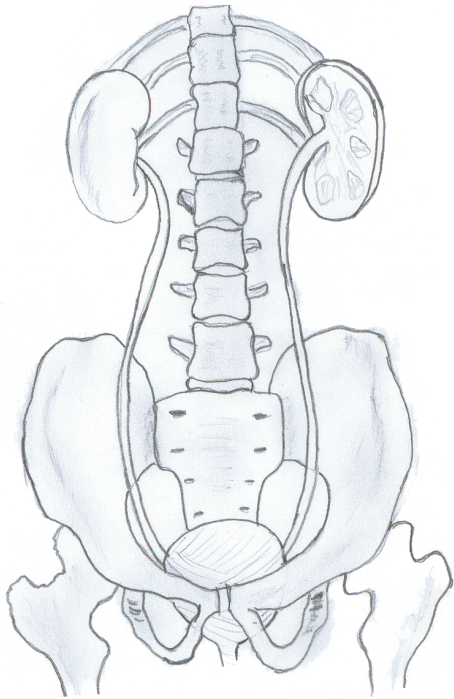
El control voluntario de nuestra defecación y micción está alterado, por ello tenemos que reeducar nuestro cuerpo.

Como ya hemos dicho anteriormente una inmensa mayoría sufrimos de incontinencia urinaria y fecal. Esto es muy serio para nosotros, pues en momentos de nuestra vida no debemos perder los nervios cuando nos mojamos o manchamos y estamos fuera de casa. Es algo que no podemos evitar.

Y... ¿Qué podemos hacer? Pues la verdad que poco, pero creemos que algo primordial es, no perder los nervios, es inevitable cuando pasa.



Cuando “pinchamos” y estamos fuera de casa, por experiencia os aconsejaríamos que, siempre en el coche o en una mochila llevemos un recambio de pantalones, colectores, sondas si las necesitas,



pañales, un paquete de toallitas húmedas para poder cambiarnos y así seguir con nuestra vida; continuar rodando, de compras, al cine, de fiesta, trabajando... Y como hemos dicho antes, ya que no podemos evitar el “pinchazo” cuando ocurre, por lo menos estar preparado para que no nos corte lo que estamos haciendo.

Siguiendo con estos temas en el Hospital dependiendo de nuestras lesiones nos enseñan los pasos a seguir para la micción y la defecación.

Para orinar cada uno se adecua a su circunstancia, se puede hacer “pis” mediante presión abdominal, dando golpecitos en la vejiga (por estímulo) y mediante el autosondaje cada cierto tiempo.

**Muy importante:** “siempre nuestra zona genital tiene que estar muy limpia, esto nos evitará infecciones de orina y si además la acompañamos de una buena ingesta de agua nuestros riñones y vejiga estarán contentos y no nos darán problemas”.



Ayudas que tenemos para la incontinencia de orina en hombres y mujeres.

**HOMBRES:**

- Colectores.
- Bolsas de piernas.
- Bolsas de cama.
- Sondas permanente.
- Sondas para sondajes intermitentes (hombres).

**MUJER:**

- Pañales (día/noche).
- Compresas.
- Sondas permanente.
- Sondas para sondajes intermitentes (mujer).

**NOTA DE INTERÉS:**

Por suerte para nosotros las sondas han cambiado mucho y ya no tenemos que coger el lubricante para aplicarlo a la sonda por un lado, la sonda por otro, etc., ahora en el mercado disponemos de las sondas prelubricadas que con el simple gesto de llenar el envase de agua donde esta la sonda, la tenemos lista para su utilización.

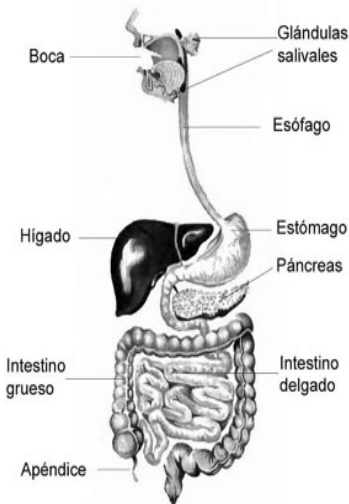
**APARATO DIGESTIVO.**

Para nosotros lo importante es saber que debido a nuestra falta de movilidad, nuestras digestiones pueden ser más lentas que las de una persona andante sana y que tendremos que llevar una buena dieta equilibrada co-



miendo algo más de fibra y evitando en lo posible la acumulación de gases, para que nos ayude a la hora de la deposición, porque en este cuestión en general si solemos tener dificultades.

¿Por qué nos sucede esto? En líneas generales como ya hemos dicho, nuestra digestión se ralentiza y cuando el sobrante de la comida llega a nuestro intestino grueso más exactamente a la zona del colon empiezan nuestros problemas. Al estar siempre sentado y acompañados de la falta de movimientos abdominales en general vamos estreñidos, dando lugar esto a la toma de algún tipo de laxante para ayudarnos en la defecación.



Como nos enseñan en el Hospital, lo ideal sería ir todos los días al baño, pero como esto es casi imposible, lo regularizaremos acudiendo en días alternos y acostumbrándonos a un determinado horario. El laxante que utilizaremos será el que mejor se adecue a nuestro cuerpo.

Los más conocidos son:

- Duhpalaf (que no es absorbido por el intestino).
- Gotas y pastillas de Evacuol.
- Supositorios.

A tener en cuenta en la mujer, cuando se tiene la regla, es conveniente no estar estreñida porque con la inflamación de los ovarios y las heces acumulada las re-



glas son (quién las sienta) más dolorosas y molestas. Además también es bueno es esos día no abusar de la sal en las comidas para no retener tanto líquido.

### ***Dieta, comida y bebida.***

En general, un lesionado medular no tiene limitaciones dietéticas. Puede y debe comer de todo, con una dieta variada en la que entren **abundancia de frutas y verduras**, con objeto de proporcionar al organismo suficiente fibra para la formación adecuada de las heces.

Otra cosa importante a tener en cuenta desde el punto de vista de la dieta, es que **se debe evitar por todos los medios que el lesionado medular engorde**. Para ello es recomendable una dieta de 1.500 calorías para los que hagan poco ejercicio y no pasar de las 2.000 calorías en cualquier caso.

Respecto a la bebida, **el alcohol esta siempre contraindicado**, ya que, aparte de sus propios efectos nocivos, puede tener interacciones graves con alguno de los medicamentos que el parapléjico o tetrapléjico necesitan tomar. Puede y debe ingerir líquidos en abundancia (aproximadamente 2 litros diarios) , preferentemente agua normal y corriente. Son bastante buenos los zumos de frutas y cerveza baja en alcohol (a la que se llama cerveza sin alcohol).

También **está totalmente contraindicado fumar tabaco, sobre todo en el caso de los tetrapléjicos que ya tienen suficientes limitaciones respiratorias, sin necesidad de agravarlas por el tabaco.**





Ni que decir tiene **lo perjudiciales que pueden resultar las drogas.** Es conveniente resaltar que no existe ninguna información científica medianamente seria de que los derivados del cannabis (marihuana, porros) sean beneficiosos de ninguna forma para los lesionados medulares, pese a los rumores y falsas noticias que circulan al respecto.

**EN RESUMEN: DIETA SANA, EQUILIBRADA, VARIADA Y BAJA EN CALORIAS. EVITAR EL ALCOHOL, Y SUPRIMIR EL TABACO Y LAS OTRAS DROGAS.**



## □ VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD:

El objeto de esta valoración es evaluar las discapacidades, así como, en cada caso, los factores sociales que presenta una persona. Esta valoración se expresa a través de la **Calificación del Grado de Discapacidad**, que es emitida cuando se alcanza un porcentaje del 33 % como mínimo y que permite el acceso a beneficios, derechos económicos y servicios de los diferentes organismos.

Los encargados de otorgar la Calificación de discapacidad son los **Equipos Técnicos de Valoración (ETV)** y los **Equipos de Atención Temprana**, ubicados en los Centros Base de cada provincia. Están compuestos por tres vocales: Médico, Psicólogo y Trabajador Social, equipo que se sirve del **baremo** regulados por la legislación vigente (RD 1971/1999 de 23 de diciembre. BOE 26 de enero de 2000) para, entre otras funciones, realizar los dictámenes técnico-facultativos para la calificación del grado de minusvalía, revisión del mismo por agravación o mejoría, determinación del plazo a través del cual se podrá revisar el grado de discapacidad y la necesidad de concurso de 3ª persona.

Vaya por delante que, como comprobamos diariamente en nuestra práctica, la mayor parte de las valoraciones son correctas, a pesar de las dificultades que presenta el actual baremo.

Pero no es menos cierto que algunas, pocas, valoraciones se quedan muy cortas para el tipo de



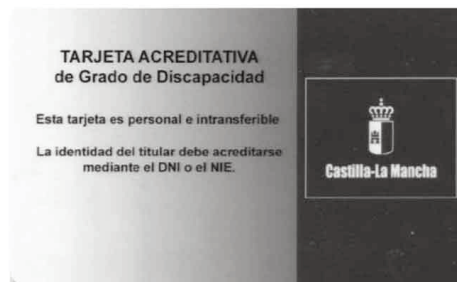
afectación altamente invalidante que es la lesión medular. En relación con ello daremos una regla para andar por casa que simplificaría mucho el trabajo de los valoradores. Se puede realizar una evaluación por el diagnóstico, tal como se hace en el baremo vigente.

### Una regla de andar por casa: la "fórmula del 80-90"

**A) Los parapléjicos, es decir lesionados medulares dorsolumbares o lumbosacros, no deben obtener menos de un 80%.**

**B) Los tetrapléjicos, es decir, los lesionados medulares de nivel cervical y dorsal 1, nunca deben obtener menos del 90%.**

**Tarjeta Acreditativa del Grado de Discapacidad:** las personas con **un grado de discapacidad igual o superior al 33%** reconocido por cualquiera de los Centros Base de Atención a Personas con Discapacidad de Castilla-La Mancha, pueden solicitar esta tarjeta.





## □ PRESTACIONES ECONÓMICAS

El capítulo de prestaciones económicas resulta un paso imprescindible para la persona con discapacidad y, más especialmente, para la persona con Lesión Medular, en los casos en los que existan dificultades para desempeñar un trabajo remunerado.

Por ello, vamos a destacar las prestaciones más habituales dentro de la Lesión Medular: Prestaciones Contributivas y Prestaciones No Contributivas. La diferencia entre ambas es que para acceder a la primera hay que estar cotizando a la Seguridad Social en el momento de producirse la Lesión Medular.

### **PRESTACIONES CONTRIBUTIVAS:**

#### **PENSIÓN CONTRIBUTIVA DE INVALIDEZ**

“Trata de cubrir la pérdida de ingresos que sufre un trabajador cuando por enfermedad o accidente ve reducida o anulada su capacidad laboral”.

Beneficiarios:

Podrán serlo las personas incluidas en cualquier Régimen de la Seguridad Social que reúnan los requisitos estipulados para cada grado de incapacidad.

Grados:

□ Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual: Produce en el trabajador una disminución no inferior al 33 % en el rendimiento para dicha profesión.



Incapacidad permanente total para la profesión habitual: El trabajador queda inhabilitado para su profesión habitual, aunque puede dedicarse a otra distinta.

Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo: Inhabilita al trabajador para toda profesión u oficio.

Gran invalidez: Cuando el trabajador además de encontrarse inhabilitado para toda profesión y oficio, necesita de otra persona para que le asista en los actos más esenciales de la vida diaria.

#### Requisitos:

Se exigen requisitos diferentes en función del grado de incapacidad. Si la incapacidad deriva de accidente sea o no de trabajo o de enfermedad profesional no se exigen cotizaciones previas.

En el caso de las modalidades de Incapacidad permanente absoluta y de Gran Invalidez, en las que normalmente se incluye la Lesión Medular, los requisitos serían:

- Tener menos de 65 años en la fecha del hecho causante y/o no reunir los requisitos exigidos para acceder a la pensión de jubilación contributiva del Sistema, si la incapacidad deriva de contingencias comunes.

- Estar afiliadas y en situación de alta, asimilada a la de alta o en situación de no alta.



Cuando la incapacidad se derive de accidente de trabajo o enfermedad profesional, los trabajadores se considerarán de pleno derecho afiliados y en alta, aunque el empresario haya incumplido sus obligaciones. Se considera situación de alta especial la huelga legal o cierre patronal.

Tener cubierto un período previo de cotización si la incapacidad permanente deriva de enfermedad común o si la incapacidad permanente deriva de accidente no laboral y el interesado no se encuentra en situación de alta ni asimilada.

#### Cuantía:

La cuantía de la pensión se obtiene aplicando a la base reguladora el porcentaje correspondiente, según el grado de incapacidad reconocido.

Incapacidad permanente absoluta: se aplicará el 100 % de la base reguladora.

Gran Invalidez: se aplicará el 100% incrementado en un 50% destinado a remunerar a la persona que tendrá que atenderle.

A petición del perceptor de esta modalidad o de sus representantes legales podrá autorizarse, siempre que se considere conveniente en beneficio del mismo, la sustitución del incremento del 50% por su alojamiento y cuidado en régimen de internado en una institución asistencial pública del Sistema de la Seguridad Social,



financiada con cargo a sus presupuestos.

Pagos:

Si la pensión deriva de enfermedad común o accidente no laboral se abona en 14 pagas (mensualmente con dos pagas extraordinarias).

Si deriva de accidente de trabajo o enfermedad profesional se abona en 12 mensualidades (se prorratean las pagas extraordinarias).

Otros datos de interés:

Hay que tener en cuenta que la situación de la persona que solicitará la prestación será la de incapacidad temporal (Baja laboral), a la espera de su recuperación. Esta situación tiene una duración de 12 meses con una prórroga de 6 meses, pasado este tiempo si la situación es permanente y no ha habido recuperación se pasará por el Tribunal Médico.

Añadir que cuando hablamos de Lesión Medular ya que existe una previsión de sus posibles secuelas, no hay necesidad de agotar el período señalado.

La situación de incapacidad puede revisarse por agravación, mejoría, error de diagnóstico o por la realización de trabajos, mientras no se hayan cumplido los 65 años.

Las pensiones de incapacidad permanente pasan a denominarse pensiones de jubilación, cuando sus beneficiarios cumplen 65 años.

Cuando el motivo de incapacidad sea un accidente



o enfermedad profesional y se haya determinado la responsabilidad empresarial, la prestación económica tendrá un aumento, según la gravedad, de un 30 o 50 por 100.

### **PRESTACIÓN NO ECONÓMICA POR CUIDADO DE HIJO, DE MENOR ACOGIDO O DE OTROS FAMILIARES. (Sólo se protege en el nivel contributivo)**

Todos los trabajadores por “cuenta ajena”, tanto del sector privado como de la Administración Pública, que de acuerdo con la legislación aplicable, disfruten de los períodos de excedencia con reserva del puesto de trabajo para atender al cuidado de hijos, ya sean naturales o adoptados, de menores acogidos en los supuestos de acogimiento familiar, permanente o preadoptivo, así como para el cuidado de un familiar hasta el 2º grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente, enfermedad o discapacidad no pueda valerse por sí mismo y no desempeñe actividad retribuida.

A estos efectos, el art. 46.3 del RD Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores establece que:

-“También tendrán derecho a un período de excedencia, de duración no superior a un año, salvo que se establezca una duración mayor por negociación colectiva, los trabajadores para atender al cuidado de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente o enfermedad no pueda valerse por sí mismo, y no desempeñe actividad retribuida.”





- ... “No obstante, cuando el trabajador forme parte de una familia que tenga reconocida oficialmente la condición de familia numerosa, la reserva de su puesto de trabajo se extenderá hasta un máximo de 15 meses, cuando se trate de miembros de unidades familiares que tengan reconocida la condición de familia numerosa de categoría general, y hasta un máximo de 18 meses, si tienen la condición de familia numerosa de categoría especial”.

Se excluyen los trabajadores por cuenta propia de los Regímenes Especiales Agrario, Trabajadores del Mar y de Trabajadores Autónomos.

## **JUBILACIÓN ANTICIPADA DE TRABAJADORES DISCAPACITADOS**

**Jubilación anticipada de trabajadores con una discapacidad igual o superior al 45%**, “partir de 01-01-10, también podrá reducirse la edad ordinaria de 65 años, en el caso de trabajadores con un grado de discapacidad igual o superior al 45 por ciento.”

Beneficiarios y requisitos:

Pueden acogerse a esta jubilación los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia incluidos en cualquiera de los regímenes que integran el Sistema de la Seguridad Social, que acrediten estar de alta o asimilado a fecha del hecho causante, período mínimo de cotización y estar afectado por alguna de las discapacidades con el grado de discapacidad señalado en este apartado.

La edad mínima de jubilación de las personas afectadas



en este apartado será, excepcionalmente, la de 58 años.

### **Jubilación anticipada de trabajadores con una discapacidad igual o superior al 65%.**

Beneficiarios y requisitos:

Pueden acogerse a esta jubilación los trabajadores por cuenta ajena incluidos en los Regímenes General y Especiales Agrario, de Trabajadores del Mar y de la Minería del Carbón, que realicen una actividad retribuida y durante ésta acrediten el grado de discapacidad establecido, siempre que cumplan los demás requisitos exigidos (período de cotización y hecho causante).

Reducción de la edad de jubilación:

La edad ordinaria de 65 años, exigida para el acceso a la pensión de jubilación, se reducirá en un período equivalente al que resulte de aplicar al tiempo efectivamente trabajado los coeficientes que se indican, siempre que durante los períodos de trabajo realizados se acrediten los siguientes grados de discapacidad:

- El coeficiente del 0,25, en los casos en que el trabajador tenga acreditado un grado de discapacidad igual o superior al 65%.
- El coeficiente del 0,50, en los casos en que el trabajador tenga acreditado un grado de discapacidad igual o superior al 65% y acredite la necesidad del concurso de otra persona para la realización de los actos esenciales de la vida ordinaria.

Edad mínima:



A partir de 01-01-08, la aplicación de los correspondientes coeficientes reductores de la edad no puede dar lugar a que el interesado pueda acceder a la pensión de jubilación antes de los 52 años de edad.

Esta limitación no afectará a los trabajadores de los Regímenes Especiales (Minería del Carbón y Trabajadores del Mar) que, en 01-01-08, tuviesen reconocidos coeficientes reductores de la edad de jubilación, a los que se aplicará la normativa anterior.

## **PRESTACIONES NO CONTRIBUTIVAS:**

### **PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DE INVALIDEZ**

“Asegura a todos los ciudadanos en situación de invalidez y en estado de necesidad una prestación económica, asistencia médico-farmacéutica gratuita y servicios sociales complementarios, aunque no se haya cotizado o se haya hecho de forma insuficiente para tener derecho a una Pensión Contributiva”

#### Beneficiarios y Requisitos:

Pueden ser beneficiarios de la PNC de Invalidez los ciudadanos españoles y nacionales de otros países, con residencia legal en España que cumplen los siguientes requisitos:

- ◇ Carecer de ingresos suficientes.
- ◇ Tener más de 18 años y menos de 65.
- ◇ Residir en el territorio español y haberlo hecho durante un período de cinco años, de los cuales



dos han de ser consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud.

◇ Tener un grado de discapacidad igual o superior al 65 %.

Cuantía y Pagos:

Esta prestación se revaloriza de forma anual. Los pensionistas de PNC de invalidez cuyo grado de minusvalía/discapacidad sea igual o superior al 75% y acrediten la necesidad del concurso de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida, percibirán además un complemento del 50%.

Incompatibilidades:

La Prestación No Contributiva de Invalidez es incompatible con la Prestación No contributiva de Jubilación, con las Pensiones Asistenciales (PAS) y con los Subsidios de Garantía de Ingresos Mínimos y por Ayuda de Tercera Persona de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), así como los beneficiarios de la Prestación Familiar por Hijo a Cargo.

## **PRESTACIÓN POR HIJO O MENOR ACOGIDO A CARGO**

Es una asignación económica que puedan solicitar las personas con hijo a su cargo, menores de 18 años o mayores afectados con una discapacidad igual o superior al 65 %, cualquiera que sea su filiación.

Beneficiarios y Requisitos:



En este caso el beneficiario de la prestación es la persona que tiene el hijo a cargo. Los requisitos para acceder a esta prestación son:

- ◇ Residir legalmente en el territorio español.
- ◇ Tener a cargo hijos menores de 18 años o menores, acogidos, en acogimiento familiar, permanente o preadoptivo, o mayores de esta edad afectados por una discapacidad igual o superior al 65 %.
- ◇ No se exige límite de ingresos en los su puestos de hijos a cargo discapacitados.
- ◇ No tener derecho ni el padre ni la madres a prestaciones de esta misma naturaleza en cualquier otro régimen público de protección social.

#### Cuantía y Pagos:

En relación a las cuantías, encontramos la siguiente clasificación en función de la cual varían las cantidades a percibir:

- Hijo o menor acogido menores de 18 años no minusválidos.
- Hijo menor acogido menores de 18 años y discapacidad igual o superior 33%.
- Hijo con 18 años o más años y discapacidad igual o superior 65%.
- Hijo con 18 o más años y discapacidad igual o superior 75% y necesitado de ayuda de otra persona para realizar actos vitales.

Se abonarán en doce pagas y no se tendrá derecho



a gratuidad farmacéutica debido a que se trata de una ayuda familiar y no es una pensión.

Incompatibilidades:

No se podrá percibir esta asignación económica por hijo o acogido a cargo mayor de 18 años y afectado con un grado de discapacidad igual o superior al 65 %, es incompatible con la percepción, por parte del hijo, de pensiones de jubilación o invalidez en la modalidad no contributiva.

## **PENSIÓN DE ORFANDAD**

Esta pensión es una prestación económica cuya finalidad es proteger la situación necesidad económica de una persona ocasionada por el fallecimiento de su padre y/o madre.

Beneficiarios y requisitos:

Será beneficiarios las personas que reúnan los requisitos exigidos y se encuentren en alguna de las siguientes situaciones:

◇ Hijos menores de 18 años.

◇ Hijos incapacitados para el trabajo en un porcentaje valorado en un grado de incapacidad permanente absoluta o gran invalidez.

◇ Hijos menores de 22 años (a partir del 1-1-2002) que no realicen trabajo lucrativo, por cuenta propia o ajena, o realizándolo sus ingresos en cómputo anual no superen el 75% del salario mínimo interprofesional,



también en cómputo anual.

◇ Hijos menores de 24 años (a partir del 1-1-2002) si no sobrevive ninguno de los padres, que no realicen trabajo lucrativo, por cuenta propia o ajena, o realizándolo los ingresos en cómputo anual no superen el 75% del salario mínimo interprofesional, también en cómputo anual.

◇ Los nacidos con posterioridad al fallecimiento.

Cuantía y Pago:

La cuantía a percibir varía dependiendo de si se trata de una pensión mínima de orfandad o se ve incrementada en el caso de que falten ambos progenitores.

Esta pensión se abona en 12 pagas.

Compatibilidades/Incompatibilidades:

Si el huérfano es menor de 18 años o tiene reducida su capacidad de trabajo en un porcentaje valorado en un grado de incapacidad permanente absoluta o gran invalidez, la pensión se abonará con independencia de la cuantía de los ingresos que obtenga derivados de su trabajo.

Los huérfanos, con derecho a pensión de orfandad, que tengan reducida su capacidad de trabajo en un porcentaje valorado en un grado de incapacidad permanente absoluta o gran invalidez y perciban otra pensión de la Seguridad Social en razón de la misma incapacidad, deberán optar por una de ellas.



En lo referente a este apartado diremos que según la causa y circunstancias en las que se produce una lesión se tendrá derecho a una indemnización económica.

Dado que el tema indemnización incluye numerosos puntos jurídicos, aconsejamos ponerse en contacto con un abogado que sea experto en este tipo de casos. Además, podemos contactar con el Colegio de Abogados que nos informe acerca de los procedimientos que se deben realizar.

Lo más importante es conocer cuál es la cobertura del seguro, sobre todo, en el caso de discapacidades.

### AYUDAS PARA DISCAPACITADOS:

### ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA:

Con el nacimiento de la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia**, en nuestro caso, las personas discapacitadas que se encuentran en situación de dependencia van a adquirir **“un derecho”**, de esta forma la variación con respecto a la situación anterior es que aquella persona a la que se le reconozca una dependencia podrá **exigir su atención** como un derecho que las administraciones tendrán que atender.

*“La presente Ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen 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, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español”*

Como sabemos, esta ley conlleva un proceso de instauración que se inició el 1 de enero de 2007 y que continuará progresivamente hasta el año 2015 cuando se habrá implantado en su totalidad el sistema.

De forma muy general explicaremos el funcionamiento de esta Ley:

Para poner en marcha las ayudas y prestaciones se ha creado lo que se denomina **Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)**. Por ello, para acceder al SAAD debemos solicitar nuestra evaluación del grado y nivel de dependencia a los **equipos de valoración** de nuestra comunidad autónoma, que pasarán un baremo para determinar el grado. Una vez obtenido se estudiará en acuerdo con la persona beneficiaria un **Programa Individual de Atención** que contendrá los servicios y prestaciones que se estimen necesarios para su situación.

La situación de dependencia se clasifica en los siguientes grados:



- **Grado I. Dependencia moderada:**

cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

- **Grado II. Dependencia severa:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

- **Grado III. Gran dependencia:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Cada grado se clasifica en dos niveles en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere.

El **Sistema de Autonomía y Atención a la dependencia, SAAD**, contempla un catálogo de servicios y unas prestaciones económicas.

**El catálogo de servicios** comprende:

a) Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.

b) Servicio de Teleasistencia.

c) Servicio de Ayuda a domicilio:

(i) Atención de las necesidades del hogar.



- (ii) Cuidados personales.
- d) Servicio de Centro de Día y de Noche:
  - (i) Centro de Día para mayores.
  - (ii) Centro de Día para menores de 65 años.
  - (iii) Centro de Día de atención especializada.
  - (iv) Centro de Noche.
- e) Servicio de Atención Residencial:
  - (i) Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
  - (ii) Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

## **Prestaciones económicas:**

**Prestación económica vinculada a la contratación del servicio**, se procederá a la contratación de una prestación económica vinculada para que la persona pueda adquirir el servicio, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado.

**Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidados no profesionales**, de modo excepcional, el beneficiario podrá optar por ser atendido en su entorno familiar, y su cuidador recibirá una compensación económica por ello, así como también deberá estar dado de alta en la Seguridad Social.

**Prestación económica de asistencia personal**, su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personalizada durante un número de horas, que facilite al beneficiario una vida más autónoma y el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

El teléfono de información sobre la Ley de



Dependencia es 900 40 60 80. Asimismo, en la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha la responsable de su gestión depende de la Dirección General de Mayores, Personas con Discapacidad y Dependientes.

## **AYUDAS INDIVIDUALES:**

En este apartado incidiremos en las ayudas existentes en la C.A. de Castilla La Mancha, aunque generalmente todas las comunidades autónoma tienen ayudas similares con alguna característica diferente, suelen existir ayudas dirigidas a discapacitados.

□ **Prestaciones Económicas en favor de menores, personas mayores, personas con discapacidad.** De naturaleza subvencional, dirigidas a paliar situaciones de necesidad puntuales o prolongadas, entendidas como medidas de acción positiva, con el fin de promover la integración familiar, la autonomía personal y la atención especializada en centros de estos colectivos. (Se convocan de forma anual).

Las prestaciones que recoge esta convocatoria para personas con discapacidad son:

- Atención temprana y rehabilitación:

- Atención Temprana: Apoyo psico-social a las familias, estimulación temprana, fisioterapia, psicomotricidad y logopedia, dirigidos a niños menores de 6 años, siempre que el Servicio no esté cubierto por entidad pública.



- Rehabilitación: Apoyo psicosocial a la familia, fisioterapia y logopedia, dirigidos a personas mayores de 6 años.

- Asistencia especializada:

- Asistencia personal, domiciliaria, a gravemente afectados, institucionalizada, de movilidad y ayudas técnicas.

- Ayudas al desenvolvimiento personal con vistas al desarrollo de la vida ordinaria como prótesis y órtesis.

- Ayudas para compensar deficiencias ortodóncicas causadas por el tratamiento contra la discapacidad que padece el interesado.

- Asistencia domiciliaria básica en las localidades en las que no exista el Servicio Público.

- Asistencia institucionalizada para residencias.

- Ayudas para la movilidad y ayudas técnicas: Obtención del permiso de conducir y adaptación del vehículo previamente adquirido o en caso de discapacidad sobrevenida.

- Ayudas técnicas.

Prestaciones complementarias:

- Ayuda complementarias de transporte y de comedor.

Requisitos específicos de las personas con discapacidad:

- Residir en el territorio de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

- Tener un grado de discapacidad no inferior al 33%.

- Concordancia entre la discapacidad y el tipo de ayuda solicitada.



## VIVIENDA:

La Consejería de Fomento a través de la Dirección General de la Vivienda, Urbanismo y Planificación Territorial tiene establecida **ayudas a la vivienda**, a las cuales se puede acceder si se cumplen una serie de requisitos. Además se hace especial hincapié el ayudar a los colectivos más desfavorecidos.

Los requisitos generales para estas ayudas deben cumplir unas condiciones:

- Las actuaciones para las que se solicita ayuda deben ser calificadas o declaradas como protegidas por la Consejería de Fomento.

- Destinar las viviendas objeto de dichas actuaciones a residencia habitual y permanente de sus destinatarios.

- No ser titular del pleno dominio o de un derecho real de uso y disfrute sobre otra vivienda.

- Los precios de las viviendas no excederán de los máximos de venta, adjudicación o renta.

- Las viviendas deberán estar calificadas de Protección Oficial, en régimen especial, general o concertado.

- No superar los ingresos familiares, las cantidades que se establecen.

- No haber obtenido previamente ayudas financieras para adquisición de vivienda.

Dentro del marco legal las ayudas públicas se regulan en el V Plan Regional de Vivienda y Rehabilitación de Castilla-La Mancha 2009-2012, que contempla la



adquisición, rehabilitación, promoción y alquiler de vivienda protegida.

Las ayudas se clasifican por colectivos y reseñamos **las ayudas para personas dependientes, personas con discapacidad y familias con dependientes a su cargo:**

- Ayudas a la compra de viviendas protegidas nuevas para personas dependientes, personas con discapacidad y familias con dependientes a su cargo – préstamo desde 01/01/2011.
- Ayudas a la compra de viviendas usadas para personas dependientes, personas con discapacidad y familias con dependientes a su cargo.
- Ayudas a la rehabilitación de viviendas para personas con discapacidad.
- Ayudas a la rehabilitación de edificios para personas con discapacidad.

Además existen Registros Provinciales de Demanda de Vivienda Adaptada para Personas en Situación de Movilidad Reducida Permanente.

Teléfono de Información 900 11 00 11.

## **Eliminación de Barreras Arquitectónicas en Comunidades de Vecinos.**

En este punto nos remitiremos a la última modificación legislativa en lo referente a la Ley de Propiedad Horizontal, esta es, la **Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.**



## **Disposición adicional tercera. Modificación de la Ley de Propiedad Horizontal.**

1. El artículo 10 de la Ley 49/1960, de 21 de julio, por la que se regula la Propiedad Horizontal, queda redactado de la siguiente manera:

*«1. Será obligación de la comunidad la realización de las obras necesarias para el adecuado sostenimiento y conservación del inmueble y de sus servicios, de modo que reúna las debidas condiciones estructurales, de estanqueidad, habitabilidad, accesibilidad y seguridad.*

*2. Asimismo, la comunidad, a instancia de los propietarios en cuya vivienda vivan, trabajen o presten sus servicios altruistas o voluntarios personas con discapacidad, mayores de setenta años, vendrá obligada a realizar las obras de accesibilidad que sean necesarias para un uso adecuado a su discapacidad de los elementos comunes, o para la instalación de dispositivos mecánicos y electrónicos que favorezcan su comunicación con el exterior, cuyo importe total no exceda de tres mensualidades ordinarias de gastos comunes.*

*3. Los propietarios que se opongan o demoren injustificadamente la ejecución de las órdenes dictadas por la autoridad competente responderán individualmente de las sanciones que puedan imponerse en vía administrativa.*

*4. En caso de discrepancia sobre la naturaleza de las obras a realizar resolverá lo procedente la junta de propietarios. También podrán los interesados solicitar arbitraje o dictamen técnico en los términos establecidos en la ley.*





5. *Al pago de los gastos derivados de la realización de las obras de conservación y accesibilidad a que se refiere el presente artículo estará afecto el piso o local en los mismos términos y condiciones que los establecidos en el artículo 9 para los gastos generales.»*  
(Ver redacción de Art. 9 más adelante)

2. El artículo 11 de la Ley 49/1960, de 21 de julio, por la que se regula la Propiedad Horizontal, queda redactado de la siguiente manera:

*«1. Ningún propietario podrá exigir nuevas instalaciones, servicios o mejoras no requeridos para la adecuada conservación, habitabilidad, seguridad y accesibilidad del inmueble, según su naturaleza y características.*

*2. Cuando se adopten válidamente acuerdos para realizar innovaciones no exigibles a tenor del apartado anterior y cuya cuota de instalación exceda del importe de tres mensualidades ordinarias de gastos comunes, el disidente no resultará obligado, ni se modificará su cuota, incluso en el caso de que no pueda privársele de la mejora o ventaja.*

*Si el disidente desea, en cualquier tiempo, participar de las ventajas de la innovación, habrá de abonar su cuota en los gastos de realización y mantenimiento, debidamente actualizados mediante la aplicación del correspondiente interés legal.*

*3. Cuando se adopten válidamente acuerdos para la realización de obras de accesibilidad, la comunidad quedara obligada al pago de los gastos aun cuando su importe exceda de tres mensualidades ordinarias de gastos comunes.*



4. *Las innovaciones que hagan inservible alguna parte del edificio para el uso y disfrute de un propietario requerirán, en todo caso, el consentimiento expreso de éste.*

5. *Las derramas para el pago de mejoras realizadas o por realizar en el inmueble serán a cargo de quien sea propietario en el momento de la exigibilidad de las cantidades afectas al pago de dichas mejoras.»*

3. La norma 1.a del artículo 17 de la Ley 49/1960, de 21 de julio, por la que se regula la Propiedad Horizontal, queda redactada de la siguiente manera:

*«1.a La unanimidad sólo será exigible para la validez de los acuerdos que impliquen la aprobación o modificación de las reglas contenidas en el título constitutivo de la propiedad horizontal o en los estatutos de la comunidad.*

*El establecimiento o supresión de los servicios de ascensor, portería, conserjería, vigilancia u otros servicios comunes de interés general, incluso cuando supongan la modificación del título constitutivo o de los estatutos, requerirá el voto favorable de las tres quintas partes del total de los propietarios que, a su vez, representen las tres quintas partes de las cuotas de participación. El arrendamiento de elementos comunes que no tenga asignado un uso específico en el inmueble requerirá igualmente el voto favorable de las tres quintas partes del total de los propietarios que, a su vez, representen las tres quintas partes de las cuotas de participación, así como el consentimiento del propietario directamente afectado, si lo hubiere.*



*Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 10 y 11 de esta ley, la realización de obras o el establecimiento de nuevos servicios comunes que tengan por finalidad la supresión de barreras arquitectónicas que dificulten el acceso o movilidad de personas con minusvalía, incluso cuando impliquen la modificación del título constitutivo, o de los estatutos, requerirá el voto favorable de la mayoría de los propietarios que, a su vez, representen la mayoría de las cuotas de participación.*

*A los efectos establecidos en los párrafos anteriores de esta norma, se computarán como votos favorables los de aquellos propietarios ausentes de la Junta, debidamente citados, quienes una vez informados del acuerdo adoptado por los presentes, conforme al procedimiento establecido en el artículo 9, no manifiesten su discrepancia por comunicación a quien ejerza las funciones de secretario de la comunidad en el plazo de 30 días naturales, por cualquier medio que permita tener constancia de la recepción.*

*Los acuerdos válidamente adoptados con arreglo a lo dispuesto en esta norma obligan a todos los propietarios.»*

Para resolver las dudas en cuanto al **pago de gastos**, al que hace referencia el punto 5 del art. 10, se redacta a continuación el artículo 9, regulado en este caso por la Ley 8/1999, de 6 de abril, de Reforma de la Ley 49/1960, de 21 de julio, de Propiedad Horizontal.

### **Artículo 9.**

*1. Son obligaciones de cada propietario:*

*a. Respetar las instalaciones generales de la comunidad y demás elementos comunes, ya sean de uso*



*general o privativo de cualquiera de los propietarios, estén o no incluidos en su piso o local, haciendo un uso adecuado de los mismos y evitando en todo momento que se causen daños o desperfectos.*

*b. Mantener en buen estado de conservación su propio piso o local e instalaciones privativas, en términos que no perjudiquen a la comunidad o a los otros propietarios, resarciendo los daños que ocasione por su descuido o el de las personas por quienes deba responder.*

*c. Consentir en su vivienda o local las reparaciones que exija el servicio del inmueble y permitir en el las servidumbres imprescindibles requeridas para la creación de servicios comunes de interés general acordados conforme a lo establecido en el artículo 17, teniendo derecho a que la comunidad le resarza de los daños y perjuicios ocasionados.*

*d. Permitir la entrada en su piso o local a los efectos prevenidos en los tres apartados anteriores.*

*e. Contribuir, con arreglo a la cuota de participación fijada en el título o a lo especialmente establecido, a los gastos generales para el adecuado sostenimiento del inmueble, sus servicios, cargas y responsabilidades que no sean susceptibles de individualización.*

*Los créditos a favor de la comunidad derivados de la obligación de contribuir al sostenimiento de los gastos generales correspondientes a las cuotas imputables a la parte vencida de la anualidad en curso, y al año natural inmediatamente anterior tienen la condición de preferentes a efectos del artículo 1923 del Código Civil y preceden, para su satisfacción, a los enumerados en los apartados 3, 4 y 5 de dicho precepto, sin perjuicio de la preferencia establecida a favor de los créditos salariales en el Estatuto de los Trabajadores.*



*El adquirente de una vivienda o local en régimen de propiedad horizontal, incluso con título inscrito en el Registro de la Propiedad, responde con el propio inmueble adquirido de las cantidades adeudadas a la comunidad de propietarios para el sostenimiento de los gastos generales por los anteriores titulares hasta el límite de los que resulten imputables a la parte vencida de la anualidad en la cual tenga lugar la adquisición y al año natural inmediatamente anterior. El piso o local estará legalmente afecto al cumplimiento de esta obligación.*

*En el instrumento público mediante el que se transmita, por cualquier título, la vivienda o local el transmitente, deberá declarar hallarse al corriente en el pago de los gastos generales de la comunidad de propietarios o expresar los que adeude. El transmitente deberá aportar en este momento certificación sobre el estado de deudas con la comunidad coincidente con su declaración, sin la cual no podrá autorizarse el otorgamiento del documento público, salvo que fuese expresamente exonerado de esta obligación por el adquirente. La certificación será emitida en el plazo máximo de siete días naturales desde su solicitud por quien ejerza las funciones de secretario, con el visto bueno del presidente, quienes responderán, en caso de culpa o negligencia, de la exactitud de los datos consignados en la misma y de los perjuicios causados por el retraso en su emisión.*

*f. Contribuir, con arreglo a su respectiva cuota de participación, a la dotación del fondo de reserva que existirá en la comunidad de propietarios para atender las obras de conservación y reparación de la finca.*

*El fondo de reserva, cuya titularidad corresponde a todos los efectos a la comunidad, estará dotado con una cantidad que en ningún caso podrá ser inferior al 5 por*



100 de su último presupuesto ordinario.

*Con cargo al fondo de reserva la comunidad podrá suscribir un contrato de seguro que cubra los daños causados en la finca o bien concluir un contrato de mantenimiento permanente del inmueble y sus instalaciones generales.*

*g. Observar la diligencia debida en el uso del inmueble y en sus relaciones con los demás titulares y responder ante éstos de las infracciones cometidas y de los daños causados.*

*h. Comunicar a quien ejerza las funciones de secretario de la comunidad, por cualquier medio que permita tener constancia de su recepción, el domicilio en España a efectos de citaciones y notificaciones de toda índole relacionadas con la comunidad. En defecto de esta comunicación se tendrá por domicilio para citaciones y notificaciones el piso o local perteneciente a la comunidad, surtiendo plenos efectos jurídicos las entregadas al ocupante del mismo.*

*Si intentada una citación o notificación al propietario fuese imposible practicarla en el lugar prevenido en el párrafo anterior, se entenderá realizada mediante la colocación de la comunicación correspondiente en el tablón de anuncios de la comunidad, o en lugar visible de uso general habilitado al efecto, con diligencia expresiva de la fecha y motivos por los que se procede a esta forma de notificación, firmada por quien ejerza las funciones de secretario de la comunidad, con el visto bueno del presidente. La notificación practicada de esta forma producirá plenos efectos jurídicos en el plazo de tres días naturales.*

*i. Comunicar a quien ejerza las funciones de secretario de la comunidad, por cualquier medio que*



permita tener constancia de su recepción, el cambio de titularidad de la vivienda o local.

*Quien incumpliere esta obligación seguirá respondiendo de las deudas con la comunidad devengadas con posterioridad a la transmisión de forma solidaria con el nuevo titular, sin perjuicio del derecho de aquél, a repetir sobre éste.*

*Lo dispuesto en el párrafo anterior no será de aplicación cuando, cualquiera de los órganos de gobierno establecidos en el artículo 13 haya tenido conocimiento del cambio de titularidad de la vivienda o local por cualquier otro medio o por actos concluyentes del nuevo propietario, o bien cuando dicha transmisión resulte notoria.*

*2. Para la aplicación de las reglas del apartado anterior se reputarán generales los gastos que no sean imputables a uno o varios pisos o locales, sin que la no utilización de un servicio exima del cumplimiento de las obligaciones correspondientes, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 11.2 de esta Ley.*

## **ACCESIBILIDAD:**

□ **Tarjeta de Accesibilidad**, permite su uso por parte de las personas con movilidad reducida en las zonas de aparcamiento reservado y así favorecer sus posibilidades de estacionamiento en las vías públicas. Es un documento personal e intransferible, válido en cualquier vehículo ocupado por su beneficiario.

Con la tarjeta se permite el aparcamiento en:

- Aparcamientos reservados para discapacitados.



- Zonas de carga y descarga sin limitación de horario.
- Zonas peatonales con limitación de horario, en las horas en las que se permita la carga y descarga.
- En lugares donde esté prohibido el estacionamiento mediante señales ateniéndose a las instrucciones de los agentes de circulación.

Los requisitos que se exigen son la acreditación de la condición de discapacitado y tener problemas de movilidad reducida que impidan el desplazamiento autónomo, residencia en Castilla-La Mancha (se incluye la estancia en centros de rehabilitación de la región) y tener más de 3 años.

□ **Reserva de plazas de estacionamiento para personas con discapacidad**, a través de los ayuntamientos puede solicitarse la reserva de aparcamiento para los vehículos de personas con movilidad reducida, cercano al domicilio o al centro de trabajo.

## **EDUCACIÓN:**

□ **Universidad:** Los alumnos con un grado de discapacidad igual o superior al 33% no vendrán obligados a pagar los precios por servicios académicos.

La Universidad de Castilla-La Mancha, a través del Servicio de Apoyo al Estudiante con Discapacidad, **SAAD**, presta su atención a todos aquellos estudiantes de la Universidad regional con algún tipo de discapacidad, ya sea de índole física, sensorial, o con una enfermedad crónica que incida en sus estudios.





Los objetivos que persigue son:

-Sensibilizar a la comunidad universitaria respecto al tema de la discapacidad y las circunstancias que inciden en ella.

- Información personalizada a los alumnos con necesidades especiales que se incorporan a la Universidad de Castilla-La Mancha, y que así lo deseen, de los posibles apoyos a su disposición.

-Servir de centro de conexión con entidades, intra y extra universitarias, que trabajan por la mejora de la calidad de vida de la comunidad en el ámbito de la discapacidad.

-Favorecer las actitudes de solidaridad de la comunidad universitaria, implicando a la persona con necesidades especiales y a sus compañeros en la solución de sus dificultades.

-Organizar actividades de sensibilización y participar en las que organicen los propios alumnos con discapacidad, asociaciones o Instituciones afines a este ámbito.

-Detección de barreras arquitectónicas y propuesta de medidas alternativas.

-Concretar con cada una de las personas interesadas un plan personalizado adecuado a sus circunstancias.

-Facilitar a las personas con discapacidad auditiva el apoyo de un Intérprete de Lengua de Signos.

-Coordinar la actividad de la Unidad de Apoyo Psicológico.



-Integrar a los estudiantes con discapacidad motriz en el Servicio de Transporte Adaptado de la Universidad.

Servicio de Apoyo al Estudiante con Discapacidad  
Edificio Benjamín Palencia, 2ª planta  
Campus Universitario  
Universidad de Castilla-La Mancha  
02071 Albacete

Tfnos: 902 204 100 Ext. 27 61

Web: [http://www.uclm.es/organos/vic\\_alumnos/saed](http://www.uclm.es/organos/vic_alumnos/saed)

## **SANIDAD:**

□ **Convocatoria de plazas para participar en el Programa de Termalismo de Castilla-La Mancha** que se llevará a cabo en los balnearios dentro de esta comunidad. Se convoca todos los años. Incluyen el alojamiento, manutención y tratamiento.

Debemos señalar en este aspecto, que los balnearios ofertados no cuentan con todos sus elementos e instalaciones adaptados para las necesidades de los usuarios de silla de ruedas, por lo que aconsejamos informarse con anterioridad a la solicitud para confirmar en caso la posibilidad de acudir.

□ **Prestaciones de atención dental**, a través de la Consejería de Sanidad y con la aprobación del Programa de Atención Dental Infanto-juvenil (PADI), se establecen los criterios esenciales de actuación que deben regir la prestación sanitaria en materia de atención bucodental destinada a la población de Castilla-La Mancha con edades comprendidas entre 6 y 15 años y a las personas con discapacidad.



Tendrán derecho a la prestación de ortodoncia y a las demás prestaciones quienes, sin límite de edad, presenten al menos una de las siguientes condiciones clínicas:

a) Discapacidad física o psíquica que incida directamente en la extensión, gravedad o dificultad de su patología bucal.

b) Maloclusión severa tras ser intervenidos de fisura palatina, labio leporino y otra malformación esquelética facial.

## **TRANSPORTE:**

▣ **Tarjeta Naranja:** La concesión de una ayuda consistente en el 100% del precio del billete al usar el Servicio Regular de Transporte de Viajeros por carretera dentro del territorio de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

▣ **Tarjeta Dorada de RENFE:** Con esta tarjeta puedes beneficiarte de descuentos. La pueden adquirir las personas mayores de 60 años, los pensionistas mayores de 18 años, en situación de incapacidad física o psíquica permanente, total, absoluta o gran invalidez, formalmente declarada, así como las personas con una discapacidad igual o superior al 65%. Para estas personas se emitirá una tarjeta con la impresión "Y ACOMPAÑANTE" que permite viajar a otra persona disfrutando de las mismas condiciones de descuento. La Tarjeta Dorada, con una validez anual, se puede adquirir en estaciones Renfe, Oficinas de Ventas y Agencias de Viajes por 5 Euros. También existe la posibilidad de adquirir la Tarjeta Dorada asociada a tarjetas de crédito y débito, emitidas por algunas entidades bancarias.



□ **Carné de transporte público del Ayuntamiento de Toledo**, este ayuntamiento posibilita la adquisición de este carné, con una validez de dos años, por un precio reducido, a las personas con discapacidad, siempre que no se supere el salario mínimo interprofesional como ingresos.

□ **Tarjeta Verde. Familias Numerosas:** *"Los miembros de familias numerosas que tengan reconocida esta condición y lo acrediten oficialmente tendrán derecho a reducciones en los precios de los servicios regulares permanentes de uso general de transporte de viajeros por carretera. Las reducciones serán del 20 y 50 por ciento, según se trate de familias de las categorías general o especial".*

En relación a las personas con discapacidad podrán solicitar esta tarjeta si las familias están constituidas por:

a) Uno o dos ascendientes con dos hijos, sean o no comunes, siempre que al menos uno de éstos sea discapacitado o esté incapacitado para trabajar.

b) Dos ascendientes, cuando ambos fueran discapacitados, o al menos, uno de ellos tuviera un grado de discapacidad igual o superior al 65 por ciento, o estuvieran incapacitados para trabajar, con dos hijos, sean o no comunes.



## OCIO Y TURISMO:

□ **Actividades de Ocio Aspaym Toledo**, desde nuestra asociación se realizan este tipo de actividades con la finalidad de demostrar que un Discapacitado puede disfrutar y desenvolverse en multitud de acciones que, incluso, para él mismo y para el resto de la sociedad pueden parecer imposibles.



Las actividades que se realizan son Buggys, Quads, Tiro con arco, Lanzamiento de pelotas, Tiro con carabina, Dardos, Juegos de mesa, Submarinismo, Rutas en todo terreno, etc.





□ **Vacaciones y Termalismo "Predif"**, gracias a esta organización nuestros socios se pueden beneficiar de un catálogo de vacaciones y termalismo por toda nuestra geografía, viajes subvencionados por el Imserso y que cuenta con monitores de apoyo.

□ **Vuelo sin Motor**, también a través de Predif, nuestros socios pueden realizar esta actividad en Ocaña (Toledo), junto con un monitor especializado.

□ **Campamento para niños: "El Bosque de los Sueños"**, la Federación Nacional de Aspaysm junto con Aspaysm Castilla León celebra el campamento de integración para los niños de todos los Aspaysm de España. La ubicación de dicho campamento se encuentra en Cubillos de Sil en la provincia de León y se caracteriza por ser un encuentro entre niños con y sin discapacidad como una actuación absolutamente integradora.

## **EMPLEO**

En este punto vamos a detenernos en las formas de empleo a las que una persona con discapacidad puede acceder, de acuerdo con las ayudas que contemplan, asimismo se plantean las compatibilizaciones entre el acceso al empleo y ser beneficiario de una prestación.

En primer lugar, las personas con discapacidad dentro del **mercado de trabajo ordinario** pueden encontrarse con dos modalidades:

**Trabajo por cuenta ajena**, la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de minusválidos establece



que las empresas públicas y privadas que empleen a 50 o más trabajadores estarán obligadas a que, al menos, a aplicar una **cuota de reserva** del dos por ciento de éstos sean trabajadores con discapacidad. Si bien incluye la posibilidad de que esta cuota de reserva excepcionalmente no se cumpla, estableciendo medidas alternativas.

Por otro lado, también existen **ayudas a la contratación** de personas con discapacidad dirigido a las empresas en forma de bonificaciones que realicen contratos de trabajo por tiempo indefinido.

**Autoempleo**, se refiere al tipo de empleo que se realiza como autónomo o por cuenta propia, lo más importante es que en el caso de los discapacitados existen ayudas públicas para apoyar el desempeño de esta actividad.

Aconsejamos contactar con el servicio de empleo de la comunidad autónoma para obtener información más específica.

En segundo lugar, existe el empleo protegido cuya finalidad es la inserción de las personas con discapacidad en el mundo laboral. Las modalidades que encontramos son también dos:

**Centro Especial de Empleo**, son una figura creada por la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, "son aquellos cuyo objetivo principal sea el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones del mercado, y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social que requieran sus trabajadores



minusválidos, a la vez que sea un medio de integración del mayor número de minusválidos al régimen de trabajo normal. Se caracterizan por:

- Cualquier persona física o jurídica, pública o privada, incluso comunidad de bienes, con capacidad jurídica y de obrar para ser empresario (sociedades mercantiles, asociaciones, fundaciones, etc.) puede ser titular de este centro.

- La plantilla está formada al menos por un 70 por 100 de personas con discapacidad.

Las ayudas más significativas se dirigen a la creación de centros, ampliación de plantilla, adaptación de puesto de trabajo y eliminación de barreras, entre otras.

**Centro Ocupacional**, es una forma de integración socio-laboral que busca la habilitación profesional y social del discapacitado. En este tipo de centros no existe una relación laboral, como sucede en el punto anterior, sino que van más dirigido a la formación.

#### **Compatibilización Empleo - Prestación económica:**

##### **Empleo- Pensión Contributiva de Invalidez:**

En el caso de las pensiones de incapacidad permanente absoluta y de gran invalidez, que normalmente perciben los Lesionados Medulares, *"ambas pensiones son compatibles con el ejercicio de aquellas actividades, sean o no lucrativas, compatibles con el estado del inválido, siempre que no representen un cambio en la capacidad de trabajo del pensionista que pueda dar lugar a revisión"*





*por parte de la Entidad gestora. Si las actividades realizadas exceden las condiciones establecidas, serán incompatibles pudiendo suspender la pensión.*

*Si se realizan trabajos susceptibles de inclusión en algún Régimen de la Seguridad Social, existe obligación de alta y cotización, debiendo comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social el inicio de cualquier trabajo por cuenta ajena o propia, salvo en el caso que derive de enfermedad profesional, en que será necesaria la autorización previa.”*

Señalar que es muy importante comunicar la realización de trabajo remunerado por parte de aquellos pensionistas en sus diferentes modalidades, ya que los ingresos no deben exceder de un mínimo establecido, en tal caso el importe de la pensión puede verse reducida. Aconsejamos en todo caso contactar directamente con la seguridad social para valorar cada situación personal.

**Empleo- Pensión no Contributiva de Invalidez:** Con la Ley 8/2005, de 6 de junio, para compatibilizar las pensiones de invalidez en su modalidad no contributiva con el trabajo remunerado se impulsa la integración laboral de las personas con discapacidad, ya que con su regulación se *"permite que quienes ya estén percibiendo dichas pensiones puedan compatibilizar las mismas con el trabajo remunerado, durante los cuatro años siguientes de las actividad, hasta el límite del indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM). A partir de dicho límite se minoraría el importe de la pensión en el 50 por ciento del exceso, sin que en ningún caso la suma de la pensión y de los*



*ingresos por el trabajo pueda superar 1,5 veces el IPREM.”*

La reducción por los ingresos del trabajo no afectará al complemento de pensión en los casos de discapacidad igual o superior al 75 por ciento y que necesiten el concurso de tercera persona.

Los pensionistas de invalidez no contributiva están obligados a comunicar a la seguridad social la realización de cualquier actividad laboral.

**Empleo- Prestación por hijo a cargo:** Esta modalidad de prestación no permite la realización de cualquier actividad laboral por parte de la persona afectada que es la causante de la prestación.

**Empleo- Pensión de orfandad:** Si el huérfano es menor de 18 años o tiene reducida su capacidad de trabajo en un porcentaje valorado en un grado de incapacidad permanente absoluta o gran invalidez, la pensión se abonará con independencia de la cuantía de los ingresos que obtenga derivados de su trabajo.

## **CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA**

### **A nivel estatal:**

#### **□ Centros de Atención a Personas con Discapacidad Física. CAMF**

Estos centros son instituciones dependientes del IMSERSO, que ofrecen atención integral a las personas



con discapacidad física grave que, careciendo de posibilidades de recuperación profesional e integración laboral, encuentran grandes dificultades para ser atendidos en su entorno familiar y social.

Los **objetivos** que se proponen son:

- El máximo desarrollo posible de las capacidades residuales de cada beneficiario y de sus posibilidades individuales.
- La habilitación para su autonomía personal y social en todas sus dimensiones: de movilidad, de cuidado personal, ocupacional, relacional, etc.
- Ofrecer cuantos cuidados y atención requiera cada sujeto para desenvolverse en las actividades de la vida diaria por medio de personal de apoyo y de ayudas técnicas adecuadas.

El tipo de **plazas** que se puede solicitar en los CAMF es:

- Plazas residenciales de carácter fijo.
- Plazas residenciales de carácter temporal.
- Plazas en régimen de Centro de Día.

Son **requisitos** de admisión:

- Tener la calificación legal de discapacitado.
- Estar afectado por una disminución física, a consecuencia de la cual precise de la atención de otra persona para las actividades de la vida diaria.
- No padecer trastornos mentales graves que puedan alterar la normal convivencia en el Centro.
- Carecer de posibilidades razonables de



rehabilitación y recuperación profesional y no proceder, por consiguiente, su ingreso en un Centro de los dedicados a esa finalidad.

- Encontrar graves dificultades para ser atendidos en régimen familiar o domiciliario.

- Ser mayores de 16 años de edad para las plazas de internado.

Los **servicios** que el Centro ofrece son atención más completa en todos los aspectos de la vida personal y social de cada minusválido.

Las **solicitudes** pueden presentarse en los Centros del IMSERSO o en los Centros Base de cada provincia.

Existen cinco CAMF situados en Alcuéscar (Cáceres), Pozoblanco (Córdoba), Guadalajara, Ferrol (La Coruña) , Leganés (Madrid).

### □ **Centro de Recuperación de Personas con Discapacidad Física. (CRMF).**

Dependen del IMSERSO, son centros que disponen de un conjunto idóneo de instalaciones profesionales empeñados en la tarea de facilitar la integración socio-laboral de aquellas personas que, por accidente, enfermedad, causas congénitas o adquiridas, tienen una discapacidad física y/o sensorial que les impide recibir una atención recuperadora en centros ordinarios.

El **objetivo** de los CRMF es ofrecer a las personas con discapacidad físicas y/o sensoriales en edad laboral, todos aquellos medios que hagan posible su recuperación



personal y especialmente profesional que les facilite la obtención de un puesto de trabajo.

El **tipo de plazas** que puede solicitarse son en régimen de:

- Media Pensión.
- Internado.

Pueden solicitar el ingreso las personas discapacitadas físicas y /o sensoriales que reúnan los siguientes **requisitos**:

- Tener la calificación legal de discapacitado.
- Ser mayores de 16 años de edad.
- Mostrar posibilidades razonables de rehabilitación y recuperación profesional.
- Poseer el nivel de conocimientos educativos necesarios para cursar la formación que se desea.

Los **servicios** que se ofrecen son médico funcionales, psicológicos, sociales, de orientación y formación profesional, así como también, actividades de ocio tiempo libre y deportes.

Las **solicitudes** pueden presentarse en los Centros del IMSERSO o en los Centros Base de cada provincia.

Existen cinco CRMF situados en Lardero (La Rioja), Albacete, Salamanca, Madrid, San Fernando (Cádiz) y Centro de Promoción de la Autonomía Personal de Bergondo (A Coruña).

□ **Residencias para Lesionados Medulares Aspam Castilla León y Aspam Madrid**, otros



recursos residenciales de reciente creación guardan relación con los Aspam mencionados, ya que en colaboración con diferentes entidades existen 2 residencias, una situada en Valladolid y la otra en Madrid, dedicada a la atención de Lesionados Medulares. Para obtener más información acerca de las características, requisitos, actividades, etc., aconsejamos contactar con cada Aspam (Ver Direcciones).

### **A nivel regional:**

La comunidad autónoma de Castilla La Mancha en su atención a las personas con discapacidad física cuenta con los siguientes centros de atención:

- **Centros de Día:** Estos centros se dirigen, en régimen de media pensión, a las personas con discapacidad física gravemente afectadas, movilidad reducida y necesidad de apoyos extensos o generalizados. En ellos se les presta atención rehabilitadora para alcanzar el mayor grado posible de autonomía personal e integración social, así como, los apoyos necesarios para la realización de las actividades de la vida diaria.

Los **requisitos** de acceso son tener reconocido oficialmente un grado de discapacidad física de al menos un 75%, tener necesidad de ayuda de tercera persona para las actividades de la vida diaria y carecer durante el día de los apoyos necesarios para la realización de dichas actividades.

- **Recursos residenciales:** Las personas con discapacidad física viven de forma permanente o temporal, satisfaciendo sus necesidades de alojamiento,



convivencia, atención especializada y ocio y tiempo libre. El grado de autonomía establece la siguiente clasificación:

- **Residencias para personas con Discapacidad Física Gravemente Afectadas:** ofrecen alojamiento, convivencia y atención, a personas con discapacidad física gravemente afectadas, movilidad reducida y necesidades de apoyo generalizado para la realización de las actividades de la vida diaria. Los **requisitos** son tener reconocido un 75% de discapacidad y no poder permanecer en el domicilio habitual por falta de apoyos familiares y sociales.

- **Viviendas con apoyo intermitente:** recursos diseñados para pequeños grupos de personas con discapacidad física y movilidad reducida, con capacidad para la toma de decisiones, pero que precisan de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Los **requisitos** son tener reconocido al menos un 50% de discapacidad, dificultades de movilidad y no poder permanecer en el domicilio habitual por falta de apoyos familiares y sociales o precisar de un alojamiento temporal por motivos de estudio o de trabajo u otras causas.

- **Viviendas con apoyo permanente:** recursos diseñados para un pequeño grupo de personas con discapacidad física, movilidad reducida y limitaciones en la capacidad para la toma de decisiones, que precisan de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Los requisitos son tener reconocido al menos un 50% de discapacidad dificultades de movilidad, limitaciones en la capacidad para la toma de decisiones y no poder



permanecer en el domicilio habitual por falta de apoyos familiares y sociales o precisar de un alojamiento temporal por motivos de estudio o de trabajo u otras causas.

## **PRESTACIONES ORTOPROTÉSICAS**

En este sentido, las prestaciones ortoprotésicas tienen desde enero del año 2002 traspasadas las competencias en esta materia, del Insalud al Servicio de Salud de Castilla La Mancha, Sescam, dentro de nuestra comunidad autónoma.

Las Oficinas Provinciales de Prestaciones son los órganos a quienes corresponde la tramitación y gestión de aquellas prestaciones sanitarias y complementarias.

En el caso de los Lesionados Medulares las prestaciones que se solicitan más frecuentemente:





<b>CODIGO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CUANTIA</b>	<b>PERÍODO RENOVA- CIÓN</b>	<b>OBSERVACIO- NES</b>
12210003	Silla de ruedas autopropulsable, plegable, con reposapiés abatibles y graduables. Tamaño pequeño, mediano o grande	337,17€	18 meses	Recuperable.
12212703	Silla de ruedas eléctrica. Tamaño pequeño, mediano o grande.	3.524,94 €	36 meses	Especial prescripción. Previo informe clínico y exclusivamente para indicaciones recogidas en O.M. 23-07-1999. Recuperable.
12240012	Cambio de batería (par) para la silla de ruedas eléctrica.	214,56 €	12 meses	Especial prescripción.
03330303	Cojín antiescaras de aire, compuesto de celdas independientes y unidas por la base	336,57 €	12 meses	Especial prescripción. Sólo para Lesionados Medulares. El usuario tiene una aportación de 30,05 €



El procedimiento para solicitar las diferentes prestaciones es dirigirse al médico de familia para que se derive al especialista, el cual emitirá un informe con todos los datos de la prestación a solicitar, una vez que se tenga el informe se puede realizar la compra, (se efectúa el pago, que posteriormente será reembolsado). Con la factura y el informe se acudirá al servicio de Prestaciones de Material Ortoprotésico, para realizar la solicitud de reembolso del importe.

Señalar que en la provincia de Toledo, los lesionados medulares, están adscritos al Hospital Nacional de Paraplégicos, por lo que se realiza el trámite directamente.

## **BENEFICIOS FISCALES**

El Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, continúa prestando especial atención a las personas con discapacidad y sus familias, en particular a aquellas que poseen un grado de discapacidad igual o superior a 65% o las que, sin alcanzar dicho grado necesitan la ayuda de terceras personas o tienen movilidad reducida.

### **No tributan en el IRPF:**

Las prestaciones económicas reconocidas por la Seguridad Social:

- Incapacidad Permanente Absoluta o Gran Invalidez.
- Por hijo a cargo.
- Las prestaciones reconocidas a los profesionales no integrados en el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o



autónomos, siempre que se trate de prestaciones en situaciones idénticas a las de incapacidad permanente absoluta o gran invalidez.

-Las pensiones por inutilidad o incapacidad permanente del régimen de Clases Pasivas, siempre que el perceptor de la pensión esté inhabilitado para toda profesión y oficio.

- Las cantidades percibidas de instituciones públicas con motivo del acogimiento de personas con discapacidad.

- Las ayudas económicas otorgadas por instituciones públicas a personas con un grado de discapacidad igual o superior al 65% para financiar su estancia en residencias o centros de día siempre que las rentas no excedan del doble del indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM).

- Las prestaciones por desempleo cuando se perciban en la modalidad de pago único, cualquiera que sea la cuantía de éste, por trabajadores discapacitados que se conviertan en trabajadores autónomos.

En cuanto a las **reducciones por discapacidad**, en la ley del IRPF, la circunstancia de discapacidad se tiene en cuenta a través de las siguientes reducciones de la base imponible:

- Reducción por discapacidad de trabajadores activos.
- Reducción por discapacidad del contribuyente.
- Reducción por discapacidad de descendientes.
- Reducción por discapacidad de ascendientes.
- Reducción por gastos de asistencia de los discapacitados (sean contribuyentes, descendientes o ascendientes).



La creación de la Ley 41/2003, de los **patri- monios protegidos** de las personas con discapacidad, tiene como objetivo favorecer la constitución de estos fondos patrimoniales vinculados a la satisfacción de las necesidades vitales de las personas con discapacidad.

En este sentido se adoptan una serie de medidas para favorecer las aportaciones a título gratuito a los patrimonios protegidos reforzando los beneficios fiscales a favor de las personas con discapacidad.

Las aportaciones realizadas a **Planes de Pensiones, Mutualidades de Previsión Social y Planes de Previsión** asegurados dan derecho a reducir la base imponible al propio discapacitado partícipe, a las personas con relación de parentesco con el discapacitado en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive, así como el cónyuge o quienes le tuviesen a su cargo en régimen de tutela o acogimiento.

En relación a la **deducción por adquisición de vivienda habitual**, como regla general los contribuyentes aplicarán la deducción según las normas y porcentajes establecidos con carácter general.

Esta deducción tiene un tramo estatal y un tramo autonómico. Este último puede ser modificado al alza o a la baja, dentro de determinados límites, por las Comunidades Autónomas.

En el caso de la **deducción por adecuación de la vivienda habitual de discapacitados**, los contribuyentes podrán deducirse por las obras e



instalaciones de adecuación de su vivienda habitual por razón de su propia discapacidad o la de su cónyuge, ascendiente o descendiente que convivan con él, siempre que la vivienda sea ocupada por cualesquiera de ellos a título de propietario, arrendatario, subarrendatario o usufructuario.

Por últimos, detenernos en las deducciones autonómicas, así, en Castilla La Mancha se establecen las siguientes deducciones:

- Los contribuyentes con discapacidad que tengan un grado de discapacidad acreditado igual o superior al 65%, pueden deducirse de la cuota íntegra autonómica siempre que cumplan los requisitos exigidos.

- Por cada ascendiente o descendiente que genere derecho a la reducción por discapacidad y que tenga un grado de discapacidad igual o superior al 65%, puede aplicarse una deducción, siempre que se cumplan los requisitos exigidos.

Otro apartado dentro del capítulo de Beneficios Fiscales se refiere al de **Vehículos**, brevemente repasaremos los beneficios que existen para el discapacitado:

Exención del **impuesto de matriculación**, los vehículos a nombre de personas con discapacidad están exentos del impuesto de matriculación. Esta exención corresponde al Ministerio de Economía y Hacienda, aunque normalmente es el concesionario quien realiza el trámite.



Exención del **impuesto sobre vehículos de tracción mecánica**, de acuerdo con la ley 51/2002, de 27 de diciembre, de reforma de la ley 39/1998, de 28 de diciembre, Reguladora de las Haciendas Locales *"se mejora y amplía el ámbito de exención de los vehículos de los discapacitados..., sin vincular la exención ni a la potencia fiscal del vehículo ni a su específica adaptación para su conducción por discapacitado"... "Esta exención se aplicará..., tanto a los vehículos conducidos por una personas con discapacidad como a los destinados a su transporte"*.

La exención no será aplicable a más de un vehículo simultáneamente.

**Impuesto sobre el valor añadido (IVA)**, la regulación de este punto se recoge en la ley 37/1992 y su posterior modificación con la ley 6/2006, estableciendo que las personas con un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento podrán beneficiarse de un tipo de IVA superreducido de un 4% *"a todas las operaciones de entregas, adquisiciones intracomunitarias o importaciones, servicios de reparación o adaptación de vehículos para personas con movilidad reducida..."*.



## **SERVICIOS QUE PRESTA** **ASPAYM TOLEDO**

### **¿QUÉ ES ASPAYM TOLEDO?**

**ASPAYM TOLEDO, Asociación Paraplégicos de Toledo**, es una **asociación sin ánimo de lucro, representante de los Lesionados Medulares y Grandes Discapacitados Físicos**, que desarrolla sus actividades en la provincia de Toledo. Se encuentra dentro de la **Federación Nacional ASPAYM**

**ASPAYM TOLEDO**, comienza su andadura en el año **1990**, está inscrita en el Registro General de Asociaciones, así como en el **Registro de Entidades de Servicios Sociales** de la Comunidad Autónoma de Castilla - La Mancha. Durante el año **2011**, **ASPAYM TOLEDO**, ha obtenido la **Declaración de Utilidad Pública**.

“Mejorar la calidad de vida de las Personas con Lesión Medular y Grandes Discapacitados Físicos, así como de sus familias, en el ámbito de la Provincia de Toledo a través de una atención integral, prestación de apoyos y acciones necesarias, bajo una perspectiva ética, integradora y participativa, en la que se priorice la igualdad de oportunidades, la defensa de derechos y la participación en las mismas condiciones que el resto de ciudadanos, en todos los ámbitos de la sociedad.”



## OBJETIVOS

- **Facilitar** en lo posible, a través de los medios adecuados, el que los minusválidos físicos adquieran los conocimientos y aptitudes necesarios para la plena integración social.

- **Prestar** la ayuda y colaboración necesaria para la promoción cultural, gestión de empleo, organización de cursos e incorporación a los mismos de los minusválidos físicos, así como su defensa jurídica y laboral.

- **Contribuir** a la mentalización de la sociedad para que tome conciencia de la necesidad de la integración plena en su seno de los minusválidos físicos.

- **Elevar** a las autoridades propuestas tendientes al logro del objetivo primordial de la Asociación, cual es la plena integración social de los grandes minusválidos físicos y demás minusválidos, para a su vez colaborar con las Administraciones Locales y Autonómicas.

- Colaborar con otras Asociaciones y Entidades con fines análogos en el logro de los mismos.

- **Promover** el empleo para los Lesionados Medulares y demás minusválidos mediante la creación de Centros Especiales de Empleo o cualquier otro tipo de actividad mercantil que pueda ser adecuada a las personas con minusvalía.

## ¿CÓMO PERTENECER A LA ASOCIACIÓN?

Pueden pertenecer como socios/as y solicitar la inscripción cualquier persona con discapacidad,





## Lesionados Medulares y Grandes Discapacitados Físicos.

Las personas sin discapacidad también pueden pertenecer a la asociación teniendo el carácter de colaboradores.

### **PROGRAMAS, PROYECTOS Y ACTIVIDADES**

#### **Información, Orientación, Prevención y Asesoramiento**

- Información sobre Ayudas y Recursos existentes.
  - Gestión y Tramitación.
  - Envío de Circulares.
  - Jornadas Informativas.
- Edición "Guía Práctica de Autocuidados".

#### **Atención y Autonomía Personal**

- Atención Personal y Vida Autónoma.  
(Atención Personal, Doméstica y Autonomía Personal).
- Atención al Nuevo Lesionado Medular.  
(Atención a Nuevos Pacientes en el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo).



## **Formación y Empleo**

- Cursos de Informática.
- Información y Asesoramiento en materia Laboral.

## **Transporte Adaptado**

- Traslados por un Conductor en Transporte Adaptado para Sillas de Ruedas.

## **Acceso a la Vivienda del Colectivo de Discapacitados**

- Información en Materia de Vivienda: Acceso y Ayudas.
  - Jornadas Informativas.
  - Edición "Manual de Protocolo para el Acceso a la Vivienda del Colectivo de Discapacitados".

## **Promoción de la Accesibilidad**

- Asesoramiento a Usuarios y a Empresas.
- Representación en el Consejo de Accesibilidad de Toledo.
- Tramitación de Tarjeta de Accesibilidad para vehículos.

## **Cuidando tu Cuerpo**

- Prestación Servicio de Fisioterapia.



## **Prevención y Concienciación de la Lesión Medular**

- Charlas de Sensibilización en Centros Educativos.
- Campañas de Prevención de Accidentes en colaboración con la DGT.

### **Voluntariado**

- Colaboración en la Incorporación de Voluntariado en el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo.
- Apoyo del Voluntariado en Realización de Actividades de la Asociación: Jornadas, Actividades de Ocio, etc.

### **Fomento de la Integración**

- Actividades de Ocio Adaptadas: Rutas de Todo Terreno, Quads, Submarinismo, Tiro con Arco, Vuelo Sin Motor, Rafting, etc.
- Turismo Social: Vacaciones Subvencionadas.

### **SERVICIOS**

- Asesoría Jurídica gratuita para socios.
- Campamentos Infantiles de Integración.  
(Federación Nacional ASPAYM y ASPAYM CYL)
- Turismo y Termalismo (Predif)

## **DIRECCIONES DE INTERES**



Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales  
Avda. de Francia, 4. 45071 Toledo  
Telf.: 925 26 70 99

D.G. de Mayores, Personas con Discapacidad y  
Dependientes  
Ronda de Buenavista, 47 Toledo  
Telf.: 925 28 89 55. Fax: 925 28 70 03

D.G. de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección  
Avd. Francia, 4 Torre 5 – 1ª Planta  
45071 TOLEDO  
Telf.: 925 38 92 00. Fax: 925 38 92 25

PREDIF  
Avd. Doctor García Tapia, 129 - Local 5  
28030 Madrid  
Tel.: 91 371 52 94. Fax: 91 301 61 20  
[predif@predif.net](mailto:predif@predif.net)  
[www.predif.org](http://www.predif.org)

FEDERACIÓN NACIONAL ASPAYM  
Hospital Nacional de Parapléjicos,  
Finca La Peraleda, s/n, Bajos  
45071 Toledo  
Tel.: 925 25 53 79. Fax: 925 21 64 58  
[federacion@aspaym.org](mailto:federacion@aspaym.org)  
[www.aspaym.org](http://www.aspaym.org)



### ASPAYM ALBACETE

C/ Fleming, nº 12 2º

02004 Albacete

Tel.: 967 55 89 06. Fax: 967 55 89 00

[aspaymalbacete@ono.com](mailto:aspaymalbacete@ono.com)

[www.aspaymalbacete.org](http://www.aspaymalbacete.org)

### ASPAYM BALEARES

C/ Plataner, nº 4 Bajos

07008 Son Gibert. Palma de Mallorca

Tel.: 971 77 03 09. Fax: 971 46 72 02

### ASPAYM CANARIAS

C/ Norte 31, Lomo Blanco. 35015

Las Palmas de Gran Canaria.

Tel.: 928 356545 Fax: 928 356548

[aspaymcanarias@hotmail.com](mailto:aspaymcanarias@hotmail.com)

[www.aspaymcanarias.com](http://www.aspaymcanarias.com)

### ASPAYM CANTABRIA

C/José María de Cosío nº 33 Bajo 10

39011 - Santander -

Tel.: 942 321700

Fax: 942 321382

[aspaym@aspaymcantabria.com](mailto:aspaym@aspaymcantabria.com)

[www.aspaymcantabria.com](http://www.aspaymcantabria.com)



ASPAYM CASTILLA-LEÓN  
C/ Severo Ochoa, nº 33  
47130 Simancas. Valladolid  
Tel.: 983 59 10 44 / 03 11. Fax: 983 59 11 01  
aspaymcyl@oficinas.aspaymcyl.org  
www.aspaymcyl.org

ASPAYM CATALUÑA  
Pere Vergés, 1 Edf. Piramidón,  
7ª Planta - Barrio de la Pau  
08020 Barcelona  
Tel.: 93 314 00 65. Fax: 93 314 45 00  
aspaymcat@asmpaymatalunya.org  
www.aspaymatalunya.org

ASPAYM COMUNIDAD VALENCIANA  
Pza. Salvador Allende, 5 - Bajo  
46019 Valencia  
Tel.: 96 366 49 02. Fax: 96 36 64 902  
info@aspaymcv.com  
www.aspaymcv.com

ASPAYM CUENCA  
C/ Hermanos Becerril, 3 bajo  
16004 Cuenca  
Tel. / Fax: 969 23 26 48  
trabajosocial@aspaymcuenca.org  
www.aspaymcuenca.org



ASPAYM EXTREMADURA  
Crta. de Olivenza km 5,9  
06011 -Badajoz -  
Tel.: 924 101516 / 687678388  
info@aspaymextremadura.com  
www.aspaymextremadura.com

ASPAYM GALICIA  
C/ Curtis, nº 10  
15009 A Coruña  
Telf.: 881 87 35 07. Fax: 881 88 89 19  
administraciom@aspaymgalicia.org  
www.aspaymgalicia.org

ASPAYM GRANADA  
C/ Escritor Miguel Toro, Nº 1. Edif. Europa Bajo, Nº 7  
18006 Granada  
Tel.: 958 02 17 29 -958 13 07 37. Fax: 958 16 27 16  
aspaymgr@aspaymgranada.org  
www.medulardigital.com

ASPAYM MADRID  
Cmn. Valderribas, 115  
28038 Madrid  
Tel.: 91 477 22 35. Fax: 91 478 70 31  
aspaym@aspaymmadrid.org  
www.aspaymmadrid.org



ASPAYM MALAGA  
Centro Ciudadano María Zambrano  
C/Las Moreras 2, 1ª Planta  
29014-Malaga-  
Tel.: 952 651 503 / 607629086  
aspaymmalaga@gmail.com

ASPAYM MURCIA  
C/ Infanta Cristina nº 1  
30009 - Murcia -  
Tel.: 647 69 86 71 - 647 69 86 72  
Fax: 968-286755  
aspaymmurcia@forodigital.es  
www.aspaymmurcia.org

ASPAYM PRINCIPADO DE ASTURIAS  
Hospital Central de Asturias,  
Rehabilitación 3ª Planta  
C/ Celestino Villamil, s/n  
33006 Oviedo  
Tel.: 985 24 42 53. Fax: 985 96 50 24  
aspaym@aspaym-asturias.org  
www.aspaym-asturias.org

ASPAYM SEVILLA  
Plaza Ruiz de Alda, 11  
41004 Sevilla  
Tel.: 617383451  
aspaymensevilla@gmail.com





## **BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTACIÓN**

Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha. (DOCM 31 de diciembre de 2010)

Ley 1/1994, de 24 de mayo, de Accesibilidad y Eliminación de Barreras en Castilla-La Mancha. (DOCM 24 de junio de 1994)

Ley 5/1995, de 23 de marzo, de Solidaridad en Castilla-La Mancha. (DOCM de 21 de abril de 1995)

Decreto 158/1997, de 2 de diciembre, del Código de Accesibilidad de Castilla-La Mancha. (DOCM 5 dic 1997)

Orden de 17 de diciembre de 1998, de la Consejería de Bienestar Social, de creación de los Registros Provinciales de Demanda de Vivienda Adaptada para Personas en Situación de Movilidad Reducida Permanente. (DOCM 31 de diciembre de 1998)

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. (BOE Nº 299 15 de diciembre de 2006)

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

[www.infodisclm.com](http://www.infodisclm.com) [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es) [www.jccm.es](http://www.jccm.es)

L. Guttmann. Lesiones Medulares. Editorial JIMS. Barcelona 1981.

 **aspaym**  
toledo



**Castilla-La Mancha**

