

M 53401

M

C 357a

1979

C1

UNIVERSIDAD DE CHILE - SEDE VALPARAISO
FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS, ECONOMICAS Y SOCIALES
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS HUMANAS
Y DESARROLLO SOCIAL
CARRERA DE SERVICIO SOCIAL

**Aplicación de Un Proyecto Social en la Escuela
de Educación Especial FN 257 de Valparaíso
que Atiende a Menores Deficientes
Mentales - Epilépticos**

Universidad  de Valparaíso
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BIBLIOTECA

Alumnas:

PATRICIA CATALAN DEVLAHOVICH

AIDA CORTES GABRIE

YESMINA GUERRA SANTIBAÑEZ

Profesor Guía: Señor PATRICIO GARCIA LETELIER

295

1979

A nuestras familias

Aída

Yesmina

Patricia

I N D I C E

Pag.

CAPITULO I

" DEFINICION Y UBICACION DE LA PROBLE- MATICA EN SU CONTEXTO"

I.- Definición y ubicación de la problemática en su contexto.	
1.- Formulación del problema	1
II.- Objetivos de Investigación.	
1.- Objetivo General.	2
2.- Objetivos Específicos.	2
III.- Generalidades acerca de la Deficiencia Mental.	
1.- Conceptualización de la Deficiencia Mental.	3
2.- Causas que provocan Defi- ciencia Mental.	5
3.- Clasificaciones de Defi- ciencia Mental.	19
4.- Características del menor Deficiente Mental.	24
5.- Tratamiento de la Deficien- cia Mental.	28
6.- Situación de la Deficiencia Mental en Chile.	29
7.- Instituciones que atienden el déficit de Deficiencia Mental en Chile.	

	Pag.
7.1.- Establecimientos públicos a nivel nacional y regional.	33
7.2.- Establecimientos privados a nivel nacional y regional.	42
 IV.- Generalidades acerca de la Epilepsia.	
1.- Conceptualización de la Epilepsia.	44
2.- Causas que provocan Epilepsia.	45
3.- Clasificación y Manifestaciones de las crisis epilépticas.	49
4.- Características de un menor Epiléptico.	55
5.- Tratamiento de la Epilepsia.	56
6.- Situación de la Epilepsia en Chile.	58
7.- Instituciones que atienden la Epilepsia en Chile.	59
 V.- Políticas y Programas Educativos a nivel nacional.	
1.- Educación General.	61
2.- Educación Especial.	62
 VI.- Antecedentes de la Escuela de Educación Especial FN 257 de Valparaíso.	
1.- Trayectoria Histórica.	69
2.- Estructura Administrativa.	71

CAPITULO II

" SITUACION INICIAL "

I.- Marco de referencia para la Investigación Específica del Problema.	78
II.- Formulación de Hipótesis.	
1.- Hipótesis Fundamental.	83
2.- Hipótesis de Trabajo.	83
III.- Identificación de Variables.	84
IV.- Operacionalización de Variables.	84
V.- Colectivo.	96
VI.- Análisis e Interpretación de Datos.	98
VII.- Conclusiones de la Investigación Específica del Problema.	141

CAPITULO III.

" PROGRAMACION DE LA INTERVENCION PROFESIONAL "

I.- Fundamentos de la Acción Transformadora.	141
II.- Formulación de Hipótesis.	
1.- Hipótesis Fundamental	148
2.- Hipótesis de Trabajo.	148

	<u>Pag.</u>
III.- Objetivos.	
1.- Objetivo General.	148
2.- Objetivos Específicos.	148
IV.- Dependencia Administrativa.	149
V.- Características Generales del Programa.	149
VI.- Actividades Generales.	151
VII.- Tiempo General.	153
VIII.- Proyecto No.1. Dirigido a los Subcentros de Padres.	
1.- Características Generales del proyecto.	153
2.- Etapas y Acciones.	154
3.- Técnicas de Trabajo Social.	156
4.- Recursos.	158
5.- Tiempo.	159
6.- Mecanismos de Evaluación.	159
IX.- Proyecto No. 2 Dirigido a los Grupos Familiares.	
1.- Características Generales del Proyecto.	160
2.- Etapas y Acciones.	161
3.- Técnicas de Trabajo Social.	163
4.- Recursos,	164
5.- Tiempo.	165
6.- Mecanismos de Evaluación.	165

CAPITULO IV

"EJECUCION DEL PROGRAMA"

1.- Organización y Desarrollo del Programa.	166
2.- Proyecto No. 1. Dirigido a los Subcentros de Padres.	169
3.- Proyecto No.2. Dirigido a los Grupos Familiares.	188

CAPITULO V.

" SITUACION FINAL "

I.- Análisis de los Resultados Obtenidos.	
1.- Proyecto No.1 Dirigido a los Subcentros de Padres.	201
2.- Proyecto No. 2.Dirigido a los Grupos Familiares.	219
II.- Evaluación de los Objetivos.	225
III.- Análisis de la Eficacia de las Técnicas utilizadas.	229
IV .- Conclusiones de la Programación.	236

I N T R O D U C C I O N

Uno de los problemas críticos en el campo educacional lo constituyen aquellos niños que se encuentran en condiciones pedagógicamente excepcionales, es decir, en distintos grados de dificultad de aprendizaje. Se trata de niños y adolescentes atípicos que por alguna invalidez física, mental o social necesitan de una Educación Especial.

La UNESCO define a la enseñanza especial "como una enseñanza destinada a los niños y jóvenes que tienen dificultades para aprender porque sufren cualquier deficiencia (ciegos, amblíopes, sordos, duros de oído, retardo mental, alumnos lentos con déficit físico) o de dos o varias deficiencias combinadas" (1).

La Sociedad Internacional para la Rehabilitación de los Incapacitados señala taxativamente cuáles son los niños sujetos a la Educación Diferencial o Especial:

- a.- Niños con defectos sensoriales que impiden su desarrollo educativo o intelectual, especialmente de tipo visual y auditivo, que va desde la ceguera total a los defectos parciales auditivos o visuales.

(1) BARROS V., "Problemáticas y Políticas S. Santiago. Escuela de Trabajo Social Universidad Católica de Chile. 1976.

- b.- Niños con defectos físicos o enfermedades congénitas o adquiridas que impiden su movilidad o manipulación o el control de sus miembros o funcionamiento corporal afectivo.
- c.- Niños retardados mentales o anormales en cualquier grado, de leve a grave.
- d.- Niños con dificultad de palabra o idioma.
- e.- Niños con cualquier combinación de estas incapacidades.

Las Naciones Unidas en Asamblea General celebrada el 20 de Noviembre de 1959, en la Declaración de los Derechos del niño, reconoce los derechos del Niño a la Educación Especial en el principio n-5 que dice: "El niño que está física, mental y socialmente retrasado deberá tener la formación especial, educación y cuidados requeridos para su condición particular".(1)

En Chile la Educación Especial ha sido considerada prioritariamente dentro de la Política Educacional. Esta prioridad es la resultante de una toma de conciencia progresiva de las deficiencias en el desarrollo psicológico con que ingresan a la escuela básica numerosos niños, especialmente los provenientes de niveles socio-económicos bajos, del alto porcentaje de repetencia y deserción escolar, y de la inadecuación de los programas de estudio para un numeroso grupo de escolares.

(1) BARROS V., G. "Problemáticas y Políticas Sociales. Santiago. Escuela de Trabajo Social Universidad Católica de Chile. 1976.

Este tema de conciencia progresiva que actualmente es considerado nacional, pues afecta en gran medida el futuro educacional y laboral de un sector importante de la actual población infantil, ha dado como resultado una serie de iniciativas de soluciones, las primeras de las cuales se remontan a mediados del siglo pasado.

En 1975 un estudio realizado a nivel nacional estableció las diferencias entre la Educación Especial, diferenciada e interdisciplinaria, de la educación común. La primera está destinada a aquellos niños que en forma transitoria o permanente están obstaculizados para seguir el sistema educativo común. (1).

Este tipo de educación no debe constituir una entidad segregada o independiente del sistema educativo general, por cuanto el óptimo que se propone es incorporar al niño a la Escuela común. Los niños con deficiencia física o psíquica no pueden ser mantenidos indefinidamente en una estructura segregada del niño normal, por muy perfecta que dicha estructura sea en sí misma, por cuanto al final de la vida escolar se hará más difícil su incorporación a la vida social y laboral.

(1) Revista de Educación n- 65. Centro de Perfeccionamiento, Experimentación e Investigaciones Pedagógicas. Edit. Lord Cochrane. Noviembre - Diciembre. 1977.

En definitiva se pretende habilitar al menor con déficit, lográndose esto cuando entre el menor y el medio exista un beneficio mutuo, como producto de sus interrelaciones, traducido para el menor en una adecuada captación y formación de experiencias y total satisfacción de sus requerimientos materiales y psicológicos; y para el medio en un máximo aprovechamiento de la capacidad operativa del individuo, en el sentido de productividad y actividad sin perturbaciones. (1)

Para dar cumplimiento a dicho objetivo, las Escuelas de Educación Especial deben desarrollar actividades orientadas tanto al menor deficitario como al grupo familiar y comunidad en que se encuentra inserto.

El menor deficitario, por experimentar diferencias en el grado de respuesta a los procesos de motivación, percepción y aprendizaje, se debe desarrollar una labor pedagógica especializada, con medios audiovisuales y didácticos a fin de entregarles contenidos educativos específicos y concretos de acuerdo a su nivel de comprensión y así estimular el desarrollo de aquellas capacidades tendientes a lograr su rehabilitación.

(1) BRITO A., A. Educación Diferenciada. Glosario de Términos. 1975.

Los grupos familiares de los menores deficitarios, en general, desconocen el tipo de déficit que padecen los menores, el tipo de tratamiento, el papel que deben asumir los padres en dicho tratamiento, etc. Para que los grupos familiares participen en forma conciente en el proceso de habilitación del menor, es necesario desarrollar programas educativos con las familias de los menores.

En estos aspectos se requiere de la participación de un equipo de profesionales tales como profesor especialista, Asistente Social, Psicólogo, fonoaudiólogo, Médico, etc.

Uno de estos déficit lo constituye la deficiencia mental, como una de los problemas educacionales y sociales con que nos enfrentamos hoy en día. El gran impacto económico y social que origina lo transforma en un déficit que mercede por parte de las autoridades el máximo grado de atención especializada.

Esta situación adquiere mayor relevancia y se torna más grave aún si la deficiencia mental tiene como concomitantes otras anomalías como es el caso de aquellos menores que además de deficiencia mental presentan epilepsia, los cuales reciben atención especializada en la Escuela de Educación Especial FN 257 de Valparaíso.

El conocimiento empírico de los profesores de dicha Institución nos sugieren que este Seminario de título podría abordar problemas ubicados en la esfera familiar del menor deficitario que podrían referirse

a la falta de conciencia y/o falta de capacitación para participar en el tratamiento educativo del menor deficiente mental y epiléptico.

Por tanto, como primer paso y dando cumplimiento a una de las exigencias de este Seminario fue lograr la comprensión, lo más completa posible, acerca de la deficiencia mental y epilepsia, temáticas que han sido abordadas directa o indirectamente en diversas investigaciones y seminarios con el objeto de describirlas y explicarlas.

Todo este conocimiento acumulado, producto de un esfuerzo colectivo de diversos profesionales e investigadores, no fue desestimado, por el contrario, fue consultado por el grupo de seminario.

Para lograrlo se realizó una revisión exhaustiva de la bibliografía existente, consultas a expertos, entrevistas con autoridades y una observación directa a los grupos familiares de los alumnos de la institución patrocinante. Este estudio exploratorio permitió al grupo de Seminario detectar una serie de aspectos que estarían incidiendo negativamente en el proceso de habilitación que aplica la institución.

En consecuencia con lo anterior, los objetivos específicos del Seminario se orientaron a:

- 1.- Conocer las características económicas, educacionales, habitacionales, previsionales, laborales, de salud y relaciones intrafamiliares de los grupos familiares de los alumnos de la Institución.

- 2.- Conocer la existencia de antecedentes de deficiencia mental de los padres o sustitutos de los alumnos de la institución.
- 3.- Detectar problemas que estén absorbiendo la atención del grupo familiar del menor deficiente mental y deficiente mental-epiléptico.
- 4.- Hacer una caracterización de la Escuela de Educación Especial #N 257 de Valparaíso.

Estos objetivos están orientados en definitiva, a conocer las causas que inciden en la falta de conocimiento de los padres o sustitutos respecto a la Deficiencia mental y Epilepsia del menor.

La problemática abordada en este Seminario fue definida como la "Falta de conocimiento de los padres o sustitutos acerca de la Deficiencia mental y epilepsia", y se refiere a que los padres o sustitutos no tienen conocimiento de que la limitación de estos menores es un déficit, de las causas que le provocan, de las tipologías del déficit, de las características que presentan los menores deficitarios, de las formas de hacer frente a dicho déficit, y de las medidas preventivas al alcance del grupo familiar que permitan evitar nuevos déficit. Respecto de la falta de conocimiento acerca de la epilepsia, los padres o sustitutos no tienen conocimiento de las causas que la provocan, de las crisis epilépticas, de las características que asume un menor epiléptico, del tratamiento de la enfermedad y de las formas preventivas al alcance del grupo familiar que permitan evitar nuevos casos de epilepsia.

Para analizar esta problemática se elaboró un marco de referencia a partir de la revisión bibliográfica, consultas a expertos y de la observación directa realizada, observándose la existencia de subgrupos de familias que presentaban un bajo nivel de vida y un bajo nivel sociocultural, que evidenciarían una escasa inquietud, interés y preocupación por obtener información respecto de temas que requieran un mayor nivel de abstracción, como en el caso de la existencia de algún tipo de déficit en algún integrante del grupo familiar.

De la investigación realizada, se concluye que si la Escuela de Educación Especial pretende habilitar al menor deficiente mental y epiléptico a la vida familiar, escolar, comunitario y laboral, este objetivo es alcanzado en un nivel inferior al deseable, por cuanto los grupos familiares que presentan características socioculturales negativas, asumen un rol desfavorable en el proceso de habilitación del menor deficitario, la que se agrava con la relativa escasez de recursos humanos, materiales y financieros.

Para idear la forma de contribuir a elevar el grado de eficacia del proceso de habilitación que aplica la Institución, fue necesario recurrir a experiencias sistematizadas que guiaran la acción. Un trabajo anterior realizado en la misma línea llevado a cabo en la Escuela de Educación Especial N-42 de Valparaíso, sirvió como referencia para formular la hipótesis de trabajo que

fundamentó el programa de acción. (1).

En primer lugar se postuló que para aumentar el grado de eficacia del proceso de habilitación que aplican las Escuelas de Educación Especial, es necesario elevar el nivel de conocimientos de los padres, acerca de la problemática específica del menor.

Frente a este postulado, se determinaron las siguientes reglas de la acción:

- 1.- mejorar el nivel de conocimiento en los padres y grupos familiares acerca de la deficiencia mental.
- 2.- Mejorar el nivel de conocimiento en los padres y grupos familiares acerca de la epilepsia.
- 3.- Mejorar el nivel de conocimientos de los padres y grupos familiares acerca de la estimulación de las capacidades del menor en proceso de habilitación.
- 4.- Informar a los padres y grupos familiares acerca de los objetivos y características generales que asume la institución, como Escuela de Educación Especial.
- 5.- Promover la participación de los padres en los proyectos de capacitación que se desarrollarán.

(1) JAMETT S., C. y otros. "Contribución de Servicio Social a la habilitación y rehabilitación del menor Deficiente mental educable en la Escuela de Educación Especial N-42. de Valparaíso. Seminario de título. 1973.

Para aplicar dichas reglas se postuló que la Escuela de Padres era el medio más eficaz, ya que a través de este organismo sería posible elevar el nivel de conocimientos de los padres acerca de la deficiencia mental, epilepsia y estimulación de las capacidades del menor en proceso de habilitación, y de las características generales que asume la institución.

El programa de acción contempló dos proyectos de carácter eminentemente educativos dirigidos a los subcentros de Padres y grupos familiares; los objetivos generales y específicos fueron comunes a ambos proyectos, los que orientaron la acción considerando para ello los recursos y técnicas factibles de ser utilizados.

El proyecto de capacitación dirigido a los Subcentros de Padres se desarrolló mediante el trabajo con grupos de padres (Grupo curso), vale decir, con la realización de reuniones de subcentro de padres.

El proyecto de capacitación dirigido a los grupos familiares se desarrolló mediante la realización de visitas domiciliarias, es decir, se capacitó a los grupos familiares en el hogar.

Para la ejecución misma de cada proyecto se utilizó la participación de las alumnas seminaristas en la realización y entrega de contenidos educativos a padres y a grupos familiares, dado que éstas contaban con la preparación necesaria para ello, considerando tanto la formación profesional y preparación específica acerca de las temáticas desarrolladas, como el nivel de exigencia de

la entrega de los contenidos, según el colectivo a que iban dirigidos.

Para la evaluación de los proyectos, se utilizaron diversos procedimientos dirigidos al colectivo de trabajo, Diseño Experimental, Análisis comparativo de la situación inicial-final). Para corroborar la existencia de cambios significativos se utilizaron procedimientos estadísticos (Diferencia Porcentual, Prueba de Wilcoxon).

Respecto a la presentación formal, este documento consta de 5 Capítulos, incluyéndose la bibliografía utilizada durante el transcurso del seminario y los anexos donde aparecen los instrumentos empleados para la investigación y medición de datos.

El Capítulo I, denominado "Definición y ubicación de la Problemática en su contexto", contiene la formulación del problema abordado por las alumnas seminaristas y los objetivos de la investigación realizada.

Luego se incluyen Generalidades acerca de la Deficiencia Mental. Situación de la Deficiencia Mental en Chile, Instituciones que atienden el déficit de Deficiencia Mental en Chile. Además se dan a conocer Generalidades acerca de la Epilepsia, situación de la Epilepsia en Chile. Instituciones que atienden el problema de la epilepsia en Chile. Se incluyen además, las Políticas y Programas Educativos a nivel nacional. Posteriormente se dan a conocer los antecedentes de la

Escuela de Educación Especial FN 257 de Valparaíso.

En el Capítulo II, denominado "Situación Inicial", se expone el marco de referencia utilizado para la investigación específica del problema, formulándose las hipótesis que guiaron esta investigación, la identificación y operacionalización de variables que facilitaron la posterior medición de los resultados obtenidos en la investigación. Incluye además, el colectivo de investigación y el análisis e interpretación de datos recogidos con las respectivas conclusiones que surgieron de éste.

En el capítulo III, denominado "Programación de la Intervención Profesional", se presenta el programa de acción formulado por las alumnas seminaristas con los fundamentos, formulación de hipótesis y objetivos de la acción transformadora tendientes a superar el problema social abordado. Este programa de acción comprende dos Proyectos de Capacitación, uno dirigido a los subcentros de Padres y el otro dirigido al grupo familiar. En cada proyecto se dan a conocer las etapas y acciones, como también las técnicas, recursos y tiempo utilizado por cada uno.

El Capítulo IV, denominado "Ejecución del Programa" describe la forma en que se llevó a cabo la ejecución, dándose a conocer el desarrollo de las unidades temáticas emprendidas, las técnicas y recursos utilizados, en forma cronológica, señalando también otras gestiones derivadas de las exigencias de la puesta en

Liga contra la Epilepsia

- FINANCIEROS:

El financiamiento del presente proyecto estará a cargo de las alumnas responsables de él, por cuanto la institución carece de los recursos indispensables.

5.- TIEMPO

La implementación del presente proyecto se iniciará el 9 de Abril hasta el 30 de Junio de 1979.

6.- MECANISMOS DE EVALUACION:

La evaluación del proyecto se efectuará mediante el uso de los mecanismos siguientes:

- Análisis comparativo de la situación inicial y final de las variables sujetas a control.
- Análisis de las pautas de observación aplicadas en cada una de las ^{reuniones} secciones realizadas.
- Registro de intervenciones y actividades programadas.
- Reuniones de control realizadas periódicamente.
- Reuniones de Supervisión
- Reunión de evaluación general.

marcha del programa.

En el Capítulo V, denominado "Situación Final", se miden los resultados obtenidos a través de la intervención profesional. Para ello se procede a hacer un análisis de cada proyecto, se miden los logros y eficiencia del programa, como también la eficacia de las técnicas utilizadas. Finalmente se dan a conocer las conclusiones derivadas de la intervención profesional.

C A P I T U L O I

" DEFINICION Y UBICACION DE LA PROBLEMÁTICA EN SU
CONTEXTO .

I.- DEFINICION Y UBIGACION DE LA PROBLEMATICA EN SU CONTEXTO.

1.- FORMULACION DEL PROBLEMA

Los menores deficientes mentales-epilépticos presentan diferencias en el grado de respuestas al proceso de maduración y desarrollo que los caracterizan y diferencian del resto de los menores; de allí la necesidad que este menor deficitario reciba una atención especializada que contemple los aspectos pedagógicos, sociales y médicos. La Escuela de Educación Especial como Institución tiene por objeto de trabajo al menor deficitario, y por objetivo, lograr su habilitación, es decir, preparar al menor deficitario para que pueda desarrollar sus capacidades y habilidades, e integrarse a la vida comunitaria y de trabajo, y en definitiva, lograr un grado de independencia personal.

Ahora bien, el logro de los objetivos establecidos para las Escuelas de Educación Especial se ven limitados por una parte, debido a la existencia de escasos recursos materiales y humanos para lograr la función especializada, y por otra parte, LA FALTA DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES O SUSTITUTOS ACERCA DE LA DEFICIENCIA MENTAL Y EPILEPSIA lleva a que los grupos familiares en que se encuentra inserto el menor deficitario no cumplan con la función de apoyo al proceso de habilitación que aplican estas escuelas.

El problema de la falta de conocimiento acerca de la deficiencia mental y epilepsia se refiere a que los padres o sustitutos no tienen conocimiento que la limitación de estos menores es un déficit, de las causas que lo provocan, de las tipologías del déficit, de las caracterís-

ticas que presentan los menores deficitarios, de las formas de hacer frente a dicho déficit y de las medidas preventivas al alcance del grupo familiar que permitan evitar nuevos déficits. En el caso del conocimiento de la epilepsia, los padres no tienen conocimiento acerca de las causas, de las crisis epilépticas, de las características que asume un menor epiléptico, del tratamiento de la enfermedad y de las formas preventivas al alcance del grupo familiar, que permitan evitar nuevos casos de epilepsia.

Esta problemática es el objeto específico de nuestra investigación porque afecta a los padres y sustitutos de los menores deficientes mentales y deficientes mentales epilépticos, alumnos de la Escuela de Educación Especial FN 257 de Valparaíso, cuyas edades fluctúan entre los siete y veintiún años de edad, y sus coeficientes intelectuales oscilan entre 50 y 75.

II.- OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

1.- OBJETIVO GENERAL

Conocer las causas que inciden en la falta de conocimiento de los padres e sustitutos respecto de la deficiencia mental y epilepsia del menor.

2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Conocer las características económicas, educacionales, habitacionales, previsionales, laborales, de salud y relaciones intrafamiliares de los grupos familiares de los alumnos de la Institución.

- b) Conocer la existencia de antecedentes de deficiencia mental de los padres e sustitutos de los alumnos de la Institución.
- c) Detectar problemas que estén absorbiendo la atención del grupo familiar del menor deficiente mental y deficiente mental epiléptico.
- d) Hacer una caracterización de la Escuela de Educación Especial FN 257 de Valparaíso.

Considerando al sujeto de atención de la Institución, el menor deficiente mental y epiléptico, es que se dará a conocer una visión general acerca del déficit y enfermedad respectivamente.

III.- GENERALIDADES ACERCA DE LA DEFICIENCIA MENTAL

1.- CONCEPTUALIZACION DE LA DEFICIENCIA MENTAL

En relación al concepto, existe una variedad de términos que definen la deficiencia mental. Términos tales como: subnormalidad, oligofrenia, amencia, retardo, retraso; sin embargo, en esta investigación se utilizará la definición de J.C. Jervis, ya que ella integra aspectos intelectuales, psicológicos y sociales. Considera a la Deficiencia Mental "como una condición de retardo o detención del desarrollo mental que sucede antes de la adolescencia, causada por causas genéticas o inducida por enfermedad o daño. Agrega además que el término desarrollo

incluye grados de maduración de las capacidades de aprendizaje, ajuste emocional, adaptación al medio ambiente y la totalidad de factores que contribuyen al adecuado funcionamiento intelectual". Además, diferentes enfoques disciplinarios han aportado con sus conocimientos a la conceptualización de la Deficiencia Mental.

Criterio Médico: La denomina oligofrenia, siendo un síndrome cuya causa es clínica, por lo que se presenta y funciona con rasgos propios, encontrándose sus alteraciones en la estructura del sistema nervioso. (1)

Criterio Psicológico: Definen a la Deficiencia Mental como un déficit del desarrollo psíquico del individuo, alterando su personalidad.

Criterio Social: Considera al deficiente mental como aquel individuo que tiene un desajuste en su personalidad y psiquis y que trae como consecuencia el no poder lograr la socialización, integración social y movilidad social para los individuos en la sociedad, quedando por lo tanto, fuera de ella.

(1) Jornadas de Diagnóstico en las Escuelas de Educación Especial. Problemas de Deficiencia Mental. Araya N., Gladys y Díaz N., Leentina. Revista Educación N-28. 1970.

Criterio Pedagógico : Desde el punto de vista del aprendizaje formal, considera al deficiente mental como aquel alumno incapaz de llevar un ritmo de aprendizaje normal, presentando un rendimiento psicopedagógico inferior al resto de los alumnos.

2. CAUSAS QUE PROVOCAN LA DEFICIENCIA MENTAL

De acuerdo a opiniones de profesores especialistas en deficiencia mental, psicólogos y neurólogo psiquiatra infantil, respecto de las causas que provocan Deficiencia Mental en un menor, coinciden en que existen una diversidad de factores que la provocan. (1)

Estos factores se encuentran clasificados en dos grandes grupos:

CAUSAS	}	Genéticas o Hereditarias
		Adquiridas

Las causas hereditarias o genéticas están determinadas por la herencia y sus manifestaciones pueden surgir en cualquier etapa del desarrollo del individuo. En estas causas mencionaremos las más conocidas.

(1) V Jornada Nacional de Educación y Cultura. Apuntes "Transtornos Infantiles". Bralic E. Senia y Suárez C. Sergio. 1970.

Jornadas de Diagnóstico de la Escuela de Educación Especial Rojas N. Melba. Revista de Educación Especial N- 28. 1970.

CAUSAS GENETICAS

O

HEREDITARIAS

MONGOLISMO • Síndrome de Down
 (trisomía en el par 21)

FACTOR RH (eritroblastosis fetal-
 ictericia)

EPILEPSIA

ENZIMATICAS (errores congénitos del
 metabolismo)

Las causas adquiridas se pueden presentar en cualquier período del desarrollo evolutivo atendiendo a tres fases: Pre, Peri y Post-Natal. Asimismo con un afán didáctico se enfocan desde tres áreas: Biológica, Psicológica y Sociocultural.

CAUSAS ADQUIRIDASCAUSAS
PRENATALESArea
Biológica.

Desnutrición
 Infecciones (rubeóla-sifilis)
 Tóxicas
 Radiaciones
 Traumáticas
 Embarazo de alto riesgo.
 Sufrimientos fetales.

CAUSAS
PERINATALESArea
Psicológica.

Shock (factores emociona-
 les intensos)

Area
Biológica

Anoxia
 Eritroblastosis
 Traumatismos
 Partos prolongados.

Area
Biológica

Desnutrición
 Infecciones (meningitis
 purulenta, encefalitis)
 Tóxicas (metales pesados,
 aspiración de gases, morfi-
 na, alcohol)
 Endocrinas (hipófisis, ti-
 roides)

CAUSAS
POSTNATALESArea
Psicológica.

Vasculares
 Procesos expansivos
 Agentes físicos
 sensoriales (hipoacucia)

Area
Sociocultu-
ral.

Transtornos psicosociales
 Emociones frecuentes
 Alteraciones conductuales
 frecuentes.

Deprivación materna
 Deprivación cultural

A. Causas Genéticas y Hereditarias

Están determinadas por la herencia y sus manifestaciones. Pueden surgir en cualquier etapa del desarrollo de un individuo.

1.- Mongolismo o Síndrome de Down:

En la estructura celular se encuentran 46 cromosomas, todos pareados. Por fenómenos de la naturaleza aún desconocidos, se manifiesta una alteración en el par 21, presentándose 3 cromosomas en vez de 2, lo que se conoce con el nombre de "trisomía cromosómica del par 21"; va acompañado por un retardo mental que oscila alrededor de un coeficiente intelectual de 50. A este retardo mental se agrega una serie de rasgos somáticos característicos.

2.- Factor RH:

Cuando en la pareja humana la madre posee factor RH negativo y el padre RH negativo, se puede dar el caso de incompatibilidad sanguínea si el feto recibe el factor RH paterno.

Cuando esto sucede, el organismo de la madre crea anticuerpos, los que cumplen su función destruyendo los glóbulos rojos en el feto. A este fenómeno se le denomina "eritroblastosis fetal", cuyo principal síntoma es la ictericia grave del recién nacido. Si se deja evolucionar la enfermedad, la ictericia puede impregnar los centros nerviosos provocando un cuadro grave que va a significar la invalidez sicomotora del niño.

El tratamiento consiste en sustituir la sangre del niño apenas nace por factor RH negativo (ex sanguíneo).

3. Epilepsia:

Aquellos casos de epilepsia muy prolongados y graves pueden producir trastornos síquicos que podrían desembocar en una debilidad mental, aunque la mayor parte de los epilépticos están en condiciones de desarrollar una vida normal.

4. Enzimáticas:

Una de las principales causas enzimáticas lo constituye el metabolismo alterado de los aminoácidos, entre los cuales se encuentra principalmente la fenilamina, que al no ser asimilada convenientemente, interfiere al ácido fenil pirúvico, el que queda como tóxico y al acumularse en el cerebro, produce perturbaciones en el sistema nervioso central que derivan en convulsiones epileptoides y en la llamada oligofrenia fenil pirúvica o fenilketenuria.

B.- Causas Adquiridas:

Estas causas se pueden presentar en cualquier período del desarrollo evolutivo, atendiendo a tres fases: pre, peri y post natal. Asimismo, se ha enfocado desde tres áreas que a pesar de estar interrelacionadas, estarán parceladas en un afán de análisis. Estas son: biológica u orgánica, psicológica y socioculturales.

Causas prenatales:

Area Biológica:

Estas causas se presentan durante el período intrauterino y son transmitidos de madre a hijo.

1.- Desnutrición:

Si la dieta es de bajo poder nutritivo, no sólo producirá un cuadro de desnutrición en la madre, sino que sustancialmente las consecuencias funestas las recibirá el ser en evolución el que se verá disminuido en todos los aspectos de su desarrollo. Causa determinante de la deficiencia mental la constituye la hipovitaminosis de la madre y como consecuencia la del feto, en la etapa prenatal.

2.- Enfermedades infecciosas:

Entre ellas tenemos a la rubeóla y sífilis como ejemplo. La rubeóla es una enfermedad infecciosa contagiosa viral que al actuar en el embrión da lugar a anomalías como sordera, ceguera y debilidad mental, pues ataca preferentemente el sistema nervioso en formación.

La sífilis es factor causal de deficiencia mental, ya que interviene por medio de lesiones específicas: artritis, parálisis, acciones distróficas como hidrocefalia. Las manifestaciones pueden ser: congénitas, precoces, tardías o ultratardías, dando como resultado trastornos de la inteligencia y del carácter.

3.- Intoxicaciones:

Las intoxicaciones maternas repercuten forzosamente sobre el niño y son el origen de formas graves de deficiencias intelectuales, e de tipos muy particulares de éstas, como el atraso con inestabilidad.

Entre las intoxicaciones más corrientes podemos citar algunas producidas por drogas (LSD, THALIDOMIDA, etc.). También las intoxicaciones involuntarias por ingestión de medicamentos mal administrados (sin consulta médica), inhalación permanente de gases tóxicos (braseros, campamentos mineros de cobre, fábricas ubicadas en centros urbanos muy poblados, etc.).

4.- Radiaciones:

Se ha comprobado que la exposición a diferentes radiaciones en la mujer embarazada producen alteraciones irreparables en el sistema nervioso en formación. De ahí que se deba suspender todo tipo de tratamiento radioterapéutico o exposiciones a rayos X por breves que sean, durante este período.

5.- Traumatismos:

Pueden dar lugar a condiciones anormales del embarazo, siendo los más graves los abdominales, pudiendo producirse desprendimiento de placenta y llevar consigo una insuficiencia permanente de la circulación fetal. También se pueden mencionar los intentos de aborto fallido.

6.- Embarazo de alto riesgo:

Tales como madres diabéticas, primigestas menores de 15 años, multíparas y mujer mayor de 45 años, etc.

7.- Sufrimientos fetales:

Es decir, aquellos producidos por la falta de oxigenación del feto durante el embarazo.

Area Psicológica:

Está constituida por aquellos factores que inciden en el desarrollo del feto produciendo insuficiencia.

Entre estos factores tenemos:

8.- Shock: Factores emocionales intensos y prolongados:

Causas Perinatales:

Desde todo punto de vista el nacimiento constituye un trauma al ser que bruscamente es cambiado de ambiente, como cambios bruscos de temperatura, de presión y la puesta en función de todos los órganos que dicen relación con la supervivencia del individuo,

9.- Anoxia:

Llámesec así a la falta de oxigenación a nivel de los tejidos que puede ser consecuencia de asfixia o de dificultades en el transporte del oxígeno por la sangre.

La carencia prolongada del oxígeno en el sistema nervioso central puede producir diversas alteraciones.

10.- Eritroblastosis o enfermedad hemolítica del recién nacido:

Este cuadro clínico se manifiesta en él con el nombre de ictericia, causado por la incompatibilidad sanguínea (factor RH).

11.- Traumatismo:

Las particularidades anatómicas de la madre, tales como estrechez de la pelvis, ~~sub~~ercia uterina, contracciones violentas durante el parto, pueden dar lugar a problemas en el nacimiento.

12.- Partes prolongados y distóxicos (partes anormales)

Causas Post-natales:

Area Biológica:

13.- Desnutrición

Está comprobado que el desarrollo integral de un individuo depende principalmente de una alimentación rica en proteínas, minerales y vitaminas. Esto es determinante en la primera infancia del sujeto; pero la carencia de una alimentación equilibrada durante los primeros 6 a 8 meses de vida provocará un cuadro clínico denominado desnutrición, manifestándose daños irreparables en el desarrollo psíquico, motor e intelectual.

14.- Infecciones:

Meningitis purulenta: enfermedad producida por la bacteria "meningococo" y se manifiesta en una inflamación purulenta de las meninges, pudiendo ocasionar daño cerebral.

Encefalitis: enfermedad producida por virus, que se caracteriza por dolores de cabeza, perturbaciones de la conciencia, signos neurológicos propios de las lesiones del encéfalo (hemiplejias, parálisis oculares, movimientos anormales).

Hay formas benignas de encefalitis que pasan espontáneamente en 2 o 3 días, pero las hay graves que pueden llevar a la muerte e dejar secuelas como la deficiencia mental.

Hay otras enfermedades infecciosas como la sífilis producida por protozoos, la micosis por hongos y la triquinosis producida por parásito meningo encefalitis, etc.

15.- Intoxicaciones:

Entre los múltiples ejemplos de ella se pueden citar las producidas por la ingestión de metales pesados (plata, plomo, mercurio, etc.). Aquellas pinturas blancas compuestas a base de plomo; cuando los niños mascan juguetes u objetos pintados de blanco terminan intoxicados.

También la aspiración de gases provenientes de lugares donde se trabaja con baterías de autos, pueden producir el mismo resultado. La morfina, el alcohol y muchas otras sustancias pueden provocar intoxicaciones agudas y crónicas y dañar el sistema nervioso, llegando en algunos casos a los centros cerebrales, produciendo una detención en el desarrollo normal.

16.- Endocrinas:

El sistema endocrino está formado por un conjunto de glándulas que intervienen en la regulación y coordinación de las actividades celulares a través de sus secreciones que se vierten en el torrente sanguíneo. Estas sustancias de gran actividad se denominan hormonas, así por ejemplo la falta de desarrollo congénito de la tiroide produce el cuadro del cretinismo caracterizado por falta de inteligencia y desarrollo sexual.

Las perturbaciones de la glándula hipófisis, sobre todo aquellas que se refieren a la hipofunción del lóbulo anterior, determinan diversos cuadros clínicos. En el caso de la hormona del crecimiento, su hipofunción acentuada produce el enanismo; por el contrario su exceso determina la acromegalía o gigantismo, ambas con incidencia en el sistema nervioso central y por ende, en una deficiencia mental.

17.- Vasculares:

Mediante las hemorragias, las trombosis (obstrucciones arteriales), las embolías y las arteriosclerosis pueden producir numerosas enfermedades del sistema nervioso central tanto agudas como crónicas y determinar alteraciones de la inteligencia.

18.- Procesos expansivos:

Los tumores y las colecciones líquidas que aumentan de tamaño como son algunos quistes (líquido) o hematomas (sangre), que cuando se sitúan debajo de la piel

se denominan hematomas subdóricales, causan con relativa frecuencia perturbaciones en el sistema nervioso central del niño.

19.- Agentes físicos:

La exposición permanente de irradiaciones, los golpes traumáticos sobre el cráneo, pueden ser causas determinantes de una deficiencia mental en el niño.

20.- Sensoriales:

Hipoacucia: acentuada bilateral, que corresponde a una sordera de ambos oídos. Si es adquirida en la primera infancia, será factor determinante en la carencia de lenguaje en el niño, traduciéndose en un atraso intelectual.

Area Psicológica:

Trastornos Psicosociales:

21.- Emociones frecuentes:

Estados angustiosos y depresivos que revelan una mayor vulnerabilidad a las exigencias ambientales. Entre los estados angustiosos como el miedo subjetivo, fobias, angustias, angustia de separación, trastornos del sueño y timidez excesiva pueden ser causas determinantes de deficiencia mental. Lo mismo en estados depresivos como sentimientos de tristeza, aburrimiento, desánimo ante las dificultades, dependencia materna y extrema sensibilidad a crítica, el castigo y el fracaso.

22. Alteraciones conductuales frecuentes:

Entre éstas se aprecian la agresividad, destructividad, rebeldía, peleas, crisis de rabia (pataletas), etc. También las actitudes antisociales como robo, vagancia, fugas del hogar, etc. Estas alteraciones también son causas de deficiencia mental, a las cuales se suma una inquietud psicomotora permanente. Tanto la agresividad como la depresión parecerían ser una reacción ante la angustia. En el caso de la agresividad el niño descarga su tensión contra el ambiente. En la depresión, la descarga es contra sí mismo, con autoreproche, tristeza y/o llanto.

Area sociocultural:

23.- Deprivación materna:

Se refiere a la incapacidad de la madre para entregar "maternidad", en el sentido de expresar una relación afectiva cálida, no sólo a través de la alimentación, sino que a través del contacto verbal y táctil.

El síndrome de deprivación materna se ha descrito en términos de las siguientes manifestaciones:

- Retraso en el desarrollo sicomotor.
- Mayor incidencia de trastornos conductuales a medida que crecen.
- Mayor incidencia de trastornos de la personalidad pasados los 10 años.
- Mayor incidencia de trastornos de aprendizaje y eventualmente retardo mental consecutivo.

- Mayor vulnerabilidad biológica, con mayor incidencia de enfermedades infecciosas en la lactancia.

Los efectos de la deprivación materna dependerán de la intensidad, duración y edad en que ocurren. En general, ya en el sexto mes de vida identifica y reconoce a la madre y comienza a crear lazos afectivos con ella. Los efectos de la deprivación serían reversibles hasta los doce meses con una figura materna sustituta adecuada, e incluso hasta los dos años, aunque a medida que pasa el tiempo los riesgos de secuelas son mayores.

24.- Deprivación cultural:

Se refiere a la privación de adecuada estimulación sensorial, motriz y de lenguaje, que afecta al desarrollo de las funciones intelectuales desde el primer día de vida. Aunque el potencial intelectual genéticamente determinado, sea normal al nacer, si no hay riqueza de experiencias, si no existen posibilidades de satisfacer la conducta exploratoria del niño, el rendimiento intelectual futuro se verá mermado. La inteligencia no está absolutamente determinada por lo genético, sino que es altamente influenciada por las experiencias, la cultura y las condiciones físicas de vida.

Así, la falta de estimulación o el uso de estímulos inadecuados, desorganizados, poco variados, etc. pueden ser causa determinante de deficiencia mental, como lo

plantea la psicóloga Sonia Bralic. (1)

3.- CLASIFICACIONES DE LA DEFICIENCIA MENTAL

Frente a la Deficiencia Mental existen diversas clasificaciones de las cuales se señalan aquellas de que hacen uso los diferentes profesionales que se desempeñan en el campo de la Educación Especial, (psicólogos, profesores, fonoaudiólogos, asistente social).

A.- Clasificación según la Cuantía del deséense:

Esta clasificación se expresa en términos del coeficiente intelectual, medido por test de inteligencia; la deficiencia mental se ha clasificado en diversos grados: (2)

		Coeficiente Int.
Variaciones Normales	Superior al Promedio	110 y más
	Normal	90 a 109
	Normal lento	80 a 89
Limítrofe	Berdeline	70 a 79
Deficiencia Mental	Leve	51 a 69
	Moderada	36 a 50
	Severa	21 a 35
	Profunda	20 y más

(1) y (2). BRALIC, Sonia y otros. "Trastornos Infantiles". V Jornada de Educación y Cultura. Ministerio de Educación. Año 1979. Pág. 2.

B.- CLASIFICACION PSICOLOGICA Y PEDAGOGICA:

Los profesores especialistas en educación especial clasifican a la deficiencia mental dependiendo del pronóstico.

Así tenemos:

- Débil Mental : presentan una edad mental entre 7 y 12 años y un coeficiente intelectual que varía entre 51 a 69. Desde el punto de vista pedagógico corresponden al grupo educables y se caracterizan porque se puede utilizar con ellos métodos pedagógicos especiales y alcanzar un cuarto o quinto año básico, un ajuste social aceptable y capacidad de trabajos prácticos y concretos.
- Imbecibilidad : presentan una edad mental entre 3 y 7 años de edad y un coeficiente intelectual entre 21 y 50. Pedagógicamente corresponden al grupo entrenable, y se caracterizan porque son incapaces de manejarse en los asuntos cotidianos y necesitan casi constante supervisión; pueden hablar, pero demuestran gran incapacidad para la lectura o escritura. Para ellos se requiere un tratamiento terapéutico muy especial en instituciones adecuadas.

Idiocia : presentan una edad mental entre 0 y 3 años, y un coeficiente intelectual inferior a 21. Desde el punto de vista pedagógico corresponden a los custodiables y se caracterizan por ser tan profundamente defectuosos que son incapaces de protegerse de algunos peligros físicos. Su lenguaje se reduce a gritos guturales y requieren de internados especializados para su protección.

C.- CLASIFICACION PROFESIONAL:

Esta clasificación también es utilizada por profesores especialistas, y se basa en el tipo de actividad laboral que pueden desarrollar los menores deficientes.

Semi diestro : presentan una edad mental de 7 a 12 años de edad y un coeficiente intelectual de 51 a 69. Pueden desarrollar algunas actividades laborales con alguna orientación y supervisión adecuada; para ello se requiere de la organización de multitalleres y talleres adjuntos a las Escuelas Especiales.

Poco diestro : presentan una edad mental de 3 a 7 años y un coeficiente intelectual entre 21 a 50. Este grupo puede desempeñar algunas tareas pequeñas bajo una vigilancia directa.

Necesitan de una automatización muy ac
tuada y su entrenamiento debe ser muy
organizado.

Dependiente : Presentan una edad mental entre 0 y 3 años y un coeficiente intelectual infe
rior a 21. Profesionalmente este grupo es de menor perspectiva, siempre depen
derán en todo su aspecto de familiares, instituciones o el Estado.

D.- CLASIFICACION SOCIAL:

Clasificación utilizada por psicólogos como por profesores de educación especial y que se basa en el grado de sociabilidad que el niño tiene. Así encontramos:

Adaptable : presentan una edad mental de 7 a 12 años de edad, coeficiente intelectual de 51 a 69. Se caracterizan por tener un nivel más alto de sociabilidad, no existiendo mucha diferencia con los ni
ños normales en los casos de un coefi
ciente intelectual más elevado. Pueden desarrollar algunos trabajos en grupo y potencialmente tienen algún sentido de solidaridad.

Poco Adaptable : presentan una edad mental de 3 a 7 años, coeficiente intelectual de 21 a 50. Se caracterizan por tender al aislamiento,

muy poco sociables. Sus relaciones con el medio son elementales y de carácter esencialmente afectivo; por lo que su ajuste social es limitado al plano familiar y vecinal; capacidad de trabajo familiar o en talleres protegidos. Logran capacidad de cuidado personal.

Inadaptable

: presentan una edad mental de 0 a 3 años y un coeficiente intelectual inferior a 21 y se caracterizan por no poseer un mayor contacto con el medio. Sus reacciones son primarias y negativas, por lo tanto necesitan un alto estímulo para lograr alguna relación que los vincule en alguna medida con el mundo exterior. Son totalmente dependientes, no pueden cuidar de sí mismos y generalmente requieren de institucionalización permanente.

CUADRO ESQUEMATICO DE LAS CLASIFICACIONES DE LA DEFICIENCIA MENTAL UTILIZADAS EN ESTE ESTUDIO

EDAD MENTAL	COEFICIENTE INTELLECTUAL	DENOMINACION	PEDAGOGICA	PROFESIONAL	SOCIAL
7 - 12	51 - 69	Débil mental (def.)	Educa ble	Semi diestro	Adapta ble
3 - 7	21 - 50	Imbeci lidad (def. Mod. y sev.)	Entre noble	Poco diestro	Poco Adapta ble
0 - 3	0 - 21	Idiocía (def. profunda)	Custo diabile	Depen diente	Inadap table

4.- CARACTERISTICAS DEL MENOR DEFICIENTE MENTAL EDUCABLE

En relación a las características que adoptan los individuos deficientes mentales sólo nos referiremos a aquellos menores que se encuentran en el nivel de educables, (cuya edad mental oscila entre 7 a 12 años) con un coeficiente intelectual de 51 a 69, y de aquellos menores límites: con un CI de 70 a 79, por cuanto son objeto de atención profesional de la Institución en la que se llevó a cabo el presente Seminario.

Según la afectividad se acostumbra distinguir, respecto al menor deficiente mental educable, dos grandes grupos extremos: Los deficientes mentales armónicos o ponderados y los deficientes mentales desarmonicos o criticos (Robinson A. 1975).

A continuación se detallan las características de un menor deficiente mental armónico o ponderado.

El menor deficiente mental educable en la edad escolar aparece tranquilo, plácido y con lentitud en el progreso del desarrollo psicomotor. Su quietud y placidez derivan de la carencia de curiosidad, espontaneidad e interés que caracterizan a un niño normal; crédulo y de buena voluntad, son sensibles a las sugerencias de los niños inteligentes o de los mayores o se dejan llevar por ellos. A esto se agrega un déficit en el desarrollo motor que en los primeros años se evidencia por el retardo del desarrollo psicomotor después de los tres años y que en el adulto se evidencia como una torpeza y desarmonía de los movimientos voluntarios.

Aunque los órganos sensoriales son generalmente sanos, el menor deficiente mental es lento en percibir y en captar los objetos que lo rodean, por lo que sus percepciones están mal elaboradas e incompletas y sus representaciones aparecen pobres y de mala calidad. Son incapaces de distinguir lo esencial de lo no esencial y está impulsado principalmente por los estímulos intensos, ya sea ruidos fuertes o colores chillones y sea lo que fuere lo que percibe, se aferran a ello y su pensamiento se centra alrededor de estas impresiones sensoriales concretas; así por ejemplo, al mostrar

le una lámina que representa un grupo familiar, irá detallando los colores y detalles más sobresalientes y llamativos, pero serán incapaces de aprehender el conjunto.

Lo mismo se observa al pedirle definiciones, las que proporciona definiendo por el uso. Esto se debe a su tipo de pensamiento concretista y a su incapacidad de formular conceptos abstractos; es decir, los conceptos están limitados y mal formados o inmediatamente ligados a experiencias concretas. Tampoco entienden la abstracción de los números, pueden contar bolitas o palitos, pero son incapaces de contar con sus dedos.

No sólo son incapaces de captar un amplio conjunto de ideas, sino también son incapaces de incluir una idea determinada dentro de un nuevo contexto. Igualmente la tendencia a mantenerse dentro de los hábitos antiguos, lo que los hace ser conservadores y ordenados. Son además puntillosos y detallistas.

En síntesis, el pensamiento del deficiente mental se muestra insuficiente, los recuerdos y las percepciones son débilmente captados. Las representaciones resultan mal elaboradas y se encuentran más próximas a lo sensorial, quedando el pensamiento adherido a lo más frecuentemente experimentado, a lo más simple y falta de elaboración.

La capacidad de abstracción es limitada, insuficiente y sólo se establecen conceptos sencillos y con frecuencia erróneos; su capacidad de abstracción y asimilación de nuevas representaciones de un conjunto para utilizarlas en nuevas reflexiones está muy limitada.

Por otra parte, a pesar de déficit intelectual, algunas funciones mentales pueden permanecer relativamente intactas. Además de conservar el uso adecuado de sus sentidos, el deficiente mental no suele producir disturbios primarios de la retención y memoria. La capacidad de aprendizaje está muy disminuída ya que generalmente la atención es inestable y tienden a la fatigabilidad mental; sin embargo son capaces de aprender oficios manuales como el servicio doméstico, la jardinería, la agricultura, etc. Pueden aprender y realizar ciertas labores en forma mecánica, sin saber el porqué ni el cómo lo hacen.

El lenguaje es pobre, siempre de desarrollo tardío y acompañado de mala vocalización, además la modulación y expresividad emocional son de mala calidad, lo que en parte se debe a la inadecuada coordinación muscular y en parte también a la pobre emocionalidad.

El carácter ofrece todas las características del infantilismo; pueden ser extremadamente dependientes o egocéntricos. Por su debilidad de juicio crítico, tienen un conocimiento bastante imperfecto de sus propias capacidades, aunque algunos de grado superior pueden darse cuenta de su insuficiencia, la que compensan con sus reacciones exageradas, tales como gritos y alegría forzada.

A causa del déficit de control de la inteligencia sobre la afectividad, las emociones son lábiles y pueriles; son propensos a las distimias depresivas o irritables. Suelen ser obedientes, pero a veces demasiado irritables.

tables, especialmente cuando el déficit intelectual se debe a focos cerebrales. En general sus respuestas emocionales son exageradas como las del niño y en ocasiones cuando se encuentran frente a situaciones que no captan, pueden caer en crisis de furor.

La adaptación o inadaptación del deficiente mental depende en parte de las reacciones del medio ambiente, es decir, si es aceptado y tolerado, o bien rechazado, siendo objeto de burlas o de críticas. En este último caso, es posible que responda con caprichos o reacciones agresivas.

En los deficientes mentales desarmónicos o críticos se agregan alteraciones conductuales. En los niños se evidencia un descontrol de la actividad motora que los hace inquietos y movedizos. Sus reacciones caracterológicas se caracterizan por excesiva irritabilidad ante los estímulos, caprichosidad, tesudez con reacciones impredecibles.

5.- TRATAMIENTO DE LA DEFICIENCIA MENTAL:

El tratamiento del menor deficiente mental es esencialmente educativo. Para esto debe diferenciarse a los educables, entrenables y custodiables.

En el caso específico del menor deficiente mental educable, se pretende a través de una enseñanza especializada desarrollar aquellas capacidades disminuídas, o la habilitación que permita al menor una integración óptima dentro de la sociedad, en el más alto nivel de eficiencia física, psicológica y social, compatible con su condición ase

gurándoles, una ocupación productiva y remunerada, en el máximo de rendimiento, satisfacción e integración personal.

Esta enseñanza es entregada por estos establecimientos educacionales, denominados en Chile Escuelas de Educación Especial.

6.- SITUACION DE LA DEFICIENCIA MENTAL EN CHILE:

La Educación Especial institucionalizada empezó en Chile en 1852 con la creación de una escuela para sordomudos, a la cual se agregó posteriormente un curso para niños ciegos. En 1928, la ley de Protección de menores creó escuelas para niños con alteraciones conductuales (Politécnico de San Bernardo, Casa de Menores de Santiago y Valparaíso), y en 1929 se creó la escuela para Ciegos, de la cual se autonominó la escuela para sordos en 1951. En 1954 se crean varias Escuelas Experimentales de Desarrollo, destinadas a niños con retardo mental y se establecieron algunos "cursos diferenciales" para niños retardados, en el contexto de las escuelas comunes. El primer centro de diagnóstico pedagógico, llamado "Clínica Psicopedagógica", fue creado en 1955. Finalmente en la década del 60 se crearon diversas escuelas especiales anexas a hospitales infantiles (Roberto del Río, Calvo Mackena, Arriarán) que cumplían funciones de centro de diagnóstico y de rehabilitación para trastornos específicos de aprendizaje.

Un resumen de la creación de Escuelas Especiales en Chile puede expresarse diciendo que en 1852 y 1951 hubo 6 Escuelas Especiales; entre 1953 y 1958 se crearon

5 Escuelas más. En la década del 60 al 70 se crearon 37 Escuelas Especiales nuevas. Finalmente en lo que llevamos de la década del 70 existen 116 Escuelas Especiales en Chile, que atienden déficit del desarrollo de distinto orden (retraso mental, deficiencias sensoriales, motoras, trastornos específicos del aprendizaje, etc.)

El año 1965 se estableció en el Ministerio de Educación la Jefatura de Educación Especial que fue un primer paso para el ordenamiento y ubicación administrativa de las escuelas especiales; ese año se efectuaron también las primeras jornadas de Diagnósticos de Educación Especial, para los profesionales de estas escuelas.

A partir de 1975, la planificación de la educación especial se orientó a crear preferentemente Centros de Diagnósticos, Equipos de Apoyo Psicopedagógicos (microcentros), grupos diferenciales en las escuelas comunes y centro de capacitación laboral. Esta diferencia en el énfasis de la distribución de recursos educacionales fue la consecuencia de los diferentes seminarios u comisiones que estudiaron el problema de la Educación Especial en Chile.

En la actualidad 115 Escuelas Especiales Fiscales existen, las que atienden 2 y hasta 3 tipos de déficit.

En relación a la Deficiencia Mental, de acuerdo a información proporcionada por el Departamento de Estadística de la Superintendencia de Educación, según Censo realizado en 1976, existen en nuestro país aproximadamente 166.666 deficientes mentales, de los cuales sólo un 6% recibe

atención especializada, vale decir, 7.000 menores asisten a las escuelas de educación especial existentes en el país.

A nivel regional, de acuerdo a la información proporcionada por la Secretaría Ministerial de Educación Especial de la V Región, existen 1960 menores deficientes mentales atendidos en escuelas especiales de la región; además 751 menores han sido diagnosticados, pero no reciben atención en estos establecimientos de Educación Especial.

En cuanto a recursos humanos, del total de profesionales que prestan servicios en 74 centros de Educación Especial en Deficiencia Mental, según estadísticas del mes de Diciembre de 1973, se tiene que:

Médicos	20
Dentistas	15
Enfermeras	8
Asistentes Sociales	28
Psicólogos	29
Fonoaudiólogos	9
Terapeuta Ocupacional	4
Kinesiólogos	9
Audiometristas	2
Orientadores	4
Educador Sanitario	1

En el año 1974 se da un total de 125 profesores de educación especial que no ejercen en ella por diversos motivos; es decir, ejercicio particular de la profesión, docencia en universidades, docencia en la enseñanza ge

neral básica, clínicas psicopatológicas, han viajado al extranjero, etc. Del total dado, 86 eran especialistas en Deficiencia Mental.

Es así mismo interesante consignar que de las 8 universidades que existen en el país, sólo tres forman especialistas para desempeñarse en educación especial, abarcando por lo general diversas especialidades específicas.

A la carencia de personal especializado habría que agregar la falta de material especializado didáctico, de diagnóstico, tratamiento y evaluación. Es frecuente que los pedagogos especialistas contribuyan de su peculio personal para adquirir recursos materiales, o recurran a instituciones privadas y a organismos de la comunidad a fin de atender aunque sea medianamente las necesidades que de este tipo se presentan.

Entre las leyes que favorecen a los menores deficitarios a los cuales puede acogerse el menor deficiente mental, es el Decreto Ley N- 307 del 6 de Julio de 1974, que en su artículo 15 señala el beneficio legal de la Doble Asignación Familiar para aquellos menores que presentan algún tipo de déficit irrecuperable. Frente a este beneficio sólo se requiere del diagnóstico psicológico que autorice dicha asignación familiar doble. En el caso de que el grupo familiar del menor deficitario carezca de un sistema previsional, puede acogerse a una pensión asistencial de invalidez en aquellos casos en que el menor deficitario tenga más de 18 años de edad, este último beneficio está regido por el Decreto Ley N- 862 del año 1974.

7.- INSTITUCIONES QUE ATIENDEN EL DEFICIT DE DEFICIENCIA MENTAL EN CHILE:

7.1. ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL

7.1.1. CENTROS DE EDUCACION DIFERENCIAL O ESCUELAS ESPECIALES:

Son organismos destinados a la atención integral de aquellos individuos que por su déficit no pueden iniciar el aprendizaje en la escuela de educación común.

Inician su acción lo más precozmente posible contemplando en su organización las estructuras que permiten actividades directas a través del grupo familiar relativas a estimulación precoz, educación pre-básica y exploración vocacional.

En las Escuelas Especiales de la V Región laboran 264 profesores, los que de acuerdo a un grado de especialización y capacitación se distribuyen como sigue:

- a) Con especialización Universitaria
 - con título 11
 - sin título 1
- b) Con capacitación sistemática
 - completa 2
 - incompleta 92
- c) Con autocapacitación 58
- d) Sin capacitación
 - con título de profesor 82
 - sin título de profesor 18

Debe considerarse que sólo en 1977 se inició la capacitación por parte del Centro de Perfeccionamiento Experimentación e Investigaciones Pedagógicas de Profesores sin Especialización de las escuelas especiales. Los profesores que aparecen con capacitación sistemática completa corresponden a un curso para profesores experimentales realizado en 1964.

Durante el año 1977, las Escuelas Especiales de la V Región proporcionaron atención a 2.303 niños con dificultades severas de aprendizaje, los que se distribuyeron como sigue, de acuerdo al Decreto 1.055, del 22 de Septiembre de 1979:

PROVINCIA DE VALPARAISO

- Escuela EN 293, ubicada en calle Mena esquina Baquedano, para la atención de niños Deficientes Mentales.
- Escuela de Educación Especial FN 292, ubicada en Santiago Severín 171, para la atención de niños Deficientes Mentales.
- Escuela de Educación Especial FN 257, ubicada en Segundo Pasaje S/N en Avenida Francia, para la atención de niños Deficientes Mentales y Epilépticos.
- Escuela de Educación Especial DN 247, ubicada en el cuarto sector Corvi de Playa Ancha, para Deficientes Mentales y Trastornos específicos del aprendizaje.
- Escuela de Educación Especial FN 293, ubicada en Avenida Los Castaños 255 en Viña del Mar, para la atención de niños Deficientes Mentales y Trastornos específicos del aprendizaje.

- Escuela de Educación Especial FN 349, ubicada en 12 Poniente N- 5609 en Gómez Carreño, para la atención de niños Deficientes Mentales y Trastornos específicos del aprendizaje.

7.1.2. Centro de Diagnósticos

Los Centros de Diagnósticos son instituciones que estudian, analizan y determinan dificultades de aprendizaje y adaptación de los menores Deficientes Mentales, para emitir un diagnóstico acabado de su desarrollo y potencialidad, con la finalidad de remitirlos a establecimientos especializados encargados de su formación y capacitación. Los objetivos de dicha institución son: (1)

- a.- Realizar el diagnóstico integral y diferencial de los casos.
- b.- Completar la fase diagnóstica con la orientación adecuada del caso en su doble aspecto.
 - orientación del sujeto y su familia
 - orientación del profesional y/o institución que la va a atender.
- c.- Realizar un eficiente seguimiento de los casos en la etapa de tratamiento y mantenimiento de una periódica interconsulta con los establecimientos correspondientes que permitan su constante reevaluación.

(1) ESPINDOLA N., Ernesto. Director del Centro de Diagnóstico N- 5 de Viña del Mar. Entrevista. 1979.

d.- Mantener un eficiente registro de todas las funciones y actividades que se realizan en el centro.

Para el cumplimiento de dichos objetivos se requiere de un equipo multidisciplinario, integrado por Médicos, Pediatras, Neurólogos, Otorrinolaringólogos, Psicólogos, Asistentes Sociales, Fonoaudiólogos, Kinesiólogos y Psicopedagogos.

Este Centro cuenta con un local propio, construido especialmente para su funcionamiento en el que se consideran las siguientes dependencias:

4 oficinas de Psicólogos
 2 oficinas de Asistentes Sociales
 1 oficina de Fonoaudiólogo
 1 oficina de Kinesiólogo
 4 oficinas de Profesores Especialistas

En la actualidad el Centro cuenta con la siguiente planta de personal profesional:

Psicólogo media jornada	1
Asistente Social jornada completa	1
Fonoaudiólogo jornada completa	1
Profesores Especialistas	5
Orientadores	1
Especialistas en Deficiencia Mental	2
Especialistas en Audición y lenguaje	2

A Diciembre de 1977 han proporcionado atención a 277 alumnos de educación básica común y 45 alumnos

de educación Media, quedando en espera de atención para 1978 alrededor de 583 alumnos.

La labor de este Centro, se ve un tanto limitada por cuanto la demanda de menores de la V Región es mayor a la oferta de este Centro. Debido a ello, es que la atención de los menores de las Escuelas Especiales, es restringida, por ello que durante el presente año escolar se atenderán un promedio de cinco menores de Escuelas de Educación Especial existente en la región.

En algunas situaciones se entrega tratamiento ya sea de índole pedagógico o foniátrico, por el profesional correspondiente, mediante sesiones que tienen una duración de 60 minutos. Cada sesión tiene un costo de \$100 (1979).

En un Seminario sobre Centros de Diagnósticos realizado por CPEIP en Noviembre de 1975 y en el que participaron diversos profesionales de Educación "special, se señala las siguientes funciones específicas para los Centros de Diagnósticos:

1) Diagnosiz:

- Diagnóstico multiprofesional
- Síntesis diagnóstica
- Orientaciones generales para el tratamiento

2) Referencia del caso al Centro de Tratamiento que corresponda.

3) Coordinación Técnica

- asesoramiento técnico para los Centros de Tratamiento

que no cuentan con especialistas.

- interconsultas
- estudio de casos

4) Evaluación diagnóstica y reorientación del tratamiento

5) Investigaciones

- de aspectos del diagnóstico, ampliación de las baterías de prueba, standarización, actualización y contrastación de pruebas de diagnóstico.
- elaboración de instrumentos y pautas básicas que sirven de apoyo al tratamiento.
- pesquisar la realidad cuantitativa de los menores que presentan trastornos sensoriales, motores, intelectuales, de aprendizaje y lenguaje.

6) Prevención

- divulgación de la problemática en campañas de prevención.
- participación en campañas a través de diversos medios de comunicación.
- ciclos de charlas a profesores de enseñanza Parvularia y Básica.
- participación en Consejos y Conferencias.

7) Extensión

- encuentros nacionales de Centros de Diagnósticos.
- reevaluación de documentos
- unificación de criterios.

7.1.3. MICROCENTROS DE DIAGNOSTICOS

Además de la existencia del Centro de Diagnóstico N-5 de Viña del Mar, se cuenta con la existencia de dos microcentros de diagnóstico, ubicados en San Felipe y San Antonio.

- Microcentro de San Felipe.- Funciona en las dependencias de la Escuela Especial FN 118 de esa ciudad. En dicho local se cuenta con capacidad física para cuatro profesionales: 1 Psicólogo, 1 Asistente Social y dos Profesores Especialistas. La planta actual del microcentro está formado por un psicólogo y dos profesores especializados; colabora además, la Asistente Social de la Escuela FN 69. Durante el año 1977 el microcentro prestó atención a 320 alumnos de Educación Básica a los que realizó un diagnóstico completo.
- Microcentro de San Antonio.- Ocupa una de las dependencias del Instituto Comercial, cuenta con la participación de un Psicólogo y profesores especializados. Durante el año 1977, el Microcentro atendió a 303 alumnos de Educación Básica, a los que realizó un diagnóstico completo.

7.1.4.- EQUIPO DE APOYO PSICOPEDAGOGICO

Son organismos de diagnóstico constituidos por: 3 médicos (2 pediatras, 1 medicina general), 2 Asistentes Sociales, 1 profesor capacitado, designado para la elaboración de diagnóstico. En estos equipos de apoyo el número de profesionales está en directa relación con los recursos existentes en la región específica de que se trata.

La principal característica es su atención ambulatoria, lo que le permite desplazarse a cualquier lugar de su jurisdicción donde sea necesario realizar el diagnóstico psicopedagógico.

7.1.5.- LOS GRUPOS DIFERENCIALES

Son grupos de apoyo pedagógico existentes en las Escuelas de Educación Básica Común, destinadas a entregar tratamiento especializado a alumnos sin déficit que presentan trastornos específicos en el aprendizaje.

Algunos de los trastornos específicos en el aprendizaje que son atendidos en los grupos diferenciales son:

- dislexia
- discalculia
- disgrafía
- disortografía
- dislalia
- tartamudez
- alteraciones emocionales y conductuales
- hiperkinesia

Durante el año 1977 se crearon 16 nuevos grupos diferenciales en la V Región, los que se distribuyeron de la siguiente manera:

- 4 en Escuelas Básicas N- 313, 229, 238, 244 de Valparaíso.
- 4 en Escuelas Básicas N- 15, 112, 184, 213 de Viña del Mar.
- 1 Escuela Básica N- 10 de Villa Alemana

- 1 en Escuela Básica N- 98 de Quilpué.
- 2 en Escuelas Básicas N- 13 y 59 de Quillota.
- 2 en Escuelas Básicas N- 4 y 21 de Los Andes.
- 2 en Escuelas Básicas N- 5 y 27 de San Antonio

Según lo estipulado anteriormente, el número de grupos diferenciales creados en la V Región alcanza a 79, a lo cual habría que agregar 10 grupos de San Antonio y 3 en Petorca, lo que hace un total de 92 grupos diferenciales.

Los grupos diferenciales hasta el momento, han dado atención a 2.170 alumnos de las Escuelas Básicas que presentaron dificultades específicas de aprendizaje.

7.1.6.- CENTROS DE CAPACITACION LABORAL:

Son organismos de Educación Diferencial, que a continuación del Centro de Educación Diferencial o Escuelas Especiales, recibe al niño deficiente mental educable, con la finalidad de hacerle entrega de técnicas de trabajo que lo capaciten y habiliten para un desempeño laboral responsable.

7.1.7.- TALLERES PROTEGIDOS:

Son organismos de continuación para el niño deficitario severo, que tiene como objetivo proporcionar la posibilidad de desarrollar una actividad productiva a través del desempeño de tareas simples y repetitivas bajo la protección de personal responsable.

Todos los organismos nombrados anteriormente dependen administrativamente de un organismo mayor, que es la Secretaría Regional Ministerial de la V Región.

En el aspecto técnico dependen de la Coordinación de Educación Especial. Debido a las diferencias de criterios entre la Educación Regular y la Escuela de Educación Especial se hace necesaria la centralización de ésta a través de Secretarías Especiales de Coordinación, las que funcionan a nivel Regional.

7.1.8.- CONSEJO DE COORDINACION NACIONAL:

Organismo integrado por los Ministros de Educación, Interior, Salud, Justicia, Trabajo, de las Universidades y otras Instituciones representativas a nivel nacional, destinado a favorecer la coordinación institucional, la integración de acciones interdisciplinarias y la utilización racional de recursos en el campo de la Educación Diferencial en todo el país.

7.1.9.- CONSEJO DE COORDINACION REGIONAL Y DEPARTAMENTALES:

Organismo integrado por pedagogos en Educación Especial, designados por el Consejo de Coordinación Nacional. Su principal función es la de analizar específicamente lo relativo a lo eminentemente técnico, pedagógico, y colaborar así a un eficiente y adecuado funcionamiento de las Escuelas de Educación Especial de la Región.

7.2.- ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL:

Entre las instituciones de derecho privado, orientadas a la atención del problema de la Deficiencia Mental, se encuentra la Corporación de Ayuda al Niño Limitado. Es la única Institución cerrada a nivel nacional

que se preocupa de la capacitación del niño limitado intelectualmente.

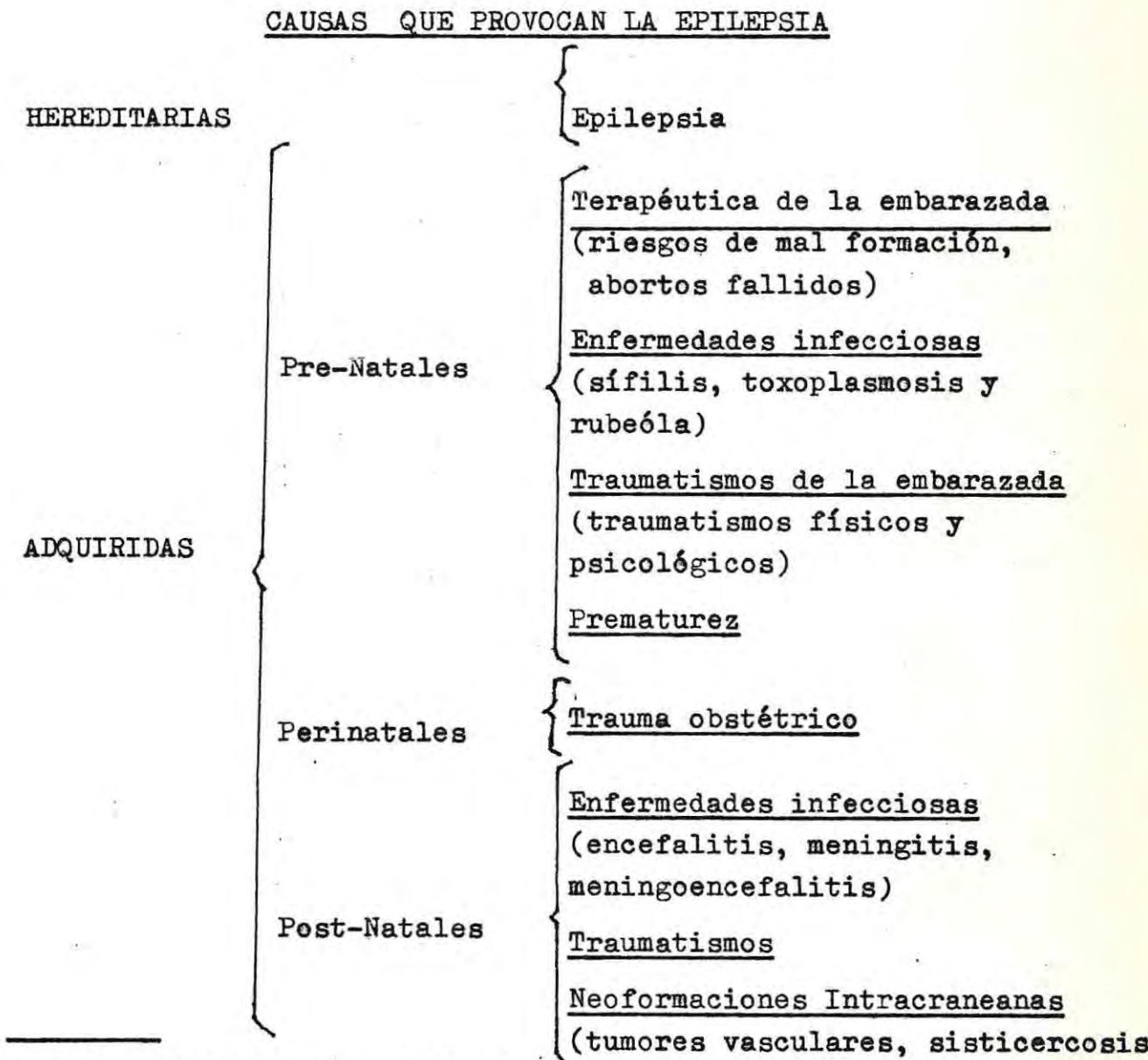
La Corporación de Ayuda al Niño Limitado funciona en diferentes puntos del país en un total de cinco Centros de Tratamientos Integral, los cuales se encuentran centralizados en la Región Metropolitana y V Región. Estos Centros atienden principalmente a niños deficientes mentales de nivel de entrenables (CI entre 40 y 50), de una edad cronológica entre 6 y 14 años, de una situación socio económica baja.

Los Centros de Tratamiento Integral, son los siguientes:

- Centro de Tratamiento Integral "Las Margaritas", ubicado en Playa Ancha, Valparaíso, su población es de 40 menores de sexo masculino.
- Centro de Tratamiento Integral "Las Camelias", ubicado en Champa, Buín, su población es de 51 menores de sexo femenino.
- Centro de Tratamiento Integral N- 3 "Los Copihues", ubicado en La Reina, Santiago. Su población es de 30 menores del sexo masculino.
- Centro de Tratamiento Integral N-4 "Los Laureles", ubicado en La Calera. Su población es de 40 menores del sexo masculino.
- Centro de Tratamiento Integral N- 5, ubicado en Miraflores Alto de Viña del Mar. Su población es de 50 menores del sexo femenino.

2.- CAUSAS QUE PROVOCAN LA EPILEPSIA

Según lo planteado por los médicos E. Luciani y R. de Ferrari, existen numerosas causas que determinan el desencadenamiento del síndrome epiléptico. (2) Estas se clasifican en dos grandes grupos: hereditarias y adquiridas.



(1) LUCIANI N. A. y FERRARI N. A. Médicos. Etiología de la Epilepsia.

A.- Causas hereditarias:

Existen varios criterios sobre la influencia de los factores hereditarios; por ejemplo Lenox, en estudios realizados sobre el tema encuentra un 6,3% de epilépticos entre los familiares de epilépticos idiopáticos y un 1,5% entre los de epilépticos sintomáticos.

Mardiand, Maisseneuve y Pierre Marie precisan que la herencia es poco importante como factor etiológico de la epilepsia. Vásquez encuentra el factor hereditario como única presunta causal en un 17,5% en un estudio sobre 1008 enfermos.

B.- Causas Adquiridas:

Estas causas pueden presentarse en cualquier período del desarrollo evolutivo, atendiendo a tres fases: pre, peri y post-natal.

Causas Prenatales:

1.- Terapéutica de la embarazada:

Es necesario considerar el pasaje de sustancias medicamentosas a través de la placenta, que pueden traer al feto consecuencias nefastas.

En el primer trimestre de formación del feto implica riesgos de mal formación y aborto; después peligro de muerte inútero o aborto; si el embarazo a su término favorece además la aparición de accidentes neonatales.

2.- Enfermedades infecciosas:

Sin disminuir la importancia de toda agresión infecciosa, existen tres enfermedades que cuando agreden al feto, dejan secuelas graves irreversibles, éstas son: la sífilis, la toxoplasmosis y la rubéola.

3.- Traumatismos de la embarazada:

Los traumatismos físicos sufridos por la madre en el embarazo, especialmente si son directos, constituyen causal indiscutible de lesión cerebral; puede tener en la epilepsia su manifestación clínica después del nacimiento.

También influirán traumatismos psíquicos como emociones desmedidas reiteradas.

4.- Los conflictos sanguíneos vinculados al factor RH:

Deben ser considerados ya que en último término producen anoxia cerebral y posteriormente lesión parenquimatosa.

5.- Prematurez:

La gemelaridad, la gestosis, las hemorragias placentarias precoces o tardías, los abortos anteriores o partos prematuros anteriores, etc. han sido considerados los factores etiológicos definidos de prematurez, en un estudio de 1.000 prematuros. También señala el padecimiento por la madre de enfermedades óseas, cardiopatías, TBC, enfermedades endocrinas, etc. en 50 de estos niños estudiados.

Causas Perinatales:6.- Trauma obstétrico:

Constituye causal de importancia singular por su porcentaje preponderante en las estadísticas, siendo el más previsible con una buena conducción del embarazo y del parto. El problema de la operación cesárea merece una consideración especial; aquí las lesiones nerviosas pueden instalarse, no con la intervención quirúrgica en sí, sino porque como ocurre en la mayoría de los partos, se llega a esta intervención después de un prolongado sufrimiento del feto y de la madre, y también por la prolongada anestesia.

Causas Post- Natales:

Deben considerarse las afecciones ocurridas desde el nacimiento adelante, que podrían desencadenar precoz o tardíamente el síndrome de epilepsia.

7.- Enfermedades infecciosas:

Tales como encefalitis, meningitis, meningoencefalitis, sarampión, etc.

8.- Traumatismos:

Se deben considerar los traumatismos del cráneo, ya sean abiertos o cerrados. Los primeros revisten mayor riesgo, ya que teniendo esta clase de traumatismos hay gran posibilidad de una lesión cerebral, que podría convertirse en un foco de irritación potencialmente epiléptógeno.

9.- Neoformaciones intracraneanas:

Producen excepcionalmente crisis antes de los 15 años (tumores vasculares, cisticercosis).

3.- CLASIFICACION Y MANIFESTACIONES DE LAS CRISIS EPILEPTICAS.

3.1.- Clasificación de la Epilepsia:

La clasificación de la epilepsia puede hacerse partiendo de variados criterios médicos: la que ha continuación se expone es la propuesta por la Liga Contra La Epilepsia.

Esta clasificación considera factores clínicos, electroencefalográficos, anatómicos y etiológicos, distinguiéndose categorías de epilepsia en un esquema que incluye una amplia gama de síntomas y una gran variedad de crisis. Estas categorías son:

- 1.- Grand Mal
- 2.- Petit Mal {
 - a.- Ausencias
 - b.- Sacudidas epilépticas
 - c.- Crisis akinéticas
- 3.- Crisis Tónicas
- 4.- Crisis Atónicas
- 5.- Epilepsia en flexión generalizada

1.- Grand Mal:

Ataque brusco con pérdida de conocimiento, a veces con grito inicial y breve fase de movimientos musculares. Una vez pasadas las contracciones aparece un estado de inconciencia al que sigue un sueño reparador. Todo esto sucede aproximadamente entre 5 y 15 minutos.

2.- Petit Mal:

Suele pasar inadvertido por largo tiempo. ¿tiene tres variedades diferentes?

- a) Ausencia o Picnoepilepsia: se caracteriza por pérdida del conocimiento de 1-2 segundos de duración, acompañada de mirada vaga y a veces movimiento rítmico de los ojos y miembros superiores; pueden caerse los objetos que se tengan en las manos.
 Son frecuentes (100 o más en 24 horas); raramente producen alteraciones psíquicas o de la inteligencia.
- b) Sacudidas epilépticas o mioclonías: se caracteriza por sacudidas musculares involuntarias o conscientes. Las crisis son breves y sobrevienen en forma espontánea, y excepcionalmente por efecto de una estimulación sensorial brusca.
- c) Crisis akinéticas o amiotonías: se caracteriza por la pérdida brusca y fugaz del tono muscular que abarca al cuerpo entero o la cabeza solamente. Las etapas son muy breves, se repiten en gran número diariamente y no hay pérdida del conocimiento. Se presenta como brusca pérdida del tono postural, con ausencia total de movimientos.

3.- Crisis Tónicas:

Se presentan como contracción muscular generalizada que afecta a los músculos flexores y extensores; su duración es de segundos o minutos. Predomina en la primera infancia.

4.- Crisis Atónicas:

Se presentan como pérdida progresiva del tono muscular, con lenta caída al suelo; hay pérdida de la conciencia y desviación de los glóbulos oculares hacia arriba, con los párpados entreabiertos. Se observa especialmente en la primera infancia.

5.- Epilepsia en Flexión generalizada:

Se presenta como súbita flexión de la cabeza y tronco, con una duración de pocos segundos, repitiéndose varias veces al día; ocurre con más frecuencia al despertar.

Produce velozmente daño cerebral, ya que se presenta en cerebros previamente dañados. Ocurre entre el primer y sexto mes de edad, o dentro del primer año. Casi nunca después de los dieciocho meses.

En relación a las manifestaciones de la epilepsia, el equipo de Asistentes Sociales que imparten docencia en la Carrera de Servicio Social de la Universidad de Chile, plantean las siguientes: (1)

(1) SILVA N., Laura y otras. Asistentes Sociales del Hospital Psiquiátrico El Salvador. Apuntes de clases de Psicopatología. 1975.

3.2. Manifestaciones clínicas antes, después y entre los accesos:

Los epilépticos inveterados (con crisis constantes), conocen o sienten con anticipación si tendrán o no, a la brevedad algún acceso. Esta característica se denomina prédonos, es decir, conjunto de síntomas que anuncian el comienzo de un ataque; no debe ser confundida con el "aura", ya que el aura es el ataque mismo, los síntomas pueden ser abulia o tristeza, cefalea intensa, manifestaciones digestivas, etc.

Por lo general los epilépticos que sufren epilepsia generalizada con grand mal o con petit mal, son individuos normales fuera de la crisis.

En cambio muchos epilépticos que sufren ataques parciales pueden presentar también deficiencia mental o trastornos de carácter motor. Las manifestaciones que ocasionan después de las crisis son generalmente sueño por algunos minutos o más y a veces dolores musculares.

3.3. Síntomas de Epilepsia Grand Mal:

a) Síntomas preconvulsivos:

Entre estos síntomas se incluyen alteraciones del carácter, como la irritabilidad y la depresión, sensaciones anormales, referidas a la cabeza, vértigos y contracciones mioclónicas.

b) Factores desencadenantes:

Generalmente, no es factible determinar un factor desencadenante específico, pero el ataque puede

relacionarse con un período de excitación, con un nivel excesivo de ruido, con el estreñimiento.

Otro factor desencadenante puede ser un estímulo intermitente como la oscilación de una pantalla de televisión, los anuncios luminosos, luces eléctricas, las vigas de un puente, etc.

c) Aura:

El aura premonitora del ataque epiléptico, es una sensación que antecede a la pérdida del conocimiento. Los distintos tipos de aura pueden ser clasificados como sigue:

- sensibilidad somática
- sensibilidad visceral
- confusión
- sensaciones de aislamiento
- sensaciones anormales (olfativas, visuales, auditivas y gustativas).

En algunos casos es posible relacionar el inicio del ataque con ciertos movimientos característicos del cuerpo. Por ejemplo, volver la cabeza a un lado, y flexionar uno de los miembros superiores. A veces hay una rotación completa del cuerpo hacia un lado.

d) Inicio del ataque:

El paciente pierde el conocimiento y cae al suelo, hiriéndose con mucha frecuencia; a veces la caída se acompaña de un grito que se debe a la expulsión forzada del aire a través de las cuerdas vocales, que se encuentran parcialmente cerradas.

e) Espasmo muscular tónico:

Se produce una contracción tónica de los músculos. Esta contracción acostumbra a ser simétrica, produciéndose una extensión del cuerpo, arqueándose la columna vertebral. Debido a la contracción muscular del tronco y los músculos respiratorios, la respiración cesa. La duración de los espasmos tónicos varía entre unos segundos y medio minuto. Debido al cese de la respiración, aparece una cianosis progresiva.

f) Fase clónica:

A continuación de la fase de contracción tónica, se produce una serie de contracciones rápidas y de corta duración. El paciente puede morderse la lengua, al tiempo que se le llena la boca de espuma. Es muy frecuente que en esta fase el paciente pierda el control de sus esfínteres, produciéndose una incontinencia urinaria; raramente se produce una incontinencia fecal.

Hacia el final de la fase clónica, las contracciones musculares se hacen menos frecuentes, hasta que llegan a desaparecer.

g) Fase de fatiga:

El paciente sigue inconsciente durante un cierto período de tiempo, desde unos pocos minutos hasta media hora; al recobrar el conocimiento es frecuente que duerman varias horas.

Después de un ataque epiléptico, los dolores de cabeza y los estados de confusión son frecuentes.

A veces las crisis epilépticas se convierten en un ataque histérico, pero lo más corriente es que después del mismo, la situación mental del paciente sea completamente normal.

h) Status epileptus?

No es raro que los ataques epilépticos se sucedan con intervalos de horas o días. En algunos casos se produce una serie de ataques que pueden durar varias horas, sin que el paciente se recupere.

Este estado llega a producir la muerte con gran frecuencia; exige cuidados médicos inmediatos.

4.- CARACTERISTICAS DEL MENOR EPILEPTICO

Mediante investigaciones médico-sociales se ha podido comprobar que muchos de estos niños epilépticos además de la enfermedad, sufren trastornos acentuados de su conducta o presentan alteraciones de su carácter que varían bruscamente entre la amabilidad excesiva y la agresividad más violenta. (1)

(1) SILVA N., Laura. Asistente Social del Hospital Psiquiátrico El Salvador. Apuntes de clases de Psicopatología. 1975.

En el niño epiléptico, los trastornos de conducta podrían ser la consecuencia de dos factores: la estructura psíquica alterada por las distintas formas de epilepsia, y las influencias ambientales inapropiadas. Estas serían la sobreprotección, la ansiedad por la enfermedad, el rechazo, los reproches que provocan a su vez respuestas adversas en el comportamiento del niño, ya sean inhibiciones, dependencia emocional, rebeldía, agresividad, etc.

En cuanto a las reacciones del niño hacia sus padres se ha comprobado que predomina un comportamiento anormal, pero se presentan también en numerosos casos, mal carácter o rabietas demostradas hacia éstos y en un escaso porcentaje existe un rechazo del menor hacia sus padres.

En los niños epilépticos existen algunas reacciones anormales y frecuentes de mal carácter; éste en muchas ocasiones presenta también forma de agresividad y trastornos de conducta. En algunos casos se observa lentitud, egocentrismo, apatía, acompañados de reacciones transitorias de cólera y otros trastornos.

5.- TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA

Para tratar este tipo de enfermedad existe un tratamiento médico-social.

5.1.- TRATAMIENTO MEDICO

Según lo aparecido en la revista de la Liga Contra la Epilepsia de Valparaíso, el tratamiento médico es eminentemente medicamentoso. Este tiene por objetivo controlar la aparición de las crisis epilépticas.

Este tratamiento tiene una duración de tres a cinco años, la dosis de medicamentos no deben suprimirse ni disminuirse sin la autorización del médico.

5.2.- TRATAMIENTO SOCIAL:

En relación al tratamiento social de la epilepsia, no existen mayores referencias al respecto. Sin embargo, de acuerdo a los antecedentes obtenidos de las profesionales de Servicio Social del Hospital Psiquiátrico El Salvador de Valparaíso, que trabajan con adultos que padecen de dicha enfermedad, destacan que la labor de Servicio Social es eminentemente educativa, dirigida al propio individuo enfermo, como a sus grupos familiares, orientadas a tres aspectos de la adaptación social: vida escolar, vida laboral y vida matrimonial. (1)

En lo relativo de la vida escolar, hacen énfasis en que éstos deben asistir a establecimientos educacionales de enseñanza común, y en caso de presentar otro tipo de dificultades, al establecimiento educacional que corresponda.

Frente a vida laboral, se trata que el individuo enfermo tome conciencia de que sus potencialidades de trabajo están limitadas por cuanto no se encontrarían aptos para desarrollar cualquier tipo de trabajo, especialmente aquellos que involucren riesgos físicos.

(1) SILVA N., Laura y otras. Asistentes Sociales del Hospital Psiquiátrico El Salvador. Entrevista. 1979.

En cuanto a la vida matrimonial, se hace hincapié en que los futuros cónyuges conozcan la existencia de la enfermedad de quien la padezca.

La directiva de la Liga contra la Epilepsia de Valparaíso, evidencia la necesidad de contar con profesionales de Servicio Social, a fin de llevar a cabo un programa educativo, orientado especialmente a profesores de la educación básica y/o especial, a fin de que estos profesionales contribuyan en forma positiva a la adaptación escolar del menor epiléptico.

6.- SITUACION DE LA EPILEPSIA EN CHILE

Respecto de la magnitud de la epilepsia, cabe hacer notar que sólo existen datos estadísticos referidos al número de individuos que padecen dicha enfermedad.

A nivel nacional según datos recogidos por el Bureau Internacional, alrededor de 100.000 son epilépticos, lo que constituiría el tercer problema médico en Chile después del alcoholismo y las enfermedades infecciosas. (1)

El 2,7% de la población escolar básica es epiléptica, según investigación realizada por O.M.S..(2)

(1) Revista de La Liga contra la Epilepsia N- 48-49. Julio-Septiembre. 1976.

(2) ARDAYA M. Amparo. Presidenta de La Liga contra la Epilepsia. Sede Valparaíso. Dra. Neuropsiquiatra Infantil. Entrevista. 1979.

Para dar atención a esta población que padece esta enfermedad, el sector salud carece de una política definida para actuar de manera uniforme. Delega la facultad para que cada zona de salud elabore sus propios programas de acuerdo a la política nacional de salud.

En la V Región, según información entregada por especialista en Neuropsiquiatría Infantil (1) plantea que se han elaborado diversos programas que no han sido ejecutados, ya que ni siquiera ha existido una determinación al respecto.

Agrega además, que en la actualidad los menores epilépticos beneficiarios del Servicio Nacional de Salud son atendidos gratuitamente en el Hospital Carlos Van Burem de Valparaíso.

7.- INSTITUCIONES QUE ATIENDEN LA EPILEPSIA EN CHILE

Frente a la epilepsia existe la Liga contra la Epilepsia, institución de carácter privado, que tiene sedes a lo largo de todo el país.

Una de ellas, es la Liga contra la Epilepsia con sede en Valparaíso, la cual tuvo su génesis en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Carlos Van Burem en Mayo de 1957, gracias al esfuerzo de un grupo de profesionales (médicos, asistentes sociales, enfermeras, profesores) y damas voluntarias que se organizaron para di

(1) ARCAYA M., Amparo. Presidenta de la Liga contra la Epilepsia. Sede Valparaíso. Dra. Neuropsiquiatra Infantil. Entrevista. 1979.

fundir en forma sistemática los problemas médicos, económicos y sociales que genera la epilepsia.

Obtuvo su personalidad jurídica en el año 1960.

Los objetivos que persigue la Liga son:

- 1.- Divulgar los conocimientos sobre la Epilepsia.
- 2.- Utilizar todos los medios posibles para obtener mejores condiciones médicas y sociales para los epilépticos.
- 3.- Impulsar la creación de Centros de Tratamiento, de Rehabilitación e Investigación sobre la Epilepsia.

Según información proporcionada por la Directiva de la Institución, en cumplimiento a sus objetivos se han fundado núcleos y Ligas en las diversas ciudades, los que han hecho una intensa labor de divulgación en la comunidad, en Centros educacionales, club de Rotarios, Club de Leones, Cruz Roja, etc. Esta labor ha sido ampliada con la publicación de folletos y la Revista contra la Epilepsia.

Se ha cooperado con los establecimientos asistenciales (Policlínicos, Hospitales de niños y de adultos).

En la actualidad, la Liga contra la Epilepsia de Valparaíso cuenta con dos Bancos de Medicamentos que funcionan en la Secretaría de la Mujer en Viña del Mar y en la sede de dicha Liga. Los beneficiarios de medicamentos son los menores epilépticos de escasos recursos.

V.- POLITICAS Y PROGRAMAS EDUCACIONALES A NIVEL NACIONAL

1.- EDUCACION GENERAL

El principio rector de la Política Educacional del Gobierno, considera a la Educación como "un proceso que nace y muere con el hombre. La educabilidad es una cualidad esencial del espíritu humano. Ella permite desarrollar todas las potencialidades de la inteligencia, del sentir, de la voluntad y de la acción del hombre; al mismo tiempo facilita la unidad de todos los elementos personales, sociales, naturales y culturales para integrar la persona, realizando en plenitud su ser individual y universal, histórico y trascendente".(1)

En materia de Educación, este principio manifiesta que "el sistema educacional en un conjunto debe estar al servicio del país y de todo chileno". (2)

Frente a este principio se han planteado tres objetivos básicos:

a) Objetivo a nivel de sistema

Crear un equilibrio entre la estructura del sistema de educación y las necesidades del país y de toda la población.

Orientaciones

- Lograr una enseñanza básica universal
- Reducir la marginalidad escolar de los sectores rurales.

(1) y (2) Ministerio de Educación. República de Chile.
"Políticas Educativas del Gobierno de Chile". 1974.

b) Objetivo a nivel de la organización Técnico-Pedagógica

Mejorar el rendimiento de la enseñanza en el sentido más amplio.

Orientaciones

- Relacionar la enseñanza con las funciones que tendrán los egresados.
- Elevar el grado de conocimientos adquiridos por los educandos a cada nivel por la creación de una enseñanza flexible y mejor adaptada al individuo.
- Organizar medios de enseñanza apropiados a las necesidades de la población adulta y de jóvenes no escolarizados.
- Mejorar las condiciones de desarrollo de los párvulos con programas que refuercen el cuidado familiar.
- Dar un mejor servicio a los educandos que necesiten una educación especial dentro del sistema regular.

c) Objetivo a nivel de medios

Mejorar las condiciones de la labor educativa.

Orientaciones

- Mejorar el equipamiento escolar
- Elevar el nivel profesional de los profesores y jefes de establecimientos.

2.- EDUCACION ESPECIAL

El sistema educacional posee y adapta medidas tendientes a educar a aquellos menores que presentan limitaciones ya sea de índole motora, psicológica o sen

sorial, los cuales deben recibir una enseñanza especial o diferencial, puesto que no sólo requiere de un programa de educación diferente, sino que también de recursos humanos especializados y de una infraestructura adecuada al tipo de déficit.

Por el carácter de Especial o Diferencial es que se ha formulado una filosofía propia en la cual se sustenta este tipo de educación, que tiene por objetivo fundamental, el de rescatar al menor que presenta alto riesgo, lo más precozmente posible hacia una educación apropiada y por ende a una vida de trabajo.

Esto significa que la Educación Especial o Diferencial debe propender siempre al desarrollo integral y armónico del sujeto, e incorporarlo a una vida normal donde el menor pueda desarrollarse integralmente.

El quehacer de esta filosofía está supeditada a dos problemas básicos: por un lado se debe considerar el déficit que presenta, y por otro la capacidad y operabilidad que presenta el sistema para satisfacer las necesidades que manifiesta este tipo de menores.

La Educación Especial es concebida como un sistema multidisciplinario, flexible y dinámico que atiende al menor deficitario en forma integral, otorgándole la atención adecuada a sus características, extendiendo su acción al grupo familiar en particular y a la comunidad en general.

Solo desde el año 1977 se trabaja con Programas Específicos de Educación Especial, denominados Programas de Estudios para la Educación Especial o Diferencial.

El Ministerio de Educación, al considerar:

- Que la Educación Especial o Diferencial atiende los déficit de audición y lenguaje, deficiencia mental, déficit motor, déficit visual, conductual y dificultades en el aprendizaje;
- Que la atención de todo déficit tiene implícito tres procesos: Diagnóstico, Tratamiento y Capacitación laboral, los cuales están a cargo de los Centros de Diagnósticos, Escuelas Especiales propiamente tales y Centros de Capacitación Laboral, respectivamente;
- Que es necesario ir formulando las normas aplicables a la etapa de tratamiento de los déficit, lo que se iniciaría con las correspondientes a deficiencia mental;
- Que el tratamiento a dicha deficiencia incluye los niveles Parvularios y Básicos con sus correspondientes Planes y Programas de Estudios;
- Que estos Planes y Programas deben conjugar las líneas generales de la Política Nacional del Supremo Gobierno y las que aconsejan las investigaciones Educativas sobre la materia, y deben estar destinados a atender las Areas del Desarrollo Psicomotor, Desarrollo Manual Artístico y Desarrollo Educativo;

- Que dada las características de la Educación Especial, es conveniente aplicar estas normas en forma experimental, por el plazo de tres años.

Frente a esto es que se crea el Decreto N- 310 del 29 de Abril de 1976, en que se reglamenta la aplicación experimental durante los años lectivos 1976, 1977 y 1978, de los siguientes planes de estudios para Nivel Parvulario y Básico de la Educación Especial para Deficientes Mentales.

PROGRAMA DE EDUCACION ESPECIAL

PLANES Y AREAS DE DESARROLLO	NIVEL PARVULARIO				NIVEL BASICO				MULTITALLER
	CURSOS				CURSOS				
	1	2	3	4	5	6	7	8	
PLAN COMUN									
AREA DE DESARROLLO PSICOMOTOR					5h.	5h.	5h	4h.	
DESARROLLO MANUAL ARTISTICO	16h.	16 h.	16h.	18h.	3h.	3h.	3h	3h.	7h.
DESARROLLO INTELEC- TUAL.					6h.	6h.	6h.	6h.	
DESARROLLO SOCIAL					4h.	4h.	3h.	3h.	
DESARROLLO VOCACIONAL		2h.	2h.	4h.	4h.	6h.	8h.	10h.	20h.
TOTAL HRS. SEMANALES	16	18h	18h	22h	22h	24h	23h	26h	27h
PLAN COMPLEMEN- TARIO.	14	12h	12h	12h	10h	10h	8h	8h	8h

Del cuadro anteriormente expuesto se desprende que este Programa de Educación Especial en Deficiencia Mental comprende dos planes:

A.- PLAN COMUN

- Contempla el mismo número de asignaturas, actividades, distribución horaria programada para todos los alumnos de un mismo nivel determinado.

B.- PLAN COMPLEMENTARIO

Está destinado a dar atención individual, o en pequeños grupos a aquellos alumnos, que requieran en algún aspecto, atención más intensiva y personal de tipo remedial, como atención psicológica, kinesiológica, fonaudiológica, médica, etc.

Además el programa contiene cinco áreas las que a continuación se señalan; con sus respectivos objetivos;

1.- AREA DE DESARROLLO PSICOMOTOR

- Estimular y desarrollar todos aquellos aspectos que constituyen la base psicomotora del comportamiento (sensorial, perceptual, motricidad, imagen corporal).
- Desarrollar hábitos que contribuyen a la conservación de la salud.
- Desarrollar habilidades y destrezas específicas que facilitan la adaptación de éstos en la vida cotidiana y en el desempeño laboral.

2.- AREA DE DESARROLLO INTELECTUAL

- Desarrollar al máximo los mecanismos que favorecen los procesos cognoscitivos de acuerdo con las posibilidades

intrínsecas del individuo.

- Desarrollar, organizar y estructurar su pensamiento y estimular su expresión por medio del lenguaje.
- Lograr el manejo funcional de las técnicas instrumentales básicas: lectura, escritura y cálculo.
- Alcanzar un conocimiento general de la realidad natural y cultural.

3.- AREA DE DESARROLLO SOCIAL

- Alcanzar una adaptación social que le permita desenvolverse con eficiencia en los diferentes medios sociales en que les corresponda desempeñarse.
- Lograr el mejor grado de independencia relativa y seguridad personal del deficiente mental de acuerdo a sus conocimientos personales.
- Desarrollar actitudes que permiten el buen empleo del tiempo libre y el gusto por las actividades recreativas.

4.- AREA DE DESARROLLO MANUAL ARTISTICO

- Estimular y desarrollar la expresión creadora en función del proceso enseñanza-aprendizaje.
- Desarrollar destrezas específicas de coordinación manual.

5.- AREA DE DESARROLLO VOCACIONAL

- Estimular o desarrollar habilidades y destrezas generales.
- Explorar o desarrollar habilidades y destrezas específicas, tanto en función del sujeto como de las posibilidades laborales.

- Establecer un pronóstico científico probabilístico de las capacidades laborales.

El proceso educativo de los deficientes mentales se desarrollará en forma de cursos de aprendizaje. Cada uno de estos cursos implicará un conjunto de experiencias susceptibles de ser alcanzadas por los alumnos, en relación con cada una de las áreas de desarrollo establecidas anteriormente.

La duración de un curso puede o no coincidir con el año escolar y su validez con el sistema regular se expondrá taxativamente cuando el alumno deba ser transferido a éste.

VI.- ANTECEDENTES DE LA ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL FN 257 DE VALPARAISO

1.- TRAYECTORIA HISTORICA

La organización de la Institución comenzó en el año 1971, con el propósito de atender niños deficientes mentales epilépticos.

Una investigación realizada en el Policlínico de Neurología del Hospital Jean Marie Thierry de Valparaíso a cargo de los médicos Amparo Arcaya y Luisa Cubillos, permitió detectar un alto porcentaje de niños débiles mentales epilépticos que acudían a control en ese Centro. Los resultados de esta investigación hicieron necesaria la creación y funcionamiento de una Escuela Especial.

En el mes de Marzo de 1972 se da co
mienzo al funcionamiento de este establecimiento, con dos
profesores a cargo de 30 alumnos, y por resolución N- 43614
del 15 de Noviembre de 1972 se crea esta Institución, aumen
tando su matrícula a 50 alumnos debido al reducido espacio
físico ya que el local donde funcionaba, la Sociedad Chilena
de Rehabilitación, no era apto para el funcionamiento de
una Escuela. (1)

Mediante la colaboración proporcionada
por la Ilustre Municipalidad de Valparaíso, se logra el fun
cionamiento de esta escuela en el segundo y tercer piso de
la Sociedad de Artesanos; esta medida permitió el considera
ble aumento de la matrícula debido a la amplitud del local.

Posteriormente se traslada al local don
de funcionaba la Escuela Básica N-4. Esta última escuela
había abandonado dicho local por haber sido declarada insa
lubre por Sanidad Ambiental.

En la actualidad la Institución funcio
na en el mencionado local, con un total de 110 alumnos matri
culados en Diciembre de 1978.

El local del establecimiento consta de
4 pisos, evidenciando deterioro en la mayor parte de su es
tructura, existiendo salas clausuradas por el inminente pe

(1) CIRCULARES. 1972. Dirección de la Escuela de Educación
Especial FN 257 de Valparaíso.

ligro de derrumbe; las restantes se encuentran subdivididas por mobiliario escolar, no permitiendo una iluminación y ventilación adecuada, dificultando el desarrollo de las actividades pedagógicas.

Una de las salas es compartida por la Oficina de la Dirección, sin división alguna, causando distracción de parte de los menores durante la jornada de clases.

La Institución cuenta con 2 servicios higiénicos en pésimas condiciones sanitarias utilizados tanto por el personal como por los menores de ambos sexos, clausurándose en ocasiones su uso. Posee también un reducido espacio que cumple las funciones de patio.

En general, el mobiliario escolar es escaso y el que existe se encuentra en regular estado de conservación.

A pesar de que el material didáctico y de oficina es proporcionado por el Centro General de Padres y Apoderados, éste es escaso; en reiteradas oportunidades el mismo personal debe solicitar dichos materiales a particulares, mediante donaciones voluntarias.

2.- ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA

Los objetivos de la Institución dicen relación directa con el objetivo general que orienta a las Escuelas de Educación Especial, y que es habilitar o incorporar al menor a la vida comunitaria y de trabajo.

Para el cumplimiento de dicho objetivo, la Institución incorpora en sus planificaciones las normas experimentales, reglamentadas por el Decreto N- 310 del 29 de Abril de 1979.

Desarrolla el Plan de Nivel Parvulario con el funcionamiento de los cursos 2, 3 y 4; Nivel Básico con el funcionamiento de los cursos 5, 6, 7 y 8 y el funcionamiento del curso de Multitaller, cursos vigentes en el presente año escolar. (1979)

Curso 2	con un total de 13 niños
Curso 3	con un total de 15 niños
Curso 4	Superior con un total de 13 niños Inferior con un total de 15 niños
Curso 5	Superior con un total de 10 niños Inferior con un total de 6 niños
Curso 6	con un total de 9 niños
Curso 7	Superior con un total de 10 niños Inferior con un total de 10 niños
Curso 8	con un total de 11 niños
Multitaller femenino	Funciona con un total de 9 niñas
Multitaller masculino	Funciona con un total de 11 niños

Con el propósito de mejorar progresivamente la calidad técnica pedagógica del establecimiento es que con fecha 27 de Noviembre de 1977 mediante el Decreto N- 911, se crea el Gabinete Técnico, a fin de asegurar el óptimo desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje y

cautelar la adecuada aplicación de las directrices normativas de carácter técnico emanadas del nivel central.

El Gabinete Técnico de la Institución, cuenta con la participación de una profesora especialista en deficiencia mental, proveniente de la Escuela Especial FN 293 de Viña del Mar, quien entrega asesoría respecto de la temática.

En el mes de Octubre de 1975 se concretó la designación del profesional Asistente Social y contar con la participación de éste en dicho organismo.

También forma parte de este Gabinete una profesora de educación especial, con el cargo de Jefe de Gabinete Técnico y la Directora de este establecimiento.

Para el cumplimiento de los objetivos, el Gabinete Técnico de esta Institución realiza funciones con la Dirección, con el personal docente, con los menores y padres de éstos.

En relación con la dirección del establecimiento, lleva a cabo en conjunto con ésta, acciones de orientación y supervisión de la actividad técnico pedagógica, mediante la realización de consejos técnicos.

Utiliza las técnicas de evaluación relativas al proceso enseñanza aprendizaje, indicadas por la Dirección del Establecimiento.

Además, cumple una labor de asesoramiento a la Dirección, en la coordinación de acciones técnicas

del establecimiento, con otros organismos afines tales como Coordinación Regional de Educación Especial, Centro de Diagnóstico, Sector Escolar, Coanil, Municipalidad de Valparaíso, etc.

En cuanto al personal docente, realiza funciones de Asesoramiento Técnico en forma permanente a los profesores del establecimiento en lo relativo a la planificación de las áreas de desarrollo; métodos de enseñanza, pautas de evaluación, elaboración y aplicación de material didáctico.

Relativas al educando, el Gabinete Técnico recopila los antecedentes del menor en el momento del ingreso, lo ubica en el curso a que corresponda dentro del establecimiento, previa evaluación psicopedagógica. En caso que no corresponda al establecimiento, ubica a los menores en la educación diferencial o educación común, cuando corresponde.

En relación a los padres, se pudo apreciar durante el período de Investigación que solo en 2 subcentros de Padres, durante el año escolar 1978, se llevó a cabo una labor educativa referida a la Epilepsia.

Dado el interés de la Dirección del establecimiento por hacer funcionar la Escuela de Padres con las temáticas Deficiencia Mental, Epilepsia y Alcoholismo, es que el Gabinete Técnico decidió realizar una labor educativa a nivel de Centro General de Padres y/o Apoderados con la temática Alcoholismo, ya que según el profesorado, era una de las causas fundamentales que provocan la deficiencia mental.

Esta labor educativa fue desarrollada por el equipo de alumnos seminaristas, asesorado por el Gabinete Técnico.

Respecto a la función de orientar a los padres acerca de la situación de los menores, se infiere que ésta es deficiente, debido a que durante el período de investigación se detectó que los profesionales de la Institución no informan a los padres, al momento del ingreso del menor, respecto de los objetivos, tipo de niños que allí ingresan, del tipo de aprendizaje, etc.

En relación a la labor del profesional Asistente Social en el Gabinete Técnico, no hay referencias de la labor realizada, debido a su reciente incorporación a dicho organismo. Sin embargo, ésta elaboró un programa tendiente a obtener un conocimiento general acerca del menor deficiente mental y epiléptico como asimismo del funcionamiento de la Institución

Es por ello que en este estudio destacaremos la labor estipulada para el profesional de Servicio Social como miembro integrante de los Gabinetes Técnicos.

- 1.- Participar en acciones referidas a reuniones de planificación, desarrollo y evaluación de los diferentes programas, estudio de casos, estudio y análisis de temas específicos.
- 2.- Aportar sugerencias específicas referidas al aspecto social.

- 3.- Orientar su plan de acción de acuerdo a las informaciones y sugerencias de los otros profesionales integrantes del equipo en relación a los aspectos socioeconómicos y culturales que interfieren en el aprendizaje y comportamiento de los alumnos.
- 4.- Colaborar en el desarrollo de materias de su competencia.
- 5.- Coordinar con los docentes respectivos algunas de las actividades contempladas en su plan complementario, correspondiente a cada grupo curso.
- 6.- Realizar estudios pertinentes para precisar el diagnóstico social.
- 7.- Desarrollar programas sociales relativos a los aspectos nutricionales, de vestuario, médicos, dental y previsional en general.
- 8.- Orientación a los padres y apoderados para la óptima utilización de los recursos con que cuentan y de los beneficios que otorgan las disposiciones legales vigentes.
- 9.- Promover la participación activa de los padres en organizaciones comunitarias.

La Institución para su funcionamiento cuenta con los siguientes recursos:

Humanos

Directora

Asistente Social

Jefe de Gabinete Técnico

13 Profesores de Educación Especial

2 auxiliares de servicios menores

1 manipuladora de alimentos

Padres y Apoderados

Materiales:

Local del establecimiento

1 patio

5 salas de clases

2 baños

1 pieza enfermería

1 pieza cocina

mobiliario escolar

material de oficina

material didáctico

material bibliográfico

Institucionales:

COANIL (Corporación de Ayuda al Niño Limitado).

Club de Leones

Damas Voluntarias de Sonap

Junta de Auxilio Escolar

Financieros:

Esta Institución cuenta con el aporte financiero otorgado por el Estado, a través de un ítem destinado para tales efectos. Sin embargo, gran parte de los aportes económicos, provienen del Centro General de Padres y/o Apoderados.

CAPITULO II.

" SITUACION INICIAL "

I.- MARCO DE REFERENCIA PARA LA INVESTIGACION ESPECIFICA
DEL PROBLEMA

La sociedad considera al niño como una fuerza dinamizadora del desarrollo y continuidad de la misma. "Muchas veces se le concibe como un ser provisional definido y mirado no por lo que es, sino por lo que va a ser, su sentido reside en lo que tiene de futurible y prospectible, a lo sumo se le considera como un hombre presumible. Sin embargo, el niño es una realidad actual y presente, definido socialmente como un hombre en el máximo estado de indefensión social"(1).

Como dinamizador de la sociedad, es también un ser que biológica, psíquica y socialmente se desarrolla y adapta mediante procesos de motivación, percepción y aprendizaje. A través de estos procesos se produce una influencia mutua, la que en el caso del niño se expresa y percibe en la entrega de valores, normas, hábitos, formas de satisfacer necesidades y en definitiva la formación de su personalidad; en el caso de la sociedad, dicha influencia es menos perceptible y retardada en el tiempo, a la espera de que el niño afiance su personalidad y como integrante de su generación pueda introducir los cambios que la sociedad requiere.

(1) ESCARDO N., Florencio. "La sociedad ante el niño".
Editorial Universitaria. Buenos Aires. 1962.

A pesar que en todos los niños se ha cen presentes similares estados de necesidad y de que los procesos de maduración biológica, psíquica y de adaptación social presentan exigencias comunes a todos, nos encontra mos ante una clara diferenciación en los grados de respuesta a dichos procesos en aquellos menores que presentan algún tipo de déficit.

Ante estos menores dificitarios, la so ciedad ha debido responder institucionalmente creando orga nismos públicos y privados especializados en el diagnóstico, tratamiento y capacitación laboral de dichos menores.

Entre estas instituciones especializa das en el tratamiento están las Escuelas de Educación Espe cial que tienen por objetivo "Habilitar o incorporar al menor a la comunidad y a la vida del trabajo". (1) La rehabilitación es un proceso a través del cual se pretende que la relación existente entre el menor y el medio en el que se encuentra inserto, haya un beneficio mutuo, traducido para el menor en una adecuada captación y formación de ex periencias y total satisfacción de sus requerimientos mate riales y psicológicos; y para el medio en un máximo aprove chamiento de la capacidad operativa de un individuo en el sentido de actividad y productividad sin perturbaciones. (2)

(1) Ministerio de Educación. Jornadas de Diagnóstico en las Escuelas de Educación Especial. Revista de Edu cación N- 28. 1970.

(2) BRITO A., Alfonso. Educación Diferenciada. Glosario de Términos. 1975.

Para dar cumplimiento a este proceso de habilitación, la Escuela de Educación Especial debe desarrollar acciones dirigidas al menor deficitario y por otro lado, al grupo familiar y comunidad en que se encuentra inserto el menor. Con ello se pretende que el menor desarrolle habilidades lingüísticas, de comprensión y expresión de acuerdo a sus potencialidades y lograr un grado de independencia personal para favorecer su incorporación a la vida comunitaria y laboral.

Sin embargo existen factores externos que inciden en el proceso de habilitación. Estos factores lo constituyen aquellos aspectos socioculturales del grupo familiar del menor deficitario. En el caso de que estos factores asuman un carácter desfavorable, habrá una incidencia negativa hacia dicho proceso.

La observación empírica nos demuestra que uno de los factores que inciden negativamente en el proceso de habilitación es la falta de conocimiento que poseen algunos padres o sustitutos acerca del déficit del menor, lo que no es un hecho aislado, sino que se da en un contexto de bajo nivel de vida. Si consideramos a éstos como un subgrupo de la sociedad, observaremos que la falta de conocimientos acerca de la deficiencia mental y la epilepsia forma parte de sus características socioculturales, pues dicho subgrupo se ubica en los estratos socia

les más bajos. (1)

Sin perder de vista la observación empírica, pero situándonos en un plano general, importantes investigaciones señalan que en este bajo nivel de vida, asu me gran importancia el bajo nivel educacional de los suje tos que los imposibilita obtener una enseñanza técnica y/o profesional. Consecuentemente, éstos se encuentran impe didos para desempeñarse en oficios calificados, los que les permitirían obtener un mayor nivel de remuneraciones y de éste modo mejorar las condiciones de vida del grupo familiar. Además, se piensa que "no sólo imposibilita al individuo para recibir los beneficios de la civilización moderna, sino que al no permitirle obtener un conocimiento reflexivo de su condición, le impide asumir una actitud activa frente a la naturaleza y a los otros hombres, de tal modo que pueda superar el bajo nivel de vida".(2)

Por otra parte, el medio ambiente so cio cultural da escaso acceso a informaciones o temas no contingentes a su propia realidad. Generalmente perciben sus vivencias enajenándose del mundo exterior, no permi tiéndoles percibir esa realidad en forma racional. La capacidad

(1) La observación a que se hace referencia en este párrafo, tiene su origen en la experiencia del trabajo de docen tes de Escuelas Especiales, cuyos resultados las auto ras comparten por haber llegado a iguales conclusiones después de realizar una investigación exploratoria sobre las características del nivel de vida de los grupos fami liares incorporados en el presente proyecto.

(2) DESAL. Marginalidad en América Latina. Un ensayo de Diagnóstico. Editorial Herder. 1969.

de observación y abstracción es limitada, y de esta forma está disminuída la capacidad de aprendizaje frente a las experiencias que viven.

Este aspecto aparece expresado con claridad en la investigación realizada por Monckeberg en grupos sociales con bajo nivel de vida. "El ambiente socio cultural es muy restringido, la información ajena a su me dio no existe, sus temas de conversación son concretos y contingentes y solo se refieren a su mundo y realidad que lo rodea, no existe el proceso psíquico de abstracción, no hay proyección hacia el futuro". (1)

Por tanto, podemos pensar que aquellos sbugrupos que presentan un bajo nivel de vida y un bajo ni vel sociocultural, evidenciarían una escasa inquietud, inte rés y preocupación por obtener información respecto de temas que requieren un mayor nivel de abstracción, tales como los relacionados a sus hijos (conductuales y de su desarrollo, de aprendizaje); problemas de relaciones familiares; proble mas de índole económico.

Esta situación también se produce fren te a la existencia de algún tipo de déficit de los integran tes del grupo familiar. En estos sectores sociales hay es casa capacidad de percibir por sí mismos el déficit, a me nos que éste sea muy visible, sino que a través de la in formación y orientación del profesor de curso, quien les manifiesta que el menor no aprende y que debe ser llevado a

(1) MONCKEBERG N., Fernando. Jaque al subdesarrollo. Edi torial Gabriela Mistral, Santiago. 1974.

un especialista. Al seguir la indicación del profesor, y posteriormente con el diagnóstico lo ingresan al establecimiento educacional que le corresponda, sin llegar a obtener mayor información respecto del problema de aprendizaje del menor.

II.- FORMULACION DE HIPOTESIS DE INVESTIGACION

1.- HIPOTESIS FUNDAMENTAL.

Las características socioculturales negativas de los grupos familiares determinarían la falta de conocimiento acerca de la problemática específica del menor deficitario.

2.- HIPOTESIS DE TRABAJO.

2.1.- A menor nivel de escolaridad de los padres, menor nivel de conocimientos acerca de la deficiencia mental y epilepsia.

2.2.- A menor nivel de escolaridad de los padres, menor nivel de ingresos económicos de éstos.

2.3.- A mayor deterioro de las relaciones intrafamiliares, menor estimulación de las capacidades del menor en proceso de habilitación.

III.- IDENTIFICACION DE VARIABLES

1.- Variable independiente : escolaridad.

Variable dependiente : conocimiento acerca de la
deficiencia mental y epilep
sia.

2.- Variable independiente : escolaridad.

Variable dependiente : ingresos económicos.

3.- Variable independiente : relaciones intrafamiliares

Variable dependiente : estimulación de las capacida
des del menor.

IV.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

HIPOTESIS FUNDAMENTAL:

Las características socioculturales de los grupos familiares determinarían la falta de conocimiento acerca de la problemática específica del menor deficiente.

Variable : Características socioculturales.

Definición : Entenderemos por características socioculturales aquellos aspectos que dicen relación con lo social, económico y cultural de los grupos familiares. En esta investigación nos referiremos al nivel de escolaridad, nivel de ingresos, grado de las relaciones intrafamiliares y nivel de estimulación de las capacidades del menor.

HIPOTESIS DE TRABAJO

HIPOTESIS N- 1: "A menor nivel de escolaridad de los padres, menor nivel de conocimientos acerca de la deficiencia mental y epilepsia".

Variable : Escolaridad.

Definición : Se considerará a la escolaridad como el grado de instrucción escolar, expresado en años de estudios sistemáticos que han realizado los padres o sustitutos de los menores en estudio.

Indicadores : - analfabeto.
 - educación básica incompleta.
 - educación básica completa.
 - educación media incompleta.
 - educación media completa.
 - enseñanza superior incompleta.
 - enseñanza superior completa.

Variable : Conocimiento acerca de la deficiencia mental.

Definición : Se entenderá por conocimiento acerca de la deficiencia mental cuando los padres conocen las causas, características de un menor deficiente mental educable, tratamiento de un menor deficiente mental educable y las formas de prevención de deficiencia mental.

Indicadores : → señala causas.
 - señala características de un menor deficiente mental educable.

- señala tratamiento de un menor deficiente mental educable.
- señala formas de prevención.

Variable : Conocimiento acerca de la epilepsia

Definición : Se entenderá por conocimiento acerca de la epilepsia cuando los padres conocen las causas, características de un menor epiléptico, el tratamiento y formas de prevención de epilepsia.

Indicadores : - señala causas

- señala características del comportamiento de un menor epiléptico.
- señala síntomas de las crisis epilépticas
- señala tratamiento.
- señala formas de prevención.

HIPOTESIS N- 2 : "A menor nivel de escolaridad de los padres, menor nivel de ingresos económicos de éstos".

Variable : Escolaridad.

Definición : Será tratada de acuerdo a la definición e indicadores señalados en la Hipótesis N-1.

Variable : Ingresos económicos.

Definición : Se entenderá por ingresos económicos a la cantidad de dinero efectivo con que cuenta el grupo familiar.

Indicadores : - Sueldo líquido
- Otros ingresos.

HIPOTESIS N- 3: "A mayor deterioro de las relaciones intra familiares, menor estimulación de las capa cidades del menor en proceso de habilita ción".

Variable : Relaciones intrafamiliares

Definición : Se ~~entenderá~~ entenderá por relaciones intrafamiliares a la interacción producida entre los miembros del grupo familiar, expresadas a través de las relaciones conyugales, relaciones paterno filiales y cumplimiento de roles.

Dimensión : Relaciones conyugales

Definición : "Proceso de interacción social que se da en tre los cónyuges". (1)

Estaría indicado por el diálogo y el desa rrollo de actividades comunes.

Para medir esta dimensión se utilizarán solo estas dimensiones porque son posibles de me dir mediante un cuestionario; otras subdi mensiones requerirían de otro tipo de proce dimientos como la observación participante.

(1) DIAZ V., Julia. y otro. Organización de un Departamento de Bienestar en Federación de Tripulantes de Chile. Seminario de Título Asistente Social. 1978.

Subdimensión : Diálogo.

Definición : Comunicación que se establece entre los cónyuges.

Indicadores : - ambos cónyuges expresan que se comunican decisiones.
- ambos cónyuges expresan que se requieren opiniones.

Subdimensión : Actividades comunes.

Definición : Entenderemos por actividades comunes a aquellas acciones compartidas por los cónyuges.

Indicadores : - ambos cónyuges expresan que se comunican durante las horas de comidas.
- ambos cónyuges expresan que comparten la realización de compras.
- ambos cónyuges expresan que comparten las tareas domésticas.

Dimensión : Relaciones paterno filiales.

Definición : "Proceso de interacción social que se da entre padres e hijos al interior del grupo familiar". (1)
Estaría indicado por el diálogo y desarrollo de actividades comunes.

(1) CHIANG S. Hilda, y otros. Las relaciones humanas en la familia nuclear urbana obrero industrial y su influencia en la personalidad en el niño de 0 a 15 años. Tesis de Título Asistente Social. 1975.

Subdimensión : Diálogo

Definición : Forma de comunicación que se establece entre padres e hijos.

Indicadores : - ambos cónyuges expresan que se comunican decisiones con sus hijos.
- ambos cónyuges expresan que requieren opiniones de sus hijos.

Subdimensión : Actividades comunes.

Definición : Se entenderá como actividades comunes aquellas acciones compartidas por padres e hijos.

Indicadores : - ambos cónyuges expresan que se comunican con sus hijos durante las horas de comida.
- ambos cónyuges expresan que comparten los juegos con sus hijos.
- ambos cónyuges expresan que comparten tareas domésticas con los hijos

Dimensión : Cumplimiento de roles

Definición : "Llevar a cabo las pautas de conducta que la sociedad establece para cada miembro del grupo familiar". (1)

Subdimensión : Rol de esposo.

Definición : "Pautas de conducta o funciones particulares que la sociedad establece para la persona que tiene la posición de esposo dentro del grupo familiar". (2)

(1) Ob. Cit. Pág. 88

(2) Ob. Cit. Pág. 88

Para indicar este rol nos referiremos sólo a la función de aporte económico por ser de fácil medición y cuantificación posterior.

Subdimensión : Función de aporte económico

Definición : Consiste en la provisión de ingresos económicos adecuados para la satisfacción de las necesidades del grupo familiar.

Indicador : - ambos cónyuges expresan que el esposo entrega aporte económico.

Subdimensión : Rol de esposa.

Definición : "Pauta de conducta o funciones particulares que la sociedad establece para la persona que tiene la posición de esposa dentro del grupo familiar". (1)

Se considerará sólo la función doméstica y la función económica por ser de fácil medición y cuantificación posterior.

Subdimensión : Función doméstica

Definición : Consiste en la mantención higiénica del hogar y en la preparación de alimentos.

Indicadores : - ambos cónyuges expresan que la esposa realiza el orden y aseo del hogar.
- ambos cónyuges expresan que la esposa realiza la preparación de los alimentos.

(1) Ob. Cit. Pág. 88

Subdimensión : Función de aporte económico

Definición : Consiste en "la provisión de ingresos económicos del grupo familiar.

Indicador : - ambos cónyuges expresan que la esposa entrega aporte económico.

Subdimensión : Rol de padre.

Definición : "Pautas de conducta o funciones particulares que la sociedad establece para la persona que tiene la posición de padre dentro del grupo familiar". (1)
Estaría indicado per la función socializadora.

Subdimensión : Función socializadora.

Definición : "Consiste en enseñar a los hijos los contenidos culturales necesarios para su buen desempeño en la sociedad". (2)
Para su medición sólo se utilizarán los siguientes indicadores dado que son posibles de medir a través de un cuestionario.

Indicadores : - ambos cónyuges expresan que el padre entrega instrucción al menor.
- ambos cónyuges expresan que el padre entrega consejo al menor.

Subdimensión : Rol de madre.

Definición : "Pautas de conductas o funciones particulares que la sociedad establece para la persona que tiene la posición de madre dentro del grupo familiar". (3)

(1)-(2) y (3). Ob. Cit. Pág. 88

Estaría indicado por la función socializadora y función protectora.

Subdimensión: Función socializadora.

Definición : "Consiste en enseñar a los hijos los contenidos culturales necesarios para su buen desempeño en la sociedad". (1)

Para su medición sólo se utilizarán los siguientes indicadores dado que son posibles de medir a través de un cuestionario.

Indicadores : - ambos cónyuges expresan que la madre entrega instrucción al menor.
- ambos cónyuges expresan que la madre entrega consejo al menor.

Subdimensión : Función protectora.

Definición : "Consiste en proveer a los hijos las atenciones y cuidados necesarios". (2)

Indicadores : - ambos cónyuges expresan que la madre cuida de la salud de sus hijos.
- ambos cónyuges expresan que la madre realiza la preparación de los alimentos.

Subdimensión : Rol de hijo.

Definición : "Pautas de conductas o funciones particulares que la sociedad establece para la persona que tiene la posición de hijo dentro del grupo familiar". (3)

Estaría dada por la función de educando.

(1)-(2) y (3) Ob.Cit. Pág. 88.

Subdimensión : Función de educando.

Definición : "Consiste en aprehender los contenidos necesarios para su posterior desempeño en la sociedad". (1)

Indicador : Asistencia regular a clases.

(1) Ob. Cit. Pág.88.

DIMENSION	SUBDIMENSION	SUBDIMENSION	INDICADORES
Relaciones Conyugales	Diálogo		- ambos cónyuges expresan que se comunican decisiones. - ambos cónyuges expresan que se requieren opiniones.
	Actividades Comunes		- ambos cónyuges expresan que se comunican durante las horas de comida. - ambos cónyuges expresan que comparten realización de compras. - ambos cónyuges expresan que comparten realización de tareas domésticas.
Relaciones Paterno Filiales	Diálogo		- ambos cónyuges expresan que se comunican decisiones con sus hijos. - ambos cónyuges expresan que se requieren opiniones con sus hijos.
	Actividades Comunes.		- ambos cónyuges expresan que se comunican con sus hijos durante las horas de comidas. - ambos cónyuges expresan que comparten juegos con sus hijos. - ambos cónyuges expresan que se comparten la realización de tareas domésticas con sus hijos.
Cumplimiento de Roles	Rol de esposo.	Función de aporte económico.	- ambos cónyuges expresan que esposo entrega aporte económico.
	Rol de esposa.	Función doméstica.	- ambos cónyuges expresan que esposa realiza orden y aseo de hogar. - ambos cónyuges expresan que esposa realiza preparación de alimentos.
		Función de aporte económico.	- ambos cónyuges expresan que esposa entrega aporte económico.
	Rol de padre	Función Socializadora.	- ambos cónyuges expresan que padre entrega instrucción al menor. - ambos cónyuges expresan que padre entrega consejo al menor.
	Rol de madre	Función Protectora.	- ambos cónyuges expresan que madre cuida la salud de los hijos. - ambos cónyuges expresan que madre realiza preparación de alimentos.
		Función Socializadora.	- ambos cónyuges expresan que madre entrega consejo al menor. - ambos cónyuges expresan que madre entrega instrucción al menor.
Rol de hijo	Función Educando	- asistencia regular a clases.	

- Variable : Estimulación de las capacidades del menor.
- Definición : Existirá estimulación de las capacidades del menor cuando los padres contribuyan a la integración a la vida familiar, a la vida escolar y comunitaria.
- Dimensión : Contribución a la integración a la vida familiar.
- Definición : Entenderemos por contribución a la integración a la vida familiar cuando los padres faciliten la incorporación del menor a las actividades que realice el grupo familiar.
- Indicadores : - ambos cónyuges expresan la inclusión del menor en paseos familiares.
 - ambos cónyuges expresan que al menor se le asignan tareas domésticas.
 - ambos cónyuges expresan la inclusión del menor en fiestas familiares.
- Dimensión : Contribución a la integración a la vida escolar.
- Definición : Entenderemos por contribución del menor a la vida escolar cuando los padres faciliten la incorporación del menor a las actividades que realice la escuela.
- Indicadores : - ambos cónyuges expresan que se preocupan por la asistencia del menor.
 - ambos cónyuges expresan que se preocupan porque llegue puntualmente a clases.
 - ambos cónyuges expresan autorizar al menor a participar en actividades extraprogramáticas.

- Dimensión : Contribución a la integración a la vida comunitaria.
- Definición : Entenderemos por contribución a la integración a la vida comunitaria cuando los padres facilitan la incorporación del menor a las actividades que realice la comunidad.
- Indicadores : - ambos cónyuges expresan autorizar al menor para compartir juegos con grupos de amigos.
- ambos cónyuges expresan autorizar al menor para que participe en competencias deportivas.
- ambos cónyuges expresan autorizar al menor para que participe en paseos con amigos.

V.- COLECTIVO

El Colectivo de nuestra investigación estuvo constituido por 110 grupos familiares de los alumnos, que al 31 de Diciembre de 1978 figuraban como alumnos matriculados para el año escolar 1979, en la Escuela de Educación Especial FN 257 de Valparaíso.

El instrumento no fue aplicado en los siguientes casos, debido a las razones que se señalan:

- En 7 casos, por imprecisión del domicilio, no se ubicó el grupo familiar.
- En 3 casos, el grupo familiar se encontraba de vacaciones fuera de la

v Región. Esto porque el instrumen
to fue aplicado durante el mes de
Febrero de 1979.

- En dos casos, los menores ingresaron al Centro Laboral de Viña del Mar.
- En 1 caso, el menor está a cargo de guardadora del Servicio Nacional de Salud desde hace seis meses, quién carecía de los antecedentes requeri
dos por el instrumento.

Las situaciones anteriores determina
ron que el instrumento fuera aplicado solamente a 84 grupos familiares, abarcando a 97 menores, ya que en algunos ca
sos hay más de un menor por grupo familiar, que es alumno de la Institución. De los 97 alumnos anteriormente señala
dos, 80 de ellos presentan deficiencia mental y 16 menores presentan deficiencia mental y epilepsia.

Podemos señalar, además que en rela
ción a la hipótesis de trabajo que señala que "A mayor deterioro de las relaciones intrafamiliares, menor estimu
lación de las capacidades del menor en proceso de habilita
ción", no fueron posibles de medir en 24 grupos familiares de los 84 grupos investigados, debido a las razones que a continuación se señalan:

- En 9 casos, la madre del menor está separada del cónyuge.
- En 5 casos, la madre del menor es viuda.

- En dos casos, la madre del menor es soltera.
- En 4 casos, no se pudo contactar con padre del menor por turnos de horario de trabajo.
- En 2 casos, el padre del menor es viudo.
- En 1 caso, por impedimento físico del padre (sorde y ciego)
- En un caso se produjo separación temporal de los cónyuges.

VI.- ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Previa codificación y tabulación de los datos obtenidos mediante la aplicación de un cuestionario y observación participante al colectivo integrado por 84 grupos familiares, ha sido posible conocer la magnitud de las variables en estudio y la relación causal entre algunas de ellas.

Los antecedentes generales que se presentan a continuación pretenden caracterizar a los grupos familiares de acuerdo a la situación educacional, de trabajo, previsión, ingresos económicos, salud, vivienda, infraestructura básica, hacinamiento, promiscuidad, etc.

1.- ASPECTOS RELATIVOS AL NIVEL DE VIDA.

1.1.- ESCOLARIDAD

En relación a la escolaridad del grupo familiar, para nuestros propósitos sólo se considerará la de ambos padres. En cuanto a los padres, la mayor concentración se produce en el nivel de básica incompleta, lo mismo sucede con la escolaridad de las madres, como lo indica el siguiente cuadro:

ESCOLARIDAD

<i>Niveles</i>	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>
<i>Analfabeto</i>	3	3
<i>Basica incompleta</i>	46	63
<i>Basica completa</i>	7	3
<i>Media incompleta</i>	10	13
<i>Media completa</i>	2	0
<i>E. Sup. incompleta</i>	0	0
<i>E. Sup. completa</i>	0	0
<i>Total</i>	68	82

Por tanto, tenemos que en ambos padres se presenta un bajo nivel de escolaridad, traducido en una educación formal de un reducido número de años.

1.2. OCUPACION

Podemos pensar que el bajo nivel de escolaridad encontrado estaría incidiendo en un bajo nivel de especialización técnica y/o profesional, como queda de mostrado a través de la relación entre ambas variables:

(escolaridad y ocupación). En cuanto a los padres dicha relación queda indicada en el cuadro siguiente:

		Ocupacion Padre				
		obrero no calificado	obrero calificado	tecnico sin titulo	tecnico con titulo	profesional
Escolaridad Padre	analfabeto	2	-	-	-	-
	basica incompleta	56	-	-	1	-
	basica completa	1	-	1	-	-
	media incompleta	4	1	1	-	-
	media completa	-	-	-	-	-
	ens. sup. incompleta	-	-	1	-	-
	ens. sup. completa	-	-	-	-	-
	total	63	1	3	1	-

De los resultados obtenidos, se observa un predominio de padres que poseen una enseñanza básica incompleta y que se desempeñan como obreros no calificados. Además, se observa que no existen padres con una escolaridad alta, ni padres con una ocupación especializada.

En relación a las madres, para establecer la relación entre las variables escolaridad y ocupación no se consideraron a 60 madres, por cuanto se desempeñan como dueñas de casa. Esta relación queda indicada en el cuadro siguiente:

	Ocupacion Madre				
	obrero no calificado	obrero calificado	tecnico sin titulo	tecnico con titulo	profesional
analfabeta	—	—	—	—	—
basica incompleta	21	—	—	—	—
basica completa	—	—	1	—	—
media incompleta	—	—	—	—	—
media completa	—	—	—	—	—
ens sup incompleta	—	—	—	—	—
ens sup completa	—	—	—	—	—
total	21	—	1	—	—

Se observa que la mayoría de las madres pertenecientes al sector laboral, presentan una enseñanza básica incompleta y se desempeñan como obreras no calificadas (21 madres).

La mayor concentración, tanto de los padres como de las madres, se produce en la categoría laboral de obreros no ^{calificados} calificados. Este hecho llevaría a que éstos perciban ingresos económicos, como lo indica el cuadro siguiente:

TRABAJO ACTUAL

categorias	padre	madre
cesante	5	2
pem	6	4
obrero	27	6
empleado	17	0
independiente	1	0
comerciante	5	4
Jubilado	7	7
total	68	23

1.3. INGRESOS:*INGRESOS GRUPO FAMILIAR*

<i>categorias</i>	<i>cantidades</i>
<i>menos de 1500</i>	<i>11</i>
<i>1500 a 2999</i>	<i>25</i>
<i>3000 a 4449</i>	<i>16</i>
<i>4500 a 5999</i>	<i>6</i>
<i>6000 a 7449</i>	<i>13</i>
<i>7500 y mas</i>	<i>13</i>
<i>total</i>	<i>84</i>

Se observa que la mayor parte se concentra en aquellos ingresos que oscilan entre \$1.500 y \$2.990. Ello nos indica que los ingresos que perciben son bajos. Hecho que agravaría más aún en estos grupos familiares ya que se caracterizan por ser numerosos, como lo indica el cuadro siguiente:

Nº DE MIEMBROS POR GRUPO FAMILIAR

	<i>cantidad</i>
<i>2 a 3 personas</i>	<i>5</i>
<i>4 a 5 personas</i>	<i>22</i>
<i>6 a 7 personas</i>	<i>29</i>
<i>8 y mas personas</i>	<i>28</i>
<i>total</i>	<i>84</i>

La mayor parte se concentra en aquellos grupos familiares formados por 6 personas, reduciéndose el ingreso per cápita que a continuación se señala:

INGRESO PERCAPITA

<i>ingreso mensual</i>	<i>cantidad</i>
0 a 499	28
500 a 999	34
1000 a 1499	8
1500 a 1999	7
2000 y mas	7
<i>total</i>	84

1.4. PREVISION

En cuanto a la situación previsional, en ambos padres no es menos negativa, como lo indica el cuadro siguiente:

PREVISION

<i>categorias</i>	<i>padre</i>	<i>madre</i>
<i>sin prevision</i>	22	8
<i>servicio de seguro social</i>	18	12
<i>caja de empl. publ. y period.</i>	2	0
<i>caja de empl. particulares</i>	10	1
<i>caja de carabineros</i>	2	0
<i>caja de ferrocarriles</i>	3	1
<i>caja de la marina mercante</i>	5	0
<i>caja de E.Ey.OO. municipales</i>	3	0
<i>otros</i>	3	1
<i>total</i>	68	23

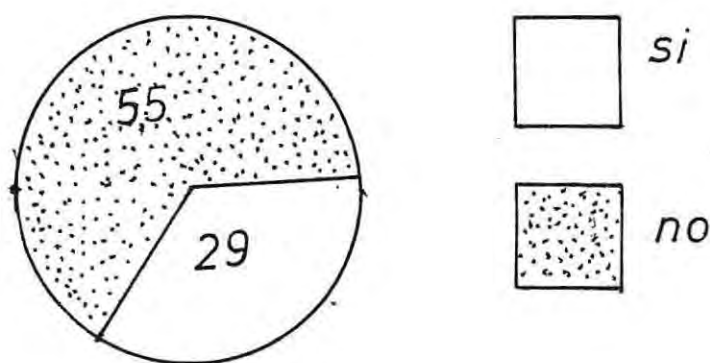
En cuanto a los padres, tenemos que de 68 padres, 22 de ellos no cuentan con previsión. En relación a las madres, de 23 que pertenecen al sector laboral, 8 de ellas no cuentan con previsión.

Estos resultados nos demuestran que existen padres y madres que no se encuentran afiliados a ningún sistema previsional, careciendo de aquellos beneficios médicos y de prestaciones económicas, para hacer frente a riesgos sociales.

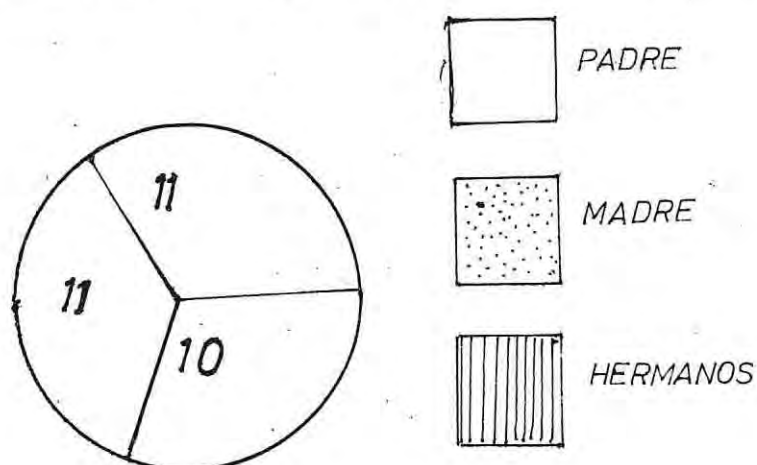
1.5. SALUD:

Por otra parte, frente al estado de salud de los grupos familiares tenemos que en 29 de ellos existe alguna enfermedad. Esta cantidad se ve aumentada si se considera al número de personas afectadas. Estos datos quedan demostrados en los siguientes gráficos:

EXISTENCIA ENFERMEDAD GRUPO FAMILIAR



Nº DE INTEGRANTES GRUPO
FAM. AFECTADOS POR ENFERMEDAD



Esta situación de salud se vería agravada si se considera por una parte a la situación de la enfermedad, y por otra parte a la actitud del grupo familiar frente a un problema de enfermedad.

En relación a la situación de la enfermedad, se expresa en el siguiente cuadro:

SITUACION DE LA ENFERMEDAD QUE
AFECTA A INTEGRANTES GRUPO FAMIL.

<i>situacion</i>	<i>cantidad</i>
<i>con diagnostico</i>	4
<i>con tratamiento</i>	14
<i>sin tratamiento</i>	2
<i>sin diagnostico ni tratamien</i>	12
<i>total</i>	32

Se aprecia que de 32 personas que se encuentran afectadas por alguna enfermedad, 12 de ellas carecen de un diagnóstico y tratamiento.

Ello se debería a que solo se llevan a cabo acciones como la administración de medicamentos sin prescripción médica y en el caso de que la enfermedad se terne más crítica acuden al Servicio de Emergencia.

El siguiente cuadro indica la actitud del Grupo Familiar ante alguna enfermedad del menor.

ACTITUD GRUPO FAMILIAR ANTE UNA ENFERMEDAD DEL MENOR

<i>actitud</i>	<i>cantidad</i>
<i>medicamentos sin prescrip. med</i>	21
<i>medicamentos y serv. de emerg.</i>	18
<i>lo llevan solo al serv. de emerg.</i>	8
<i>lo llevan al medico</i>	37
<i>total</i>	84

1.6.- VIVIENDA:

En cuanto a la situación habitacional, el tipo de vivienda estaría indicado por las siguientes categorías:

Mediagua : Vivienda de construcción ligera, de madera.
Consta de una o dos habitaciones.

- Conventillo : Vivienda compuesta por varias habitaciones, en las cuales viven varios grupos familiares. Generalmente comparten la mantención y uso de la infraestructura básica.
- Pieza Particular : Vivienda de un grupo familiar el cual arrienda o cede una de sus habitaciones a otro grupo familiar. Se comparten la mantención y uso de infraestructura básica.
- Casa Independiente : Vivienda que consta de dos habitaciones independientes en que habita un grupo familiar permitiéndoles realizar las funciones de dormir, preparar y servir los alimentos en forma independiente. Además, se dispone de los servicios de agua potable, alcantarillado y luz eléctrica. Su construcción puede ser de madera, adobe, concreto, etc.

De acuerdo a estas categorías, el tipo de viviendas en que habitan los grupos familiares queda de mostrada en el siguiente cuadro:

TIPO DE VIVIENDA

<i>tipos</i>	<i>cantidad</i>
<i>mediagua</i>	17
<i>conventillo</i>	5
<i>pieza particular</i>	4
<i>casa independiente</i>	58
<i>total</i>	84

De acuerdo al gráfico, podemos señalar que la mayor parte de los grupos familiares habitan en casa independiente.

En relación a la calidad del ocupante, se distribuyen de la siguiente manera:

CALIDAD DEL OCUPANTE

	<i>cantidad</i>
<i>propietario</i>	57
<i>arrendatario</i>	15
<i>cuidador</i>	1
<i>usufructuario</i>	8
<i>allegado</i>	3
<i>total</i>	84

Se observa que la mayor parte de los grupos familiares son propietarios. (57). El resto de los grupos familiares se encontrarían en una situación inestable, por cuanto se encuentran en calidad de arrendatarios, cuidadores, usufructuarios y allegados.

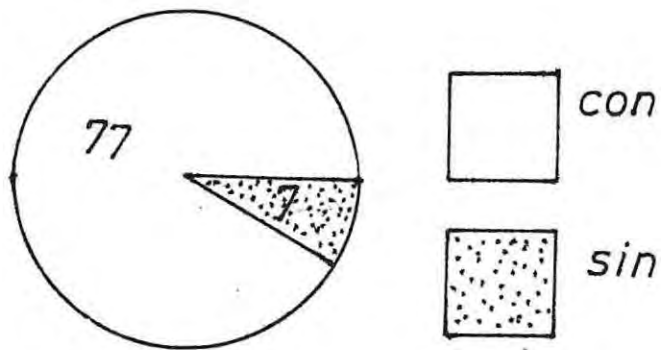
Cabe hacer notar que en aquellos grupos que son propietarios de una vivienda, éstas se caracterizarían por poseer una duración limitada en el tiempo, por cuanto su material predominante es la madera. Esto queda demostrado en el siguiente cuadro:

		CALIDAD DEL OCUPANTE				
		propie - tario	arrenda- tario	cuidador	usufruc- tuario	allegado
MATERIAL PREDOMINANTE	madera y deshecho	4	0	0	0	0
	madera	33	6	0	4	1
	adobe	6	5	1	2	1
	esternal tabique	4	1	0	0	1
	concreto	10	3	0	1	0
	total	57	15	1	7	3

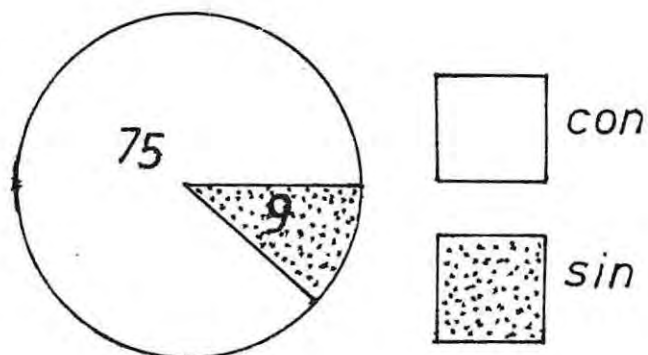
De 57 grupos familiares propietarios de una vivienda, solo 10 de ellos lo son de una vivienda de concreto. Esto nos estaría indicando que el resto habitaría una pieza que tendría una duración limitada por cuanto su material de construcción es más susceptible de deterioro por las condiciones climáticas.

En cuanto a la dotación de la infraestructura básica de las viviendas de los grupos familiares, se encuentra indicada en los siguientes gráficos:

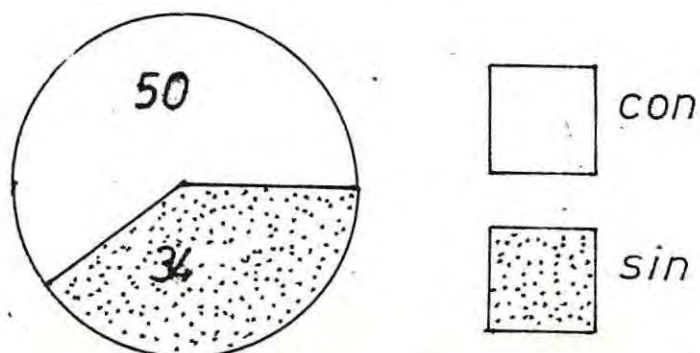
AGUA POTABLE



LUZ ELECTRICA



SERVICIO DE ALCANTARILLADO



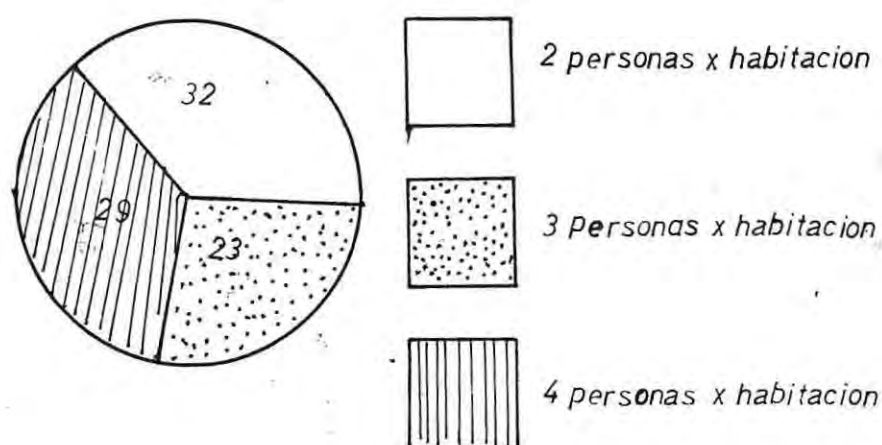
En relación al agua potable, 77 grupos familiares cuentan con dicho suministro; en cuanto a la instalación de luz eléctrica, 75 grupos familiares cuentan con ella, y por último, 50 grupos familiares cuentan con la instalación de alcantarillado.

De los resultados anteriores, podemos concluir que en general los grupos familiares cuentan con un sistema de infraestructura básica, lo que facilitaría las condiciones ambientales higiénicas.

Sin embargo, debemos destacar que en cuanto al sistema de eliminación de excretas, sería deficiente ya que 34 grupos familiares no cuentan con dicho sistema, lo que provocaría problemas de higiene ambiental.

En cuanto a la disponibilidad de espacio físico per persona del grupo familiar, se encuentra distribuido de la siguiente manera:

INDICE DE HACINAMIENTO

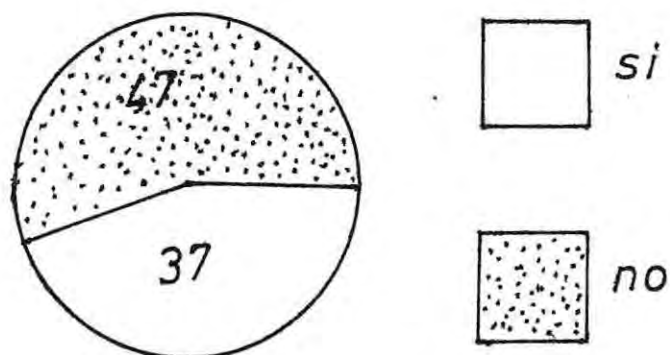


Los datos nos señalan que 32 grupos familiares cuentan con una habitación para 2 personas y el resto se encuentra concentrado en los intervalos de 3 personas por habitación y 4 personas por habitación y más, correspondientes a un total de 23 y 29 grupos familiares respectivamente.

De acuerdo a esto podemos señalar que mayoritariamente los integrantes del grupo familiar carecerían del espacio físico necesario para su desarrollo personal.

Otro antecedente relacionado con la situación habitacional es el problema de la promiscuidad, expresado en el siguiente gráfico.

EXISTENCIA PROMISCUIDAD



De lo anterior se desprende que 37 grupos familiares presentan promiscuidad. Sin embargo en 47 grupos familiares no presentan este problema que se expresaría en el hecho de que adultos de diferentes sexos comparten habitación con menores púberes de diferentes sexos, lo que podría provocar la existencia de problemas de tipo moral.

En lo que respecta a las relaciones intrafamiliares, se ha sostenido en el marco de referencia que junto con la realidad sociocultural que caracteriza a los grupos familiares de los menores deficientes mentales-epilépticos se presenta al interior de estos grupos un deterioro de las relaciones intrafamiliares que se expresarían en la existencia de negativas relaciones conyugales; negativas relaciones paterno filiales y en el no cumplimiento de los roles asignados a cada uno de los integrantes del grupo familiar.

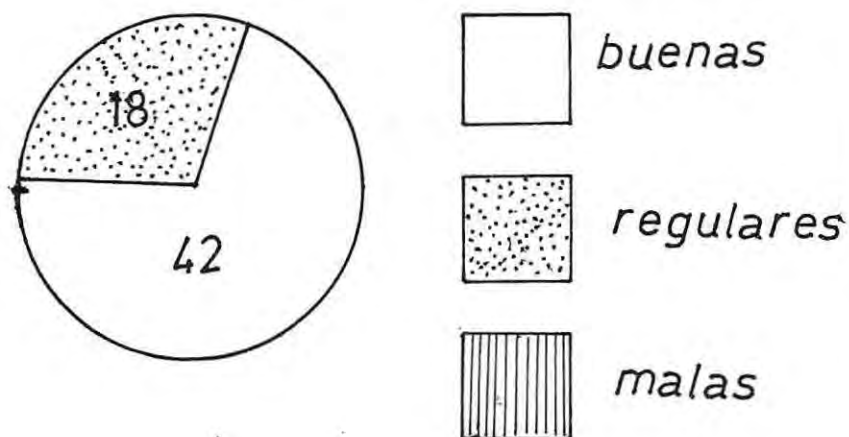
2.- VARIABLE RELACIONES INTRAFAMILIARES

Para la medición de la variable relaciones intrafamiliares, se consideraron las dimensiones relaciones conyugales, relaciones paterno filiales y cumplimiento de roles. Para ello se establecieron las categorías de Buenas, Regulares y Malas a cada dimensión.

2.1.- DIMENSION RELACIONES CONYUGALES

Dicha dimensión fue medida a través del diálogo y actividades comunes. De acuerdo a la investigación realizada vemos lo siguiente:

RELACIONES CONYUGALES

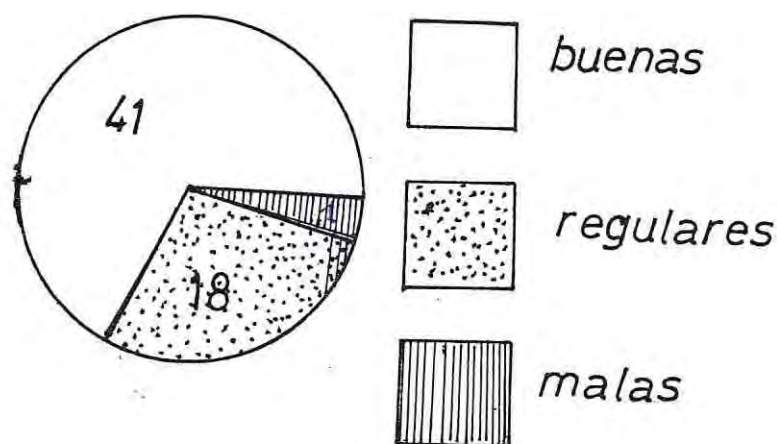


Al interior de los grupos se da que 42 grupos familiares tienen buenas relaciones conyugales expresadas en el diálogo que establecen los cónyuges y en el hecho que comparten actividades comunes. En 18 grupos familiares asumen un carácter regular, debido a que sólo establecen diálogo, o sólo comparten actividades comunes, o desarrollan en forma parcial las formas de comunicación y comparten en forma parcial actividades comunes.

2.2. DIMENSION RELACIONES PATERNO FILIALES

Dicha dimensión fue medida a través del diálogo que establecen ambos padres con los hijos y por el hecho de compartir actividades comunes. De acuerdo a los resultados obtenidos tenemos que las relaciones paterno filiales asumen un buen carácter, si se toma en cuenta las cifras del gráfico siguiente:

RELACIONES PATERNO FILIALES



De acuerdo al gráfico tenemos que de 60 grupos familiares en que se midió dicha dimensión, en 41 grupos los padres y sus hijos tienen buenas formas de comunicación y realizan actividades comunes. En 18 grupos familiares dichas relaciones asumen un carácter regular, por cuanto solo establecen diálogo los hijos; o bien solo comparten actividades comunes, o bien comparten actividades comunes en forma parcial y dialogan a veces en forma esporádica con los hijos. En el grupo familiar las relaciones paterno filiales asumen un carácter de malas relaciones paterno filiales, por cuanto no existe diálogo con los hijos y tampoco se comparten actividades comunes.

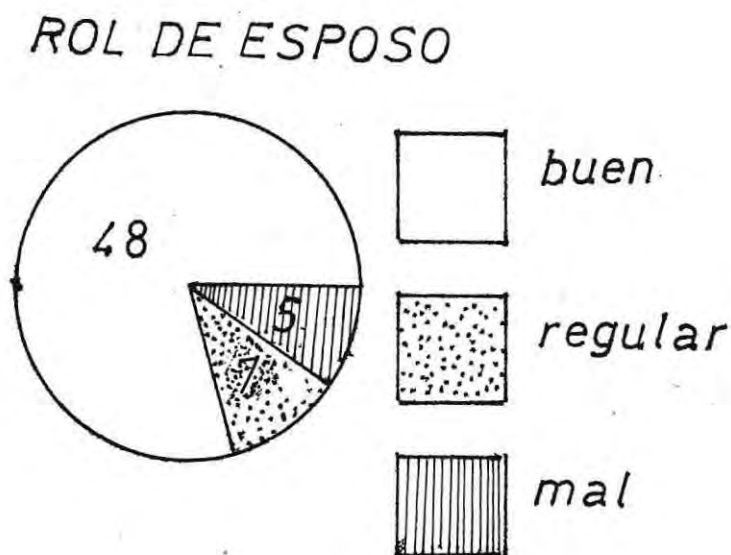
2.3.- DIMENSION CUMPLIMIENTO DE ROLES

Dicha dimensión fue medida a través de las Subdimensiones rol de esposo, rol de esposa, rol de padre, rol de madre y rol de hijo. En estas subdimensiones

es establecieron las categorías de buen, regular y mal cumplimiento del rol.

2.3.1.- SUBDIMENSION ROL DE ESPOSO

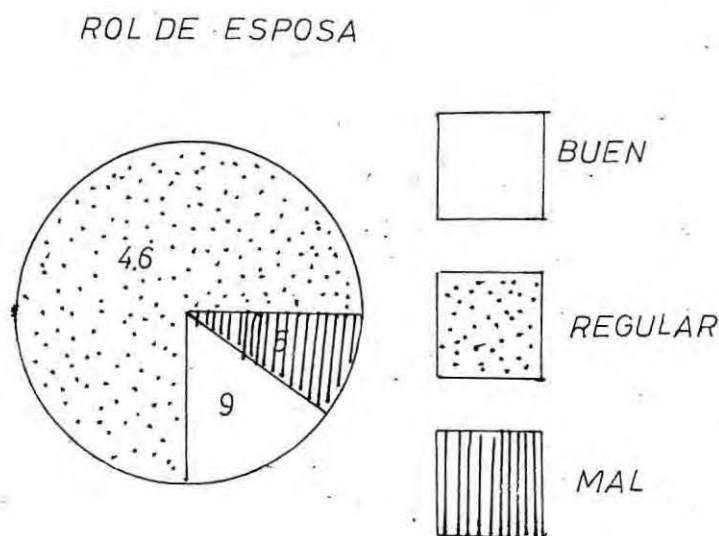
Los grupos familiares investigados en cuanto al rol de esposo evidencian que la provisión de ingresos para la satisfacción de las necesidades del grupo familiar es cumplida por el esposo como parte de su rol en 48 grupos familiares, como queda de manifiesto en el gráfico que sigue:



En 7 grupos familiares el rol de esposo es cumplido en forma regular, debido a que sólo entregan la mitad de aporte económico para la satisfacción de las necesidades del grupo familiar, y en 5 grupos familiares el cumplimiento del rol asume un mal carácter por cuanto no entregan aporte económico para la satisfacción de las necesidades del grupo familiar.

2.3.2. SUBDIMENSION ROL DE ESPOSA

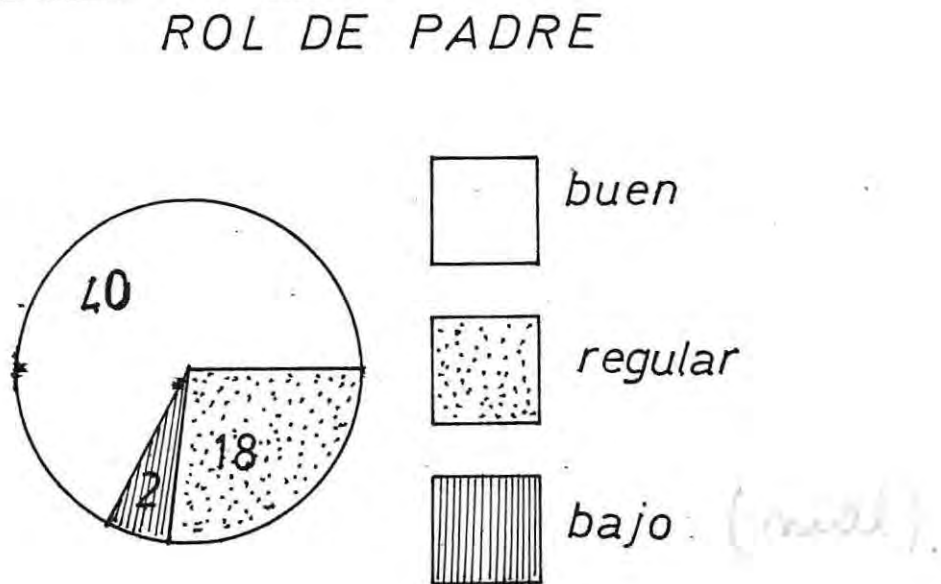
Subdimensión medida a través de la función doméstica y función de aporte económico. A continuación se presentan los resultados obtenidos de la investigación:



Se observa que en 9 grupos familiares, las madres cumplen con su rol, es decir, realizan las acciones propias de la función doméstica y además entregan aporte económico para la satisfacción de las necesidades del grupo familiar. En 46 grupos familiares dicho rol es cumplido en forma regular, por cuanto sólo cumplen con la función doméstica y en 5 grupos familiares las madres no cumplen con su rol, por cuanto no cumplen con la función doméstica ni con la función de aporte económico.

2.3.3.- SUBDIMENSION ROL DE PADRE

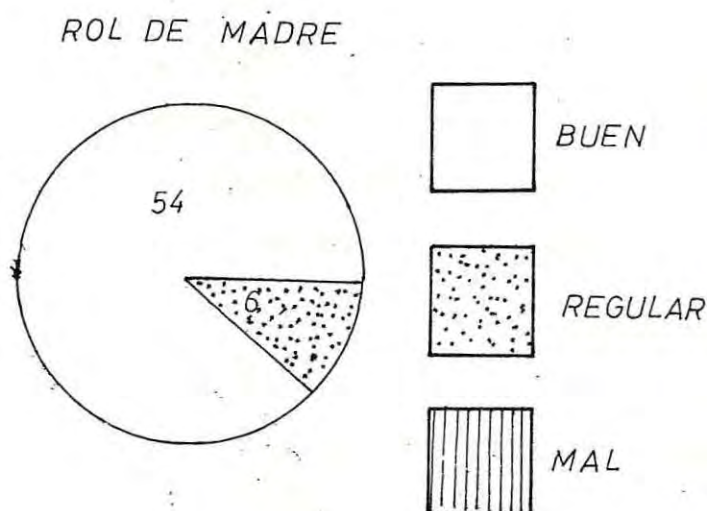
Dicho rol fue medido especialmente a través de la función socializadora. Los resultados obtenidos quedan indicados en el gráfico siguiente:



Se obtuvo que en 40 grupos familiares el rol de padre asume un buen carácter por cuanto los padres entregan instrucción y aconsejan a sus hijos. En 18 padres, su rol asume un regular carácter por cuanto los padres entregan sólo instrucción a sus hijos, o solo entregan consejo, o bien entregan instrucción y consejo en forma esporádica. Y en 2 grupos familiares el rol asume un mal carácter debido a que los padres no entregan consejo ni instrucción a sus hijos.

2.3.4.- SUBDIMENSION ROL DE MADRE

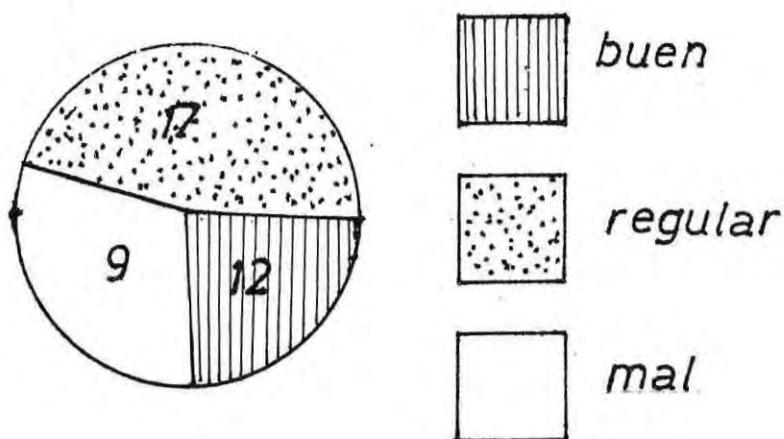
Subdimensión medida principalmente por la función protectora y función socializadora. Según los resultados, en 54 grupos familiares el rol de madre asume un buen carácter expresado en el hecho que le entregan a sus hijos instrucción y consejo, proporcionándoles además, los cuidados y atenciones necesarias. En 6 grupos familiares cumplen su rol en forma regular porque sólo cumplen con la función protectora.



SUBDIMENSION ROL DE HIJO

Dicha dimensión fue medida especialmente por la función de educando del hijo. Los resultados de la investigación aparecen demostrados en el siguiente gráfico:

ROL DE HIJO



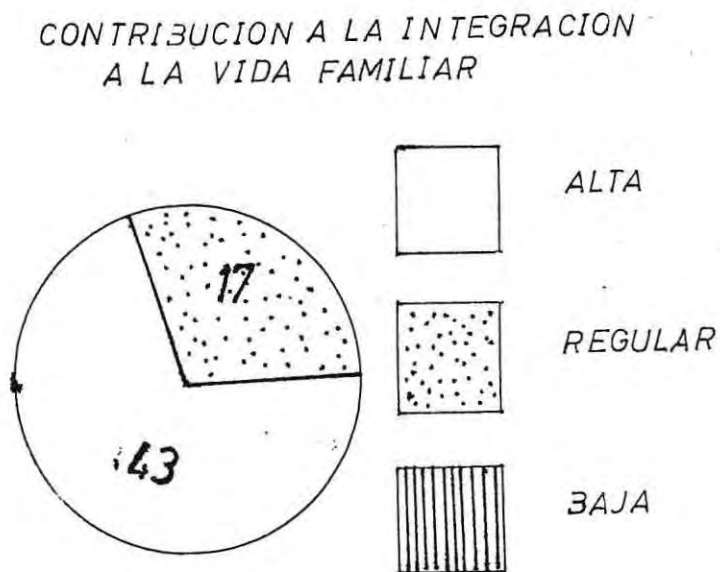
Los hijos cumplen con su rol en 12 grupos familiares, ya que presentan una buena asistencia a clases; en 17 grupos familiares el rol asume un carácter regular por cuanto presentan una asistencia regular a clases y en 9 grupos familiares el rol asume un mal carácter debido a la baja asistencia a clases presentada por el menor.

3.- VARIABLE ESTIMULACION DE LAS CAPACIDADES DEL MENOR

Para medir esta variable se establecieron las categorías de Alta, Regular y Baja mediante el índice sumatorio, a las dimensiones integración a la vida familiar, integración a la vida escolar y contribución a la integración a la vida comunitaria.

3.1.- DIMENSION CONTRIBUCION A LA INTEGRACION A LA VIDA FAMILIAR

Dicha dimensión queda indicada en el siguiente gráfico:

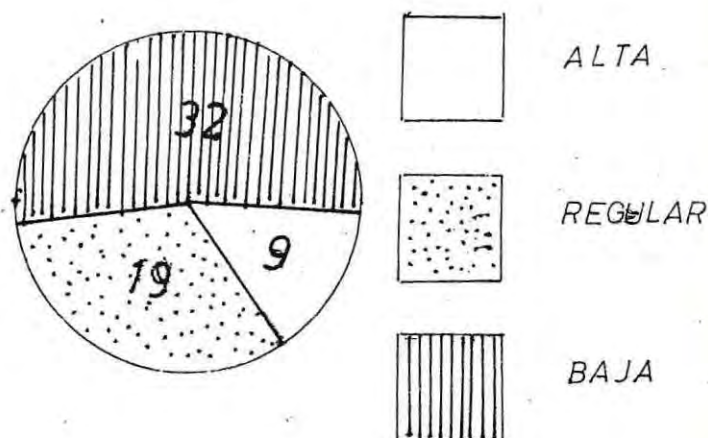


En 43 grupos familiares la contribución a la integración del menor a la vida familiar es Alta por cuanto los padres incluyen al menor en fiestas familiares, en paseos familiares y se le otorgan tareas domésticas al menor. En 17 grupos familiares dicha contribución es regular debido a que incluyen al menor sólo en fiestas o paseos familiares, o bien sólo se le entregan actividades domésticas al menor.

3.2. DIMENSION CONTRIBUCION A LA INTEGRACION A LA VIDA ESCOLAR

El cuadro siguiente nos muestra la situación de los grupos familiares en cuanto a la dimensión:

CONTRIBUCION A LA INTEGRACION A LA VIDA ESCOLAR



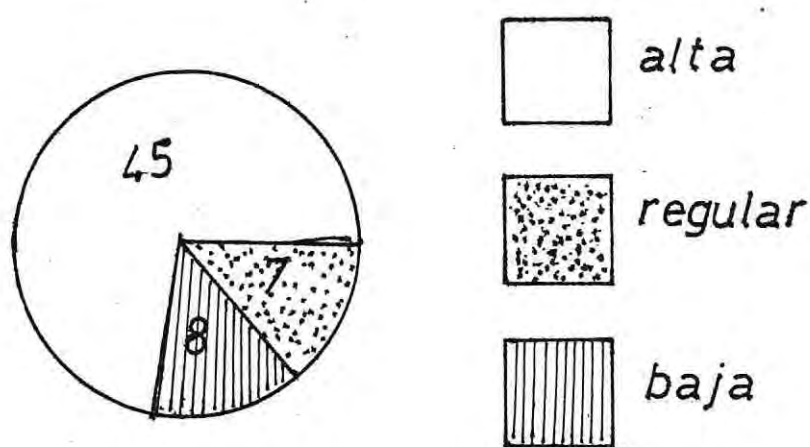
Esta contribución es alta en 32 grupos familiares, debido a que existe preocupación por la asistencia a clases del menor, a que llegue puntualmente a clases y porque ambos cónyuges expresan que autorizan al menor a que participe en actividades extraprogramáticas organizadas por la escuela. En 19 grupos familiares esta contribución es regular debido a que no existe preocupación de los cónyuges por que el menor asista a clases, o que el menor llegue puntualmente a clases, o bien, debido a que no autorizan al menor a que participe en actividades extraprogramáticas organizadas por la escuela. Y en 9 grupos familiares dicha contribución es baja, debido a que no hay preocupación porque el menor asista a clases, porque llegue puntualmente a cla

ses y no hay autorización para que el menor participe en actividades extraprogramáticas organizadas por la escuela.

3.3. DIMENSION CONTRIBUCION A LA INTEGRACION A LA VIDA COMUNITARIA?

Dicha contribución queda demostrada en el siguiente gráfico:

CONTRIBUCION A LA VIDA COMUNITARIA



Se observa que en 7 grupos familiares dicha dimensión es alta, debido a que los padres expresaron autorizar al menor a compartir juegos con amigos, a participar en competencias deportivas y participar en paseos con amigos. En 45 grupos familiares la dimensión es regular por cuanto los padres expresan que sólo se le autoriza a jugar con amigos sin autorizarle a participar en paseos con amigos, o bien autorizan al menor a participar en competencias deportivas pero no le autorizan a jugar con amigos fuera del hogar. etc. Y en 8 grupos familiares la dimensión es

baja, por cuanto los padres no autorizan al menor a jugar con amigos, a participar en competencias deportivas ni en paseos con amigos.

4.- ANTECEDENTES RELATIVOS A LA EXISTENCIA DE DEFICIENCIA MENTAL EN LOS PADRES

Para la obtención de este tipo de antecedentes se encontraron limitaciones por cuanto a través de la anamnesis de los menores, ficha que contempla información relativa a los miembros del grupo familiar, los datos allí señalados eran imprecisos, no existiendo un diagnóstico psicológico de los padres que permitiera obtener dicho antecedente.

Sin embargo, mediante la observación participante y entrevistas establecidas con los padres en los hogares, se pudo detectar en 7 grupos familiares la existencia de casos de padres con deficiencia mental evidenciada durante el diálogo establecido con ellos. Hecho que posteriormente fue corroborado con el profesor de curso a cargo de los menores de dichos padres, quienes reafirmaron los antecedentes obtenidos.

5.- ANTECEDENTES RELATIVOS AL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES ACERCA DE LA DEFICIENCIA MENTAL Y EPILEPSIA

En el marco de referencia planteado se señaló que otra de las características de estos grupos familiares, era la falta de conocimiento acerca de la defi

ciencia mental y epilepsia del menor.

Según el tipo de déficit que presentan, encontramos que la mayor concentración de menores corresponde a los menores deficientes mentales; como lo indica el cuadro siguiente:

Menores atendidos por la institución sometidos a investigación

TIPO DE DEFICIT	CANTIDAD
<i>Deficientes Mentales</i>	68
<i>Deficientes Mentales-Epilépticos</i>	16
<i>Total</i>	84

A continuación se presentan las razones que dan los padres para enviar a sus hijos a la Escuela Especial.

Razones que dieron a los padres para matricular a los menores en la Escuela Especial

<i>Razones</i>	<i>Cantidad</i>
<i>Deficiencia Mental</i>	<i>19</i>
<i>Deficiencia Mental y Epilepsia</i>	<i>1</i>
<i>Falta de madurez</i>	<i>3</i>
<i>Problema de aprendizaje</i>	<i>14</i>
<i>Problema de lenguaje</i>	<i>2</i>
<i>Epilepsia</i>	<i>2</i>
<i>Otras</i>	<i>16</i>
<i>No le dieron razones</i>	<i>10</i>
<i>No saben</i>	<i>17</i>
<i>Total</i>	<i>84</i>

De lo anterior se desprende que sólo en 19 casos las razones que los padres señalan corresponden efectivamente al déficit que presenta el menor, a lo que se agrega un caso en que la razón corresponde a deficiencia mental y epilepsia. Es importante señalar lo negativo que resulta que los padres entreguen razones no válidas por las cuales el menor ingrese a la Institución.

5.1.- VARIABLE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA DEFICIENCIA MENTAL

Para medir esta variable se establecieron las categorías de alto, bajo y regular conocimiento, mediante el índice sumatorio, a los siguientes indicadores.

- Conocimiento acerca de causas que provocan deficiencia mental:

Dicho conocimiento será alto si los padres señalan tres causas correctas de deficiencia mental.

Será regular si señalan una o dos causas correctas de deficiencia mental.

Será bajo si no señalan ninguna causa o si sólo señalan causas incorrectas.

- Conocimiento acerca de características que asume un menor deficiente mental educable:

Será alto el conocimiento, cuando señalen tres características correctas.

Será regular, cuando señalen dos ^o una característica correcta.

Será bajo, cuando señalen solo características incorrectas o bien no señalen ninguna.

- Conocimiento acerca del tratamiento del menor deficiente mental educable.

Será alto, cuando los padres señalen que el tratamiento es educativo a través de una enseñanza especial, y señalen el papel que deben asumir los padres en dicho tratamiento.

Será regular el conocimiento cuando los padres solo señalen que el tratamiento es educativo no expresando el papel que deben asumir los padres en dicho tratamiento.

Será bajo el conocimiento, cuando los padres señalen que el tratamiento es médico.

- Conocimiento acerca de las formas preventivas:

Será alto el conocimiento cuando los padres señalen tres formas de prevención de deficiencia mental correctas.

Será regular el conocimiento cuando los padres señalen una o dos formas preventivas correctas.

Será bajo el conocimiento, cuando los padres sólo señalen formas preventivas incorrectas o no señalen ninguna forma.

A continuación se presenta el grado de conocimiento de los padres acerca de la deficiencia mental, en cuanto a causas, características, tratamiento y formas preventivas.

nivel de conocimiento	causas	características	tratamiento	formas preventivas
alto	6	—	2	—
regular	27	23	7	2
bajo	51	61	75	82
total	84	84	84	84

Según los datos estipulados en el cuadro, vemos que el grado de conocimiento de los padres acerca de las causas que provocan deficiencia mental es bajo en 51 padres, a lo que se debe agregar el hecho que en 27 padres el conocimiento asume un carácter de regular y en 6 padres es alto dicho conocimiento.

En cuanto al grado de conocimiento acerca de las características que presenta un menor deficiente mental educable, es bajo en 61 padres, regular en 23 padres, no habiendo padres con un alto conocimiento acerca de dichas características.

En cuanto al conocimiento de los padres acerca del tratamiento de un menor deficiente mental educable, es bajo en 75 padres y en 23 padres dicho conocimiento es regular, no existiendo padres con un alto conocimiento.

Respecto al conocimiento acerca de las medidas preventivas de la deficiencia mental, es bajo en 82 padres y en 2 padres dicho conocimiento es regular.

5.2.- VARIABLE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA EPILEPSIA

Para medir dicha variable se establecieron las categorías de alto, regular y bajo nivel de conocimiento, a través del índice sumatorio, a los siguientes indicadores.

- Conocimiento acerca de causas de epilepsia:

Alto: cuando los padres señalen tres causas correctas de epilepsia.

Regular: Cuando los padres señalen dos o una causa correcta.

Bajo: cuando los padres señalen sólo causas incorrectas de epilepsia o bien no señalan ninguna.

- Conocimiento acerca de los síntomas de las crisis epilépticas:

Alto : cuando los padres señalan tres síntomas correctos de epilepsia.

Regular: cuando los padres señalan dos o un síntoma de epilepsia correcto.

Bajo : cuando los padres señalan sólo síntomas incorrectos de epilepsia o bien no señalan ninguno.

- Conocimiento acerca de las características que asume un menor epiléptico.

Alto : cuando los padres señalan tres características de un menor epiléptico correctas.

Regular: cuando los padres señalan dos o una característica correcta.

Bajo : cuando los padres sólo señalan características incorrectas o bien no señalan ninguna.

- Conocimiento acerca del tratamiento del menor epiléptico:

Alto : cuando los padres señalan que existe tratamiento médico y el papel que les corresponde asumir a los padres en dicho tratamiento.

Regular: cuando los padres señalan sólo el tratamiento médico sin señalar papel que deben asumir los padres en dicho tratamiento.

Bajo : cuando los padres no señalan tratamiento del menor ni tampoco el papel que deben cumplir los padres en el tratamiento del menor epiléptico.

- Conocimiento acerca de las formas preventivas de epilepsia:

Alte: cuando los padres señalan tres formas correctas de prevenir la epilepsia.

Regular: cuando los padres señalan dos o una forma correc

ta de prevenir epilepsia.

Baja: cuando los padres sólo señalan formas preventivas incorrectas o bien no señalan ninguna forma.

A continuación se presenta el grado de conocimiento de los padres acerca de la epilepsia, en cuanto a los indicadores anteriormente expuestos:

Conocimiento acerca de la Epilepsia					
nivel de conocimiento	causas	síntomas	características	tratamiento	formas preventivas
alto	—	1	—	—	4
regular	6	5	3	6	2
bajo	10	10	13	10	10
total	16	16	16	16	16

De acuerdo a los resultados obtenidos de 16 padres cuyos hijos deficientes mentales padecen de epilepsia, podemos señalar que el conocimiento de los padres acerca de las causas que provocan epilepsia es bajo en 10 padres; en 6 padres es regular y en ningún caso se presentó un alto conocimiento.

En cuanto al conocimiento de los padres acerca de las características de un menor epiléptico, tenemos que en 13 padres dicho conocimiento es bajo y en tres padres es regular.

En relación al grado de conocimiento acerca de los síntomas de las crisis epilépticas, es bajo en 10 padres, regular en 5 padres, en 1 padre dicho cono

cimiento es alto.

Respecto al tratamiento de la epilepsia, el conocimiento que los padres tienen es bajo en 10 casos y en 6 padres es regular. Este hecho nos lleva a pensar que los padres no asumen una actitud adecuada frente al tratamiento de la enfermedad del menor.

En relación a las medidas preventivas de la epilepsia, se observa que el conocimiento de los padres es bajo en 10 casos; en 2 padres dicho conocimiento es regular y en 4 padres el conocimiento es alto.

6.- ANALISIS BIVARIAL

A continuación se presenta un análisis bivarial a objeto de corroborar la relación causa efecto de las variables sujetas a investigación.

HIPOTESIS N- 1: "A menor nivel de escolaridad de los padres, menor nivel de conocimiento acerca de la deficiencia mental".

El nivel de escolaridad aparece demostrado por las categorías de alto, regular y bajo nivel de escolaridad.

El alto nivel de escolaridad incluye a los padres que poseen una enseñanza media completa o bien estudios superiores.

El regular nivel de escolaridad agrupa a aquellos padres que poseen una enseñanza básica completa y una enseñanza media incompleta.

El bajo nivel de escolaridad agrupa a aquellos padres que presentan una enseñanza básica incompleta y analfabetos.

En cuanto al nivel de conocimientos aparece también con las categorías de alto, regular y bajo nivel de conocimiento acerca de la deficiencia mental, anteriormente explicadas (ver en página 127).

<i>Escolaridad</i>	<i>Conocimiento Acerca De La Def. Mental</i>			
	<i>Alto</i>	<i>Regular</i>	<i>Bajo</i>	<i>Total</i>
<i>Alto</i>	0	2	0	2
<i>Regular</i>	0	2	10	12
<i>Bajo</i>	0	4	66	70
<i>Total</i>	0	8	76	84

Esta relación bivariada entre las variables escolaridad y conocimiento acerca de la deficiencia mental, indica los siguientes resultados:

- Que de 76 padres que tienen un bajo nivel de conocimiento acerca de la deficiencia mental, 66 de ellos poseen un bajo nivel de escolaridad.

- Que de 8 padres que tienen un regular conocimiento acerca de la deficiencia mental, 4 de ellos tienen un bajo nivel de escolaridad.
- Que de 70 padres que tienen un bajo nivel de escolaridad, 66 de ellos peseen un bajo nivel de conocimiento acerca de la deficiencia mental.
- Que de 12 padres que tienen un regular nivel de escolaridad, 10 de ellos tienen un bajo conocimiento acerca de la deficiencia mental.

No se presentaron padres con un alto nivel de escolaridad ni padres con un alto nivel de conocimientos acerca de la deficiencia mental. Este hecho nos impide comparar la relación existente entre individuos con un alto nivel de escolaridad y un alto nivel de conocimiento acerca de la deficiencia mental.

A pesar de esta limitación, la hipótesis se sometió a corroboración mediante la prueba de significación del CHI Cuadrado (X^2), la que nos permitió concluir que las diferencias son significativas, al ver que la tabla indica que para 4 grados de libertad y un nivel de 0,2 señala un valor de 11,668. (1)

(1) Prueba de significación del CHI Cuadrado. El X^2 calculado es de 40,1 mayor que el teórico, siendo igual o mayor las diferencias son significativas y por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula que dice que no existe relación entre las variables escolaridad y conocimiento acerca de la deficiencia mental.

Con los resultados obtenidos y mediante la aplicación de la prueba, concluimos que las variables escolaridad y conocimiento acerca de la deficiencia mental tienen una relación directa.

HIPOTESIS N- 2 : "A mayor nivel de escolaridad de los padres, menor nivel de conocimientos acerca de la epilepsia".

El nivel de escolaridad aparece indicado con las categorías de alto, regular y bajo nivel, explicados en páginas 132 - 133.

El nivel de conocimiento acerca de la epilepsia se indica con las categorías de alto, regular y bajo, explicadas en página 129.

<i>Escolaridad</i>	<i>Conocimiento Acerca De La Epilepsia</i>			
	<i>Alto</i>	<i>Regular</i>	<i>Bajo</i>	<i>Total</i>
<i>Alto</i>	0	0	0	0
<i>Regular</i>	0	1	2	3
<i>Bajo</i>	0	3	10	13
<i>Total</i>	0	4	12	16

El presente análisis bivariado presenta los siguientes resultados:

- Que de 13 padres que tienen un bajo nivel de escolaridad, 10 de ellos poseen un bajo conocimiento acerca

de la epilepsia.

- Que de 12 padres que tienen un bajo nivel de conocimiento acerca de la epilepsia, 10 de ellos tienen un bajo nivel de escolaridad.

Al igual que el análisis bivariado anterior, no se presentaron padres con un alto nivel de escolaridad y un alto nivel de conocimiento acerca de la epilepsia, no permitiendo corroborar su relación bivariado. Sólo se pudo confirmar la relación existente entre ambas variables mediante la prueba de significación del CHI Cuadrado (X^2). Los resultados de este procedimiento estadístico nos permite concluir que existe relación entre las variables escolaridad y conocimiento acerca de la epilepsia, ya que las diferencias encontradas son significativas (1). Al ver que la tabla indica que para 4 grados de libertad y un nivel de 0,2 señala un valor de 11,668

HIPOTESIS N- 3: "A menor nivel de escolaridad de los padres, menor nivel de ingresos de éstos".

En relación al nivel de escolaridad queda demostrado en el siguiente cuadro, establecida las

(1) El X^2 calculado es de 70.05 mayor que el teórico, siendo igual o mayor las diferencias son significativas y por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula que no existe relación entre las variables escolaridad y conocimientos acerca de la epilepsia.

categorías de alto, regular y bajo nivel de escolaridad, analizadas anteriormente en las páginas 132 - 133.

Respecto, al nivel de ingresos aparece expresado en el siguiente cuadro en las siguientes categorías:

- ~~Bajo~~ Alto nivel de ingresos : Incluye los ingresos que se encuentran en los intervalos de 0 - \$1.500.
- Regular nivel de ingresos : Incluye los ingresos incluidos en los intervalos de \$1.500 a \$ 4.000.
- Alto nivel de ingresos : Incluye los ingresos que se encuentran en los intervalos de \$4.000 y más.

El análisis bivariado en este cuadro relaciona las variables escolaridad e ingresos; sus resultados indican lo siguiente:

Escolaridad	Ingresos Grupo Familiar			
	Alto	Regular	Bajo	Total
Alto	0	1	0	1
Regular	2	3	7	12
Bajo	5	11	35	51
Total	7	15	42	64

- Que de 51 padres que tienen un bajo nivel de escolaridad, 35 de ellos

tienen un bajo nivel de ingresos, 11 de ellos tienen un regular nivel de ingresos y 5 un alto nivel de ingresos.

- Que de 42 padres que tienen un bajo nivel de ingresos, 35 tienen un bajo nivel de escolaridad y 7 padres tienen un regular nivel de escolaridad.

En esta relación no se presentaron padres con un alto nivel de escolaridad, impidiendo corroborar su relación bivariar. Sin embargo mediante la prueba de significación del CHI Cuadrado (X^2) se concluye que existe relación entre las variables escolaridad e ingresos.(1)

HIPOTESIS N- 4: "A mayor deterioro de las relaciones intrafamiliares, menor estimulación de las capacidades del menor".

(1) Al ver que la tabla indica que para 4 grados de libertad y un nivel de 0,2 señala un valor de 14,3. Este X^2 obtenido es mayor que el teórico, siendo igual o mayor, las diferencias son significativas y por tanto, se rechaza la hipótesis nula que dice que no existe relación entre las variables escolaridad e ingresos.

Para la variable relaciones intrafamiliares se utilizaron las categorías de buenas, regulares y malas relaciones intrafamiliares, explicadas con anterioridad (ver página 120)

Para la variable estimulación de las capacidades del menor ocurre lo mismo, es decir, queda indicada mediante las categorías de Alto, regular y bajo nivel de estimulación de las capacidades del menor, anteriormente explicadas (ver página 121-122-123).

Relaciones	<i>Estimulación de las capacidades del menor</i>				
		<i>alta</i>	<i>regular</i>	<i>baja</i>	<i>total</i>
	<i>buena</i>	11	14	3	28
	<i>regular</i>	10	15	2	27
	<i>mala</i>	2	2	1	5
<i>total</i>	23	31	6	60	

El análisis bivariado presentado en este cuadro relaciona las variables relaciones intrafamiliares con estimulación de las capacidades del menor, de lo cual se puede señalar lo siguiente:

- Que de 27 grupos familiares que tienen regulares relaciones intrafamiliares, 10 de ellos manifiestan una alta estimulación, 15 de ellos una regular estimulación y 2 evidencian una baja estimulación

- Que de 5 grupos familiares que manifiestan tener malas relaciones intrafamiliares; 2 de ellos presentan una alta estimulación y 2 una baja estimulación de las capacidades del menor.

Según los resultados anteriormente expuestos, concluimos que entre las variables relaciones intrafamiliares y estimulación de las capacidades existe una correlación directa.

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la prueba de significación del CHI Cuadrado (X^2), se concluye además que existe una relación entre las variables relaciones intrafamiliares y estimulación de las capacidades del menor. (1)

(1) Al ver que la tabla indica que para 4 grados de libertad y un nivel de 0,2 señala un valor de 13,09. Este X^2 es mayor que el teórico, se concluye que las diferencias son significativas y por tanto, se rechaza la hipótesis nula que dice que no existe relación entre las variables relaciones intrafamiliares y estimulación de las capacidades del menor.

VII.- CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION ESPECIFICA

A.- EN CUANTO A LA INVESTIGACION:

1.- La investigación realizada a los grupos familiares sujetos de estudio nos permite concluir que éstos se caracterizan por presentar un bajo nivel de vida, es decir, los padres tienen un bajo nivel de escolaridad; un bajo nivel de especialización técnica y/o profesional, bajo nivel de ingresos del grupo familiar, problemas previsionales, de salud, de vivienda, hacinamiento, promiscuidad, etc.

Por otra parte, se detectó un bajo nivel de conocimiento acerca de la deficiencia mental y epilepsia, regulares relaciones intrafamiliares y la existencia de una regular estimulación de las capacidades del menor en proceso de habilitación. (1)

Podemos pensar que estos factores encontrados, (bajo nivel de vida junto a un bajo nivel de conocimiento acerca del déficit del menor), son aspectos significativos que están incidiendo negativamente en el proceso de habilitación que aplica la Institución.

2.- A su vez, al interior de la Institución, también se identificaron algunos aspectos que estarían condicionando negativamente la consecución de sus objetivos.

(1) En relación a los conceptos de Alto-Regular-Bajo es necesario remitirse a la conceptualización que aparece en pág. 113.

Estos estarían referidos por una parte, a los limitados recursos humanos, materiales y financieros. Es así que en relación a los recursos humanos encontramos que el Gabinete Técnico se encuentra incompleto por cuanto no cuenta con la participación del psicólogo y fonoaudiólogo, lo que nos lleva a pensar que este organismo técnico pedagógico se vería impedido para cumplir con su objetivo, cual es asegurar el óptimo desarrollo del proceso de aprendizaje al interior de la Institución.

En cuanto a los recursos materiales, nos encontramos con que la Institución no cuenta con las condiciones mínimas para el normal desenvolvimiento de las actividades pedagógicas, ya que la estructura del local en su mayor parte, se encuentra deteriorado. Sus salas de clases se encuentran subdivididas por mobiliario escolar, son estrechas, con una deficiente iluminación y ventilación. El patio es reducido. Los baños se encuentran insalubres, etc.

Los recursos financieros son insuficientes para la adquisición de material didáctico y de oficina, entorpeciendo la labor pedagógica especializada y labor administrativa del establecimiento.

Por otra parte, al interior de la Institución, se detectó que los profesionales no informan ni orientan a los padres acerca del tipo de institución de que se trata, que tipo de niños atiende, de los objetivos y tipo de enseñanza, etc.

B.- EN CUANTO AL MARCO DE REFERENCIA

A partir del marco de referencia se formularon tres hipótesis de trabajo ya conocidas (ver página 83), cuyas variables fueron las consideradas en la investigación de la problemática falta de conocimiento acerca del déficit del menor.

El análisis de ellas nos permite concluir que de los factores intervinientes en la falta de conocimiento acerca del déficit del menor, las más significativas la constituyen las variables escolaridad y la variable ingresos.

De estos antecedentes, podemos concluir que la falta de conocimiento acerca del déficit del menor se presenta en grupos familiares que presentan un bajo nivel sociocultural, evidenciados especialmente por el bajo nivel de escolaridad y bajo nivel de ingresos que éstos presentan. Es decir, que el marco de referencia utilizado es válido en la medida que corroborara la problemática abordada en grupos familiares insertos en el contexto de bajo nivel de vida y bajo nivel sociocultural.

C.- EN CUANTO A LOS OBJETIVOS DE INVESTIGACION

En relación a los objetivos de investigación, podemos pensar que se cumplieron en la medida que permitieron:

- Conocer aquellos factores que inciden en la problemática estudiada,

cual es la falta de conocimiento acerca de la deficiencia mental y epilepsia.

- Caracterizar a los grupos familiares e institución, hecho que nos permitió detectar algunos factores que estarían incidiendo negativamente en el proceso de habilitación a que es sometido el menor deficitario.
- Detectar la existencia de deficiencia mental en los padres de los menores en un 8%.
- Conocer problemáticas directamente relacionadas con el bajo nivel de vida y existencia de regulares relaciones intrafamiliares, problemáticas que estarían absorbiendo la atención del grupo familiar en desmedro de la situación deficitaria del menor.

C A P I T U L O I I I

" PROGRAMACION DE LA INTERVENCION PROFESIONAL "

I.- FUNDAMENTOS DE LA ACCION TRANSFORMADORA

A través del proceso de investigación se pudo detectar la existencia de una diversidad de factores, tanto en los grupos familiares como al interior de la Institución, evidenciándose en ellos aspectos aberdable e inaberdables.

Sen factores inaberdables, en relación a los grupos familiares, el bajo nivel de vida en su forma global y las regulares relaciones intrafamiliares; en cuanto a la Institución, sen aspectos inaberdables los limitados recursos humanos y materiales.

Serán factores aberdables los relativos a conocimiento acerca de la deficiencia mental, epilepsia, estimulación de las capacidades del menor y conocimiento acerca de las características generales del establecimiento.

A fin de contribuir a elevar el nivel de eficacia de las Escuelas Especiales, será necesario desarrollar una labor educativa a los grupos familiares. Esta labor, considerada como un proceso de adquisición de conocimientos y renovación de ideas, permitirá al grupo familiar, y en especial a los padres, el desarrollo de sus capacidades, actitudes y conducta general para enfrentar con mayor eficacia el tratamiento del menor deficitario.

Entendida así la labor educativa, los padres podrán asumir con mayor responsabilidad la tarea de apoyo al proceso de habilitación mientras sus hijos permanezcan en el hogar.

Para el ejercicio de esta tarea de apoyo, los padres deben tener pleno conocimiento de la problemática del menor como también del proceso de habilitación que aplica la institución. De lo contrario, los padres realizarían esta tarea de apoyo de manera deficiente, comprometiendo al menor deficitario en su desarrollo, provecando de sajustes en él; por último la formación de los hijos no estaría de acuerdo con lo que los padres esperan de ellos, arriesgando de este modo la vida futura del menor deficitario, dificultándole o no permitiéndole su incorporación a la vida social.

El Ministerio de Educación propicia este tipo de labor educativa y por este motivo es que se han creado las Escuelas de Padres como organismos de integración y capacitación sistemática con el objeto de mejorar la calidad de la participación de los padres en la formación de sus hijos.

Para lograr dicho objetivo, las Escuelas de Padres, desde su creación (1974) han desarrollado en los diferentes niveles de enseñanza (parvularia, básica y media) diversos programas educativos relativos a las problemas del escolar y del adolescente; información y orientación de los roles que debe asumir cada integrante del grupo familiar, etc. En definitiva temáticas orientadas a contribuir al proceso de formación y aprendizaje de los alumnos. Según lo planteado por especialistas en lo relativo al funcionamiento de la Escuela de Padres, las temáticas a desarrollar deben adaptarse a cada realidad insti

tucional. (1)

En las Escuelas de Educación Especial, la Escuela de Padres constituiría una forma adecuada para informarlos y orientarlos respecto de las problemáticas específicas de estos menores deficitarios, por cuanto se necesita de una mayor participación de ellos para cumplir el objetivo de habilitación de estas instituciones.

Habría entonces una mayor participación conciente de los padres en dicho proceso, si éstos conocieran las problemáticas específicas de los menores, adoptando así conductas adecuadas tales como el apoyo y colaboración a la enseñanza del menor.

Es así, como en un Seminario de Título realizado en una Escuela de Educación Especial, se ejecutó un Proyecto de Capacitación dirigido a la Escuela de Padres y se concluyó que mediante este organismo era factible el desarrollo de temáticas educativas, previamente planificadas en aquellos padres cuyos menores presentan déficit.(2)

Dicho Programa logró elevar el nivel de conocimientos y consecuentemente mejorar el nivel de aceptación del menor y como experiencia de trabajo social profesional, constituye un fundamento a la acción tecnológica que desarrollaron las autoras de este Seminario.

(1) MERCADO N., MARIO. Profesor encargado Escuela de Padres. Secretaría Regional de Educación. 1979.

(2) JAMETT S., Claudia y otros. "Contribución de Servicio Social a la Habilitación y Rehabilitación del menor deficiente mental educable en la Escuela de Educación Especial N-42 de Valparaíso. Seminario Título. Asistente Social. 1978.

II.- FORMULACION DE HIPOTESIS

1.- HIPOTESIS TECNOLOGICA

"Para elevar el nivel de eficacia del proceso de habilitación que aplican las Escuelas de Educación Especial, es necesario elevar el nivel de conocimientos de los padres, acerca de la problemática del menor deficitario".

2.- HIPOTESIS DE TRABAJO

"La Escuela de Padres constituye un medio eficaz para la entrega de contenidos educativos y contribuir a elevar el nivel de conocimiento de los padres acerca de la deficiencia mental, epilepsia y estimulación de las capacidades del menor en proceso de habilitación".

III.- OBJETIVOS

1.- OBJETIVO GENERAL

"Contribuir a mejorar el nivel de eficacia del proceso de habilitación que aplica la Institución".

2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a.- Mejorar el nivel de conocimiento en los padres y grupos familiares acerca de la deficiencia mental.
- b.- Mejorar el nivel de conocimiento de los padres y grupo familiar acerca de la estimulación de las capacidades del menor en proceso de habilitación.
- c.- Mejorar el nivel de conocimiento en los padres y grupo familiar acerca de la epilepsia.
- d.- Informar a los padres y grupos familiares acerca

de los objetivos y características generales que asume la institución, como Escuela de Educación Especial.

- e.- Promover la participación de los padres en los proyectos de capacitación.

IV.- DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

El presente programa cuenta para su implementación con el respaldo legal y administrativo de la Dirección y Gabinete Técnico de la institución.

Para los efectos de apoyo metodológico se cuenta con el respaldo de la Carrera de Servicio Social de la Universidad de Chile, a través de su Supervisor Decente.

V.- CARACTERISTICAS GENERALES DEL PROGRAMA:

El programa educativo consta de dos proyectos de capacitación, de los cuales uno de ellos está dirigido a los subcentros de Padres. Dado que una de las formas de expresión de la Escuela de Padres, de acuerdo a lo emanado del Ministerio de Educación, lo constituye el trabajo realizado con grupos de Padres en unidades denominadas Subcentros de cursos. Con ello se pretende contribuir a precisar en forma racional criterios para la ejecución de proyectos educativos tendientes a capacitar a los padres respecto de temáticas que digan relación con el proceso de aprendizaje del menor. Por tanto, este proyecto de capacitación está dirigido a subcentros de Padres de los cursos

que funcionan durante la jornada de la mañana.

Forma parte de este Programa educativo además, un proyecto de capacitación dirigido a los grupos familiares de los menores asistentes en la jornada de la tarde. Mediante este proyecto se desarrollarán contenidos educativos que digan relación con la problemática específica del menor; es decir, se tratarán contenidos de deficiencia mental, epilepsia y proceso de habilitación de menor deficitario que aplica la escuela de Educación Especial. Se desarrollará este tipo de labor educativa con el fin de que los integrantes del grupo familiar del menor deficitario conozcan la problemática individual y real de cada menor. Este proyecto estará orientado a los integrantes del grupo familiar por cuanto a través de ellos el menor deficitario establece relaciones; y según sean éstas, y la conducta asumida por los integrantes del grupo familiar, será la adaptación del menor deficitario a la vida social.

Ambos proyectos de capacitación cuentan con las etapas de Organización, Ejecución y Evaluación, las cuales se desarrollarán de acuerdo a las características propias de cada Proyecto.

PROGRAMA
EDUCATIVO

- 1.- Proyecto de capacitación dirigido a los Subcentros de Padres a cargo de dos alumnos seminaristas.
- 2.- Proyecto de capacitación dirigido a los grupos familiares de los alumnos, a cargo de dos alumnas seminaristas.

VI.- ACTIVIDADES GENERALES

A continuación se presentan las etapas y acciones generales del Programa. Estas etapas en cada Proyecto asumen una modalidad específica.

ETAPA N- 1: ORGANIZACION DEL TRABAJO

En esta etapa se realizará una reunión del equipo de trabajo de los alumnos seminaristas, a fin de delegar funciones y responsabilidades para cada integrante del equipo de trabajo para poner en marcha ambos proyectos.

ETAPA N- 2: MOTIVACION PARA LA ACCION

Es la etapa previa a la entrega de contenidos educativos, destinada a incentivar la participación de los padres y/o grupo familiar en el programa. Cada proyecto utilizará técnicas específicas que serán dadas a conocer con posterioridad a cada proyecto.

ETAPA N- 3: EDUCACION SISTEMATICA

Etapa que se caracteriza por la puesta en marcha de los contenidos educativos, tendientes a modificar aquellas variables que serán abordadas en el presente Programa.

Esta etapa consta de tres Unidades Temáticas, las que a continuación se señalan:

ETAPA EDUCACION SISTEMATICA

<u>UNIDAD</u>	<u>NOMBRE</u>	<u>CONTENIDOS</u>
I	GENERALIDADES ACERCA DE LA DEFICIENCIA MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> - CONCEPTO DE DEFICIENCIA MENTAL - CAUSAS DE LA DEFICIENCIA MENTAL - CARACTERISTICAS DEL MENOR DEFICIENTE MENTAL - TRATAMIENTO - FORMAS PREVENTIVAS DE LA DEFICIENCIA MENTAL
II	GENERALIDADES ACERCA DE LA EPILEPSIA	<ul style="list-style-type: none"> - CONCEPTO DE EPILEPSIA - CAUSAS DE LA EPILEPSIA - CARACTERISTICAS DE UN MENOR EPILEPTICO - SINTOMAS DE LAS CRISIS EPILEPTICAS - FORMAS PREVENTIVAS DE LA EPILEPSIA
III	EL PROCESO DE HABILITACION DEL MENOR DEFICIENTE MENTAL EDUCABLE.	<ul style="list-style-type: none"> - ESTIMULACION DE LAS CAPACIDADES - capacidades que la institución pretende desarrollar en los menores - papel que le corresponde a los padres frente a cada una de estas capacidades. - CARACTERISTICAS DEL ESTABLECIMIENTO - objetivo - diferencias entre una Escuela de Educación Especial y una Escuela Básica Común.

ETAPA N- 4: EVALUACION

Se realizarán diversas acciones de acuerdo a cada proyecto en particular, con la finalidad de medir el grado de conocimiento de los padres y grupo familiar, después de finalizar el programa educativo.

VII.- TIEMPO GENERAL

La duración del Programa se extiende desde el 9 de Abril al 30 de Junio de 1979.

VIII.- PROYECTO N-1

PROYECTO DE CAPACITACION DIRIGIDO A LOS SUBCENTRO DE PADRES:

1.- CARACTERISTICAS GENERALES DEL PROYECTO

El proyecto de capacitación se desarrollará mediante el trabajo con grupos de padres, vale decir, con un total de ocho Subcentros de los cursos que asisten durante la jornada de la mañana en la Institución.

Para desarrollar la labor educativa, se realizarán reuniones con cada Subcentro de Padres con la aplicación de las técnicas que permitan la participación de los padres asistentes a las reuniones programadas por cada Subcentro.

Los contenidos educativos se encuentran estructurados en tres Unidades Temáticas; cada una de ellas se compone de contenidos específicos que se desarrollarán mediante preguntas y respuestas dirigidas a los padres y que al término de la discusión de ellas, se dará a conocer la respuesta correcta a la pregunta. Los contenidos educativos se encuentran expresados en un lenguaje simple, de fácil comprensión, adecuado a los padres que se caracterizan por un bajo nivel de escolaridad.

La duración de cada Unidad Temática de entrega de contenidos tendrá como mínimo 60 minutos y como máximo 90 minutos.

Este proyecto estará a cargo de dos alumnos.

2.- ETAPAS Y ACCIONES:

Para el desarrollo del proyecto se llevarán a cabo las siguientes etapas y acciones, las que aparecen señaladas en el Cuadro siguiente:

CUADRO ESQUEMATICO DE LAS ETAPAS Y ACCIONES DEL PROYECTO DE CAPACITACION .

ETAPAS	ACCIONES	OBJETIVOS	TECNICAS	TIEMPO
ORGANIZACION	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar reunión con equipo con equipo encargado del proyecto. - Realizar reunión con cuerpo de profesores a cargo de los Subcentros de curso. - Realizar entrevistas con con cada profesor a cargo del Subcentro de curso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Delegar funciones y responsabilidades acerca del proyecto. - Informar acerca de las características del proyecto. - Confeccionar calendario de reuniones de Subcentros de curso. 	<ul style="list-style-type: none"> Reunión del equipo Reunión Informativa Entrevistas de coor- 	<ul style="list-style-type: none"> - - -
MOTIVACION PARA LA ACCION.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar reunión con cada Subcentro de curso. - Realizar visitas domiciliarias a aquellos padres inasistentes a la reunión de Subcentros de Padres. 	<ul style="list-style-type: none"> -Incentivar a los padres a participar en el proyecto. " 	<ul style="list-style-type: none"> Reunión Informativa Entrevistas Informativas. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 sesión
EDUCACION SISTEMATICA	<ul style="list-style-type: none"> - Unidad Temática "Generalidades acerca de la Deficiencia Mental" - Unidad Temática "Generalidades acerca de la Epilepsia". - Unidad Temática "El proceso de habilitación del menor defi- 	<ul style="list-style-type: none"> - Entregar contenidos educativos referidos a la Unidad Temática. - Entregar contenidos educativos referidos a la Unidad Temática. - Entregar contenidos educativos referidos a la Unidad Temática. - Finalizar entrega de contenidos educativos 	<ul style="list-style-type: none"> Reunión formativa. Charla Rotafolio Apuntes. Reunión formativa Charla Rotafolio. Apuntes. Reunión formativa. Grupo de Discusión Rotafolio Proyección de diapositivas. Apuntes. Certificados de asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 sesión 1 sesión 2 sesiones
EVALUACION	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar cuestionario a los padres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medir situación final del colectivo de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista domiciliarias. Entrevistas en oficina de Servicio Social. 	

3.- TECNICAS DE TRABAJO SOCIAL

Para desarrollar las etapas y acciones antes expuestas, se utilizarán las siguientes técnicas:

- ENTREVISTAS:

Entrevistas de información dirigidas a los padres y apoderados, con el fin de entregar antecedentes relativos a las características del proyecto.

- REUNIONES GRUPALES:

Reuniones grupales de información; se desarrollarán con el objetivo de informar a los padres de las características del proyecto, señalando además la importancia que adquiere la participación de los padres en el desarrollo del mismo.

Reuniones grupales de información; dirigidas a los profesores a cargo de cada curso, ^{directiva} asesoradas por la Dirección y Jefe de Gabinete Técnico, con el fin de informarles acerca de las características del proyecto.

Reuniones grupales formativas; mediante el desarrollo de éstas se entregarán los contenidos a los padres. Durante el desarrollo de las mismas se utilizarán técnicas tales como: charlas, discusión de grupo, etc.

- CHARLAS:

Charlas desarrolladas por los alumnos; dirigidas a los padres con el fin de exponer de

mediante preguntas y respuestas dirigidas a los padres asistentes, permitiendo de esta manera la participación de éstos.

- DISCUSION DE GRUPO:

Se utilizará con el fin de promover la participación de los padres asistentes. El coordinador será uno de los alumnos, quién presentará los temas de discusión mediante preguntas específicas dirigidas a los asistentes, quienes deberán discutir la posible respuesta. El coordinador hará una breve síntesis de lo discutido y expondrá las respuestas correctas.

- CIRCULARES:

Dirigidas a los padres con el fin de informarles acerca del proyecto, como también invitarles a participar en las reuniones, mediante la realización de citaciones por escrito.

- APUNTES:

Dirigidos a los padres y profesores con el fin de que conozcan los contenidos educativos tratados en las reuniones formativas realizadas.

- ROTAFOLIO:

Será utilizado en cada sesión realizada. Comprenderá una lámina con preguntas y respuestas.

La pregunta aparecerá escrita y la respuesta estará demostrada con láminas a color.

- DIAPOSITIVAS:

Serán utilizadas con el fin de enriquecer los contenidos educativos a tratar.

- CERTIFICADOS DE ASISTENCIA:

Dirigidos a los padres que obtengan un 100% de asistencia a las Unidades Temáticas realizadas.

4.- RECURSOS:

- HUMANOS

Directora

Jefe de Gabinete Técnico

Asistente Social

8 Profesores de Educación Especial

1 Docente Supervisor

Experto en Deficiencia Mental y Epilepsia

Padres de los Menores

2 Alumnos integrantes del equipo de Seminario

- MATERIALES

Oficina de Servicio Social

Salas (bancos y sillas)

Material de oficina (máquina de escribir, hojas de oficio, papel calco, stencil, tinta de mimeógrafo, berranderes, corchetes, lápices, etc.)

Material didáctico (Pliego de cartulina, revistas en deshuse, plumones, goma de pegar, lápices de colores, proyectora, diapositivas, retafolio, certificados de asistencia, etc.)

- INSTITUCIONALES:

Escuela de Educación Especial FN 257 de Valparaíso

Secretaría Nacional de la Mujer
Escuela de Servicio Social de la Universidad de Chile,
Sede Valparaíso.

- FINANCIEROS:

El financiamiento del proyecto estará a cargo de los alumnos encargados del proyecto.

5.- TIEMPO

El tiempo total de ejecución del proyecto será de 12 semanas, a contar del 9 de Abril al 30 de Junio de 1979.

6.- MECANISMOS DE EVALUACION

Para la evaluación del proyecto se utilizarán los siguientes mecanismos:

- Análisis comparativo de la situación inicial en relación a la calidad de las variables sujetas a control.
- Registro de intervenciones y actividades programadas.
- Análisis de las pautas de observación de las reuniones realizadas.
- Reuniones periódicas de control
- Reuniones de supervisión
- Reunión de evaluación general.

IX.- PROYECTO N-2:

PROYECTO DE CAPACITACION DIRIGIDO A LOS GRUPOS FAMILIARES:

1.- CARACTERISTICAS GENERALES DEL PROYECTO

El presente proyecto estará dirigido a los grupos familiares de los menores deficitarios de los cursos que funcionan en la jornada de la tarde.

En este proyecto se desarrollará una labor educativa, pero a diferencia del proyecto anterior, será a nivel individual; es decir, se capacitará al grupo familiar de los alumnos que asisten durante la jornada de la tarde a dicho establecimiento educacional.

Previa a esta labor educativa, las alumnas a cargo de este proyecto realizarán un estudio de los datos familiares y personales del menor mediante la consulta de sus antecedentes médicos, psicológicos y sociales afines a su desarrollo escolar, además de contactos personales con los padres y/o familiares de los menores.

Con este estudio los contenidos a entregar serán adecuados a la realidad y características propias y particulares del menor, mediante el uso de técnicas y procedimientos especializados propios de la metodología de trabajo social individual.

Por cada grupo familiar se efectuarán dos visitas domiciliarias, en las cuales se entregarán

cese de habilitación del menor deficiente mental educable". En los casos en que el menor, además de deficiencia mental presenta epilepsia, se hará entrega de la Unidad Temática "Generalidades acerca de la Epilepsia".

El sistema de trabajo será fundamentalmente de enseñanza programadas, mediante preguntas a las cuales corresponde una respuesta tipe; la participación de los miembros del grupo familiar se logrará a través del sistema de preguntas y respuestas. Estos deberán discutir las posibles respuestas a la pregunta efectuada. Posteriormente se entregará la respuesta correcta.

Para efectos del desarrollo de cada Unidad Temática se hará una sesión en el hogar, utilizando técnicas específicas de caso, con una duración mínima de 60 minutos y una duración máxima de 90 minutos.

2.- ETAPAS Y ACCIONES:

Las etapas y acciones del proyecto, aparecen señaladas en el siguiente cuadro:

<u>ETAPAS</u>	<u>OBJETIVOS</u>	<u>TECNICAS</u>
ORGANIZACION	<ul style="list-style-type: none"> - estructurar formas de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> - reunión equipo de trabajo - entrevistas con los profesores a cargo de cada curso.
MOTIVACION	<ul style="list-style-type: none"> - lograr despertar el interés de los integrantes del grupo familiar, en participar. 	<ul style="list-style-type: none"> - reunión de padres y apoderados - entrevistas en el hogar circulares
EDUCACION SISTEMATICA	<ul style="list-style-type: none"> - entregar los contenidos educativos referidos a las Unidades Temáticas. 	<ul style="list-style-type: none"> - entrevistas - discusión de pequeños grupos - diálogo dirigido observación estructurada - afiches - apuntes
EVALUACION	<ul style="list-style-type: none"> - medir en los sujetos la situación final. 	<ul style="list-style-type: none"> - test de medición

3.- TECNICAS DE TRABAJO SOCIAL

- ENTREVISTAS:

Entrevistas de información dirigidas a los padres y profesores, con el fin de entregar antecedentes relacionados con las características del proyecto, y con la finalidad de incentivar la participación de los sujetos. Se realizarán tanto en el hogar como en la oficina de Servicio Social de la Institución.

- DIALOGO DIRIGIDO:

Esta técnica se utilizará en los grupos familiares de un reducido número de integrantes para motivarlos a participar en las temáticas tratadas.

Para esto se harán preguntas a cada miembro del grupo familiar; frente a las posibles respuestas entregadas por ellos se hará una síntesis breve, estableciendo la respuesta correcta a la pregunta planteada.

- DISCUSION DE PEQUEÑO GRUPO:

Esta técnica será utilizada en aquellos grupos familiares en que participen dos o más miembros del grupo familiar con la finalidad de permitirles una mayor participación, a través de la emisión de ideas, opiniones y consultas que tengan directa relación con los intereses del grupo familiar.

- AFICHES:

Esta técnica será considerada como complemento a la labor educativa, con la finalidad de lograr clarificar y facilitar la comprensión de los

contenidos entregados a los grupos familiares.

- CIRCULARES:

Esta técnica se utilizará con la finalidad de recordar a los padres, con 2 ó 3 días de anticipación, la realización de la entrega de contenidos correspondientes.

- APUNTES:

A través de esta técnica se hará entrega a los grupos familiares, de un resumen de los contenidos educativos entregados, correspondientes a cada Unidad Temática.

4.- RECURSOS

- HUMANOS

Directora del establecimiento

Jefe de Gabinete Técnico

Asistente Social

Profesores jornada de la tarde

Supervisor Decente

Alumnas Servicio Social

- MATERIALES

Sala de Seminario

Oficina de Servicio Social Escuela Especial FN 257

Máquina de escribir

Materiales de oficina

- INSTITUCIONALES

Escuela de Educación Especial FN 257

Carrera de Servicio Social Universidad de Chile

Secretaría Nacional de la Mujer

CAPITULO IV

" EJECUCION DEL PROGRAMA "

1.- ORGANIZACION Y DESARROLLO DEL PROGRAMA

1.1.- ETAPA DE ORGANIZACION DEL PROGRAMA:

La aplicación del presente programa tuvo por objetivo general "Contribuir a mejorar el nivel de eficacia del proceso de habilitación que aplica la institución", mediante la aplicación de dos proyectos de capacitación.

Previo a la implementación de estos proyectos de capacitación, se hizo necesario que el equipo de trabajo constituido por los alumnos seminaristas aplicaran un cuestionario a objeto de medir el grado de conocimiento acerca de la deficiencia mental, epilepsia y estimulación de las capacidades del menor en proceso de habilitación, en aquellos padres que inicialmente no fueren considerados en la investigación, debido a que los menores no aparecían en el registro de matrícula, en el mes de Diciembre de 1978.

Enseguida, el equipo de trabajo realizó una reunión a fin de delegar funciones y responsabilidades acerca de los proyectos.

Respecto a este objetivo se estructuró la siguiente modalidad de trabajo:

PROYECTO DE
CAPACITACION
DIRIGIDO A LOS
SUBCENTROS DE
PADRES

CURSO 4 Superier
CURSO 4 Inferier
CURSO 5 Superier
Multitaller femenino.
Cuatro SubCentros de Padres, a cargo
de la alumna Yesmina Guerra S.
CURSO 2
CURSO 3
CURSO 7 Superier
CURSO 8
Cuatro SubCentros de Padres, a cargo
del alumno Ricardo Gómez M.

PROYECTO DE
CAPACITACION
DIRIGIDO A LOS
GRUPOS FAMILIA
RES

CURSO 4 Medio
CURSO 5 Inferier
CURSO 6 Inferier
CURSO 7 Inferier
Multitaller masculino, a cargo de las
alumnas:
Patricia Catalán D.
Aída Certés G.

Además, en esta reunión de equipo de trabajo, se acuerda realizar acciones de coordinación con diversos organismos y/o profesionales, a fin de recopilar material audiovisual, didáctico, bibliográfico y obtener información referida a experiencias de profesionales y/o especialistas en funciones de divulgación e difusión,

capacitación de individuos respecto de las temáticas deficiencia mental y epilepsia.

Es así que con posterioridad a la reunión, se realizaron diversas entrevistas de coordinación con los siguientes organismos e instituciones: Sector Escolar, Secretaría Regional de Educación, Centro de Diagnóstico N- 5 de Viña del Mar, Corporación de Ayuda al Niño Limitada de la V Región, Departamento de Higiene Ambiental dependiente del Hospital Carlos Van Buren del Servicio Nacional de Salud, Departamento de Adiestramiento del Área de Medicina Oriente, Universidad Católica de Chile, etc.

Durante la etapa de Ejecución del Programa se produjo el retiro de uno de los integrantes del equipo de trabajo, hecho que condujo a una reestructuración del Programa. Por esta razón se adoptó la siguiente modalidad de trabajo:

PROYECTO DE
CAPACITACION
DIRIGIDO A LOS
SUBCENTROS DE
PADRES

CURSO	2	
CURSO	3	
CURSO	4	INFERIOR
CURSO	4	SUPERIOR
CURSO	5	SUPERIOR
MULTITALLER FEMENINO, a cargo de la alumna Yesmina Guerra S.		

PROYECTO DE
CAPACITACION
DIRIGIDO A LOS
GRUPOS FAMILIARES

CURSO 4 MEDIO
CURSO 5 INFERIOR
CURSO 6
CURSO 7 INFERIOR
CURSO 8 SUPERIOR
MULTITALLER MASCULINO, a cargo de las
alumnas Patricia Catalán D.
Aída Certés G.

Las etapas de Ejecución y Evaluación del programa se expondrán de acuerdo a cada proyecto en particular.

2.- PROYECTO N- 1

PROYECTO DE CAPACITACION DIRIGIDO A LOS SUBCENTROS DE PADRES:

La aplicación del presente proyecto estuvo dirigida a un total de ocho Subcentros de Padres de la Jornada de la mañana, abarcando a un total de 96 padres. Este constó de las siguientes etapas:

2.1.- ETAPA DE ORGANIZACION

OBJETIVO: 1.- Delegar funciones y responsabilidades del equipo de trabajo, respecto del proyecto.

2.- Informar al cuerpo de profeseres, a cargo de los ocho Subcentros de Padres acerca del proyecto.

En relación al primer objetivo, se

llevé a cabo una reunión con el equipo de trabajo, integrado por los dos alumnos a cargo del proyecto, adoptando la modalidad de trabajo anteriormente expuesta en la etapa de organización del programa.

En cuanto al segundo objetivo, se realizó una reunión informativa dirigida a Directora, Asistente Social, Jefe de Gabinete Técnico y Cuerpo de profesores de la jornada de la mañana de la Institución.

En esta reunión participaron Directora, Asistente Social, siete Profesores a cargo de cada Subcentro de curso (una profesora no concurrió por encontrarse con Licencia Médica), y los dos alumnos a cargo del proyecto.

En la reunión se informé de las características generales del proyecto, vale decir, se señalaron las unidades temáticas con sus respectivos contenidos, número total de reuniones que se requerían, duración de cada reunión, objetivos del proyecto, etc. De parte de los asistentes, frente a esta información hubo aceptación hacia el proyecto, manifestando su plena colaboración en el desarrollo del mismo.

Durante el desarrollo de la reunión se acuerda realizar las reuniones en conjunto con cada profesor a cargo del Subcentro de curso, en forma quincenal e iniciándolas a las 17.00hrs. Por sugerencia del Cuerpo de Profesores se determina no realizar reuniones los días miércoles, debido que durante estos días hay padres que trabajan en la Feria libre de la Avenida Argentina.

OTRAS GESTIONES:

- 1.- Se realizaron diversas entrevistas de coordinación con cada profesor a cargo de cada Subcentro de curso, para confeccionar calendario de reuniones. Se confecciona calendario y se informa de éste a Asistente Social y Jefe de Gabinete Técnico de la Institución.
- 2.- Se confeccionan y se envían circulares a los padres, a fin de citarlos a reuniones de Subcentros de Padres.

2.2.- ETAPA DE MOTIVACION

OBJETIVO: Incentivar a los Padres para que participen en el desarrollo del proyecto.

Se realizaron un total de 8 reuniones de subcentros de Padres, correspondientes al total de cursos que incluía el Proyecto.

Estas reuniones asumieron un carácter informativo, ya que se expusieron los contenidos con sus respectivas Unidades Temáticas, el total de reuniones a realizar, su duración y horario en que se realizarían, etc. También se destacó la importancia que asumía la participación de los padres en dicho proyecto, en el tratamiento educativo del menor.

En relación a lo expuesto, los padres asistentes demostraron interés e inquietud respecto de las temáticas a tratar, los cuales se comprometieron a asistir al desarrollo de las reuniones.

Las reuniones de motivación desarrolladas contaron con la asistencia de los profesores a cargo de cada Subcentro de padres. En cuanto a los

padres, la asistencia de éstos fue regular, ya que asistieron 50 padres de un total de 96.

OTRAS GESTIONES

1.- Se realizaron diversas entrevistas en los hogares y Oficina de Servicio Social de la Institución con aquellos padres inasistentes a las reuniones de motivación realizadas.

Durante el desarrollo de estas entrevistas 14 padres manifestaron verse impedidos de participar en el proyecto debido a las siguientes razones:

- 8 padres manifestaron tener problemas de horario, propios de su actividad laboral.
- 3 padres por tener responsabilidades y obligaciones domésticas.
- 1 padre por problemas de salud.
- 2 padres por problemas de índole económica que les impedía movilizarse.

2.- Se confeccionan apuntes referidos a la Unidad "temática "Generalidades acerca de la Deficiencia Mental", mediante un sistema de preguntas y respuestas. Los contenidos fueron sistematizados y redactados por la alumna a cargo del proyecto, previa consulta a fuentes documentales y a especialistas.

3.- Se confecciona Metafolio correspondiente a la Unidad "temática "Generalidades acerca de la Deficiencia Mental". Para su confección se utilizó carátula, plumenes y láminas de celer en deshuse. Cada lámina consté de una pregunta y respuesta tipe.

4.- Se confeccionan y envían circulares dirigidas a los padres a fin de citarlos a reunión de Subcentro de padres. En esta acción, los profesores prestaren una colaboración directa.

2.3.- ETAPA DE EDUCACION SISTEMATICA:

OBJETIVO: Entregar contenidos educativos referidos a las unidades temáticas.

Para lograr dicho objetivo, se desarrollaron un total de 26 reuniones de Subcentro de padres, a través de las cuales se entregaron los contenidos educativos referidos a deficiencia mental, epilepsia, estimulación de las capacidades del menor deficitario, objetivos y características generales que asume la institución como Escuela de Educación Especial.

Durante el desarrollo de estos contenidos educativos se aplicó una pauta de observación a objeto de medir: participación, permanencia y asistencia de los padres. (Ver anexo N- 5)

A continuación se señalan las Unidades Temáticas

Primera unidad temática:

OBJETIVO: Entregar contenidos educativos referidos a la unidad temática "Generalidades acerca de la Deficiencia Mental".

Esta unidad temática estuvo referida específicamente a entregar contenidos como causas que provo

can deficiencia mental, características y tratamiento de un menor deficiente mental educable y formas preventivas de la deficiencia mental.

Se realizaron un total de 5 reuniones de Subcentro de padres, las cuales en general se iniciaron a las 18.45hrs. con un atraso de 45 minutos en espera de un mayor número de padres asistentes.

Al inicio del desarrollo de cada Unidad Temática, se hizo entrega a cada padre asistente de un apunte con los contenidos específicos a tratar. La Unidad Temática se fue exponiendo mediante la realización de preguntas dirigidas en forma individual a los padres, las cuales eran respondidas por iniciativa propia o bien recurrían al apunte entregado al inicio de la sesión. Frente a las respuestas y consultas provenientes de los padres, se realizaba una breve síntesis de ellas, llegando a establecer las ideas correctas con la ayuda de un rotafolio.

Durante el desarrollo de estas sesiones, asistieron cuatro profesores a cargo de los Subcentros. En cuanto a los padres, la asistencia fue baja, debido a que asistieron 25 padres de un total de 67. (1)

(1) Categorías de asistencia:

Baja : hay una asistencia que oscila entre el 15% y el 35% del Colectivo de padres.

Satisfactorias: hay una asistencia que oscila entre el 35% al 65%.

Alta : hay una asistencia que oscila entre el 65% al 100%.

La participación entendida como la verbalización de ideas durante el desarrollo de la sesión, observadas mediante la aplicación de una pauta de observación, en 12 padres fue alta, dado que aportaron ideas o bien realizaban preguntas relativas al tema; en 7 padres fue satisfactoria por cuanto sólo se remitían a contestar haciendo uso de monosílabos o repetían una misma respuesta entregada por otros padres asistentes:, y en 6 padres la participación fue baja debido a que se remitieron sólo a escuchar o bien permanecieron distraídos. (1)

En cuanto a la puntualidad de los padres asistentes, fue positiva en 22 padres y en 5 fue negativa debido a que se presentaron cuando ya se había iniciado la sesión. (2).

(1) Categorías de Participación:

Alta : el sujeto escucha y expresa opiniones durante el desarrollo de la U. T. Escucha y hace consultas durante el desarrollo de la U. T.

Satisfactoria: Escucha y responde la misma idea que otros padres. Escucha y responde a través de monosílabos.

Baja : Solo escucha. Permanece distraído.

(2) Categorías de Puntualidad:

Positiva : sujeto llega a la hora.

Negativa : sujeto llega una vez iniciada la Unidad Temática.

La permanencia de los padres durante el desarrollo de la sesión fue positiva en 22 padres y en 3 padres fue negativa debido a que se retiraron antes de finalizar la entrega de los contenidos. (1)

Estas sesiones tuvieron una duración general de 60 minutos.

OTRAS GESTIONES

1.- Durante el desarrollo de esta Unidad Temática ocurrieron diversos hechos propios de un traslado de local que la institución debía realizar en una fecha muy próxima. Uno de estos hechos lo constituyó la falta de energía eléctrica que impidió el desarrollo de las sesiones durante el horario establecido. (17.00 a 19.00hrs.). Frente a esta situación se realizaron entrevistas de coordinación con los profesores, en las cuales se acuerda iniciar las sesiones a las 15.30hrs. para aprovechar de este modo la luz natural. Sin embargo, durante este horario no había sala disponible; frente a esto se determinó habilitar la Oficina de Servicio Social de la institución, subdividida por un panel de la Oficina de la Dirección, el cual fue posteriormente sacado, no permitiendo contar con las condiciones mínimas para desarrollar reuniones de subcentros de padres.

(1) Categorías de Permanencia:

Positiva: sujeto permanece durante todo el desarrollo de la Unidad Temática.

Negativa: Sujeto se retira antes de finalizar Unidad Temática.

Frente a esta serie de hechos ocasionados, se acordó con la Dirección del Establecimiento suspender las sesiones por un lapso de 15 días.

2.- Durante este lapso se colabora en el traslado del Local, realizando diversas gestiones tales como: compra de material de construcción, embalaje y traslado de materiales, confección de Solicitudes a instituciones particulares (Comercio en general), envío de agradecimientos a instituciones colaboradoras, etc.

3.- Una vez que el establecimiento comenzó a funcionar en su nuevo Local, ubicado en el 2- Pasaje de Avenida Francia s/n, se reestructura calendario de actividades.

De las tres reuniones de Subcentros de padres que quedaron pendientes, se excluyeron a dos de ellos, debido a la reestructuración del programa señalado en la etapa de Organización.

4.- Por consiguiente se enviaron Circulares a aquellos padres del subcentro del Curso 2, a fin de citarlos a reunión para proceder a entregar los contenidos educativos referidos a la primera Unidad Temática.

5.- Reunión de Subcentro de padres correspondiente al Curso 2. A esta reunión concurrieron además de los padres, el profesor a cargo del curso y alumna a cargo del proyecto. La asistencia de los padres en ésta fue satisfactoria, por cuanto se hicieron presente 5 padres de un total de 9. (1)

(1) Remitirse al pie de la Página N-174.

La participación según pauta aplicada durante el desarrollo de la Unidad Temática fue alta en 3 padres, ya que planteaba interrogantes respecto del tema, y en dos padres la participación fue baja, ya que sólo se remitieron a escuchar los contenidos expuestos. Los contenidos se fueron desarrollando de la misma forma que la primera sesión ya expuesta.(1)

6.- Debido al bajo nivel de asistencia de los padres producido en el desarrollo de la primera Unidad Temática (30 padres de un total de 76), se determinó realizar una reunión extraordinaria, dirigida a aquellos padres inasistentes a la primera Unidad Temática realizada.

7.- Se confeccionan y envían citaciones a los padres inasistentes a fin de que ocurran en esta oportunidad, a la entrega de contenidos correspondiente a la Primera Unidad Temática. Durante esta actividad, se detecta que ¹¹ los padres ya no se encuentran adscritos al proyecto por las siguientes razones:

- 8 menores fueron ubicados en otros cursos.
- 2 menores se encuentran internos en Hogar de Menores
- 1 menor retirado por problemas de salud.

Por tanto, el colectivo desde esta etapa se encuentra constituido por 63 padres.

(1) Remitirse al pie de la página N- 175.

8.- Reunión extraordinaria dirigida a los padres inasistentes: ^{de la} A cada reunión concurren 9 padres de un total de 33 padres inasistentes. En esta reunión se desarrolló la Primera Unidad Temática, adoptando la misma modalidad de exposición de los contenidos señalada anteriormente.

La participación de los padres fue alta en 5 padres, suficiente en tres y baja en un padre. (1)

9.- Se realizó una reunión con la participación de Asistente Social y Jefe de Gabinete Técnico de la Institución con la finalidad de informarles acerca de las modalidades que iban adquiriendo las acciones emprendidas en el proyecto. Ocasión en que se realizaron invitaciones a ambas profesionales a fin de que participaran en las reuniones de Subcentros de Padres.

10.- Se confeccionan apuntes referidos a la unidad Temática Generalidades acerca de la epilepsia, mediante un sistema de preguntas y respuestas tipo, para ser entregados a los padres durante el inicio de la unidad temática correspondiente.

11.- Se confecciona rotafolio, adoptando la misma estructura que la Unidad Temática anterior.

Se confeccionan y envían 13 citaciones dirigidas al total de padres cuyos hijos deficientes mentales presentan epilepsia.

(1) Remitirse al pie de la página N- 175.

SEGUNDA UNIDAD TEMÁTICA:

OBJETIVO: Entregar contenidos educativos referidos a la Unidad Temática "Generalidades acerca de la Epilepsia".

Esta Unidad Temática estuvo dirigida al total de padres cuyos hijos deficientes mentales padecen epilepsia. En ella se desarrollaron contenidos educativos referidos a: causas de epilepsia, síntomas de las crisis epilépticas, tratamiento de un menor epiléptico, características de un menor epiléptico y formas preventivas de la epilepsia.

La sesión se inicia con 30 minutos de atraso, en espera de un mayor número de asistentes. Al iniciar el desarrollo de la Unidad Temática se entregó a los padres un Apunte con los contenidos específicos a tratar, con el fin de afianzar la entrega de contenidos.

La Unidad temática se desarrolló de la misma forma que la anterior, es decir, se expusieron los contenidos a través de preguntas previamente planificadas dirigidas a los padres en forma individual. Esta forma de entregar los contenidos educativos permitió obtener una mayor participación de parte de los padres asistentes. También se utilizó el rotafolio como instrumento auxiliar.

A esta Unidad Temática asistió un Profesor interesado en conocer los contenidos correspondientes a la Unidad Temática. En relación a la asistencia de los padres, ésta fue satisfactoria por cuanto asistie

tieron seis padres de un total de 13. (1)

La participación de los padres asistentes, según pauta de observación aplicada, fue alta en tres de ellos, en dos fue suficiente y en uno la participación fue baja. (2).

La puntualidad de los padres fue positiva en 4 de los asistentes, siendo negativa en dos casos, ya que se presentaron cuando se había dado inicio a la entrega de contenidos. (3)

En lo relativo a la permanencia, todos los padres evidenciaron una permanencia positiva por cuanto se retiraron una vez finalizada la sesión y no antes. (4).

La Unidad temática desarrollada tuvo una duración de 80 minutos.

OTRAS GESTIONES:

- 1.- Confeccionar Apuntes relativos a la Unidad Temática "El proceso de habilitación del menor deficiente mental educable", los cuales se caracterizan por presentar los contenidos al igual que los anteriores, a través de una serie de interrogantes y respuestas.
- 2.- Confeccionar rotafolio, correspondiente a la Unidad antes mencionada, a fin de complementar los contenidos durante el desarrollo de la sesión.

(1) Remitirse a pié de página N-174.

(2) Remitirse a pié de página N-175.

(3) Remitirse a pié de página N-175.

(4) Remitirse a pié de página N-176.

3.- Se confeccionan y envían un total de 63 circulares a fin de citar a los padres para que asistan al desarrollo de la tercera sesión.

TERCERA UNIDAD TEMÁTICA:

OBJETIVO: Entregar contenidos educativos referidos a la unidad temática "El proceso de habilitación del menor deficiente mental educable .

Para cumplir dicho objetivo se realizaron seis reuniones de subcentros de padres que comprende el proyecto.

La acción educativa estuvo orientada a desarrollar contenidos específicos tales como: objetivos de la institución, tipo de menores que allí ingresa, concepto de la Escuela de Educación Especial, diferencias entre este tipo de escuelas y una escuela de educación básica común, tipo de capacidades que la escuela pretende desarrollar en los menores deficitarios y el papel que deben asumir los padres en el desarrollo de dichas capacidades.

Las seis sesiones de entrega de contenidos se iniciaron en general a las 18.00hrs. con un atraso de 30 minutos. Al inicio de cada sesión se hizo entrega de un apunte a los padres, con el contenido a tratar.

Para desarrollar los contenidos, se formó un grupo de discusión con los padres asistentes, ubicados en forma circular. La coordinadora, papel que fue asumido por la alumna a cargo del proyecto, iba planteando las interrogantes al grupo en general, guiaba y escuchaba,

haciendo una breve síntesis de la discusión establecida, para llegar a señalar las respuestas correctas a las interrogantes sometidas a discusión. Esto fue complementado con el uso del notafolio, con las mismas características de las Unidades anteriores.

En la realización de la sesión correspondiente a esta Unidad Temática, concurren 4 profesoras. Respecto de la asistencia de los padres, esta fue regular por cuanto asistieron 34 padres de un total de 63. (1).

Según pauta de observación aplicada durante el desarrollo de la sesión, 27 padres evidenciaron una alta participación, 1 padre demostró una participación suficiente y 6 padres obtuvieron una baja participación. (2)

En cuanto a la puntualidad, 19 padres demostraron una positiva puntualidad y en 15 padres fue negativa. (3).

La permanencia de los padres durante esta sesión fue positiva en 33 padres y en 1 fue negativa. (4).

La sesión se desarrolló dentro del plazo estipulado (entre 60 y 90 minutos).

OTRAS GESTIONES:

- 1.- Se realiza una reunión con el equipo de trabajo, con el fin de obtener una visión del avance del programa.

(1) Remitirse a pié de Página N-174.
 (2) Remitirse a pié de Página N-175.
 (3) Remitirse a pié de Página N-175.
 (4) Remitirse a pié de página N-176.

- 2.- se hace entrega de un informe con el fin de dar a conocer las acciones desarrolladas en relación al proyecto, dirigido a Asistente Social y Jefe de Gabinete Técnico. Oportunidad en que se invita a ambos profesionales a participar en dicho proyecto.
- 3.- Se seleccionan diapositivas de acuerdo a los contenidos referidos a la Unidad Temática "El proceso de habilitación del menor deficiente mental educable".
- 4.- se confeccionan y envían circulares a fin de citar a los padres a reunión de Subcentros de Padres.
- 5.- Se confeccionan 31 certificados de Asistencia, dirigidos a los padres que obtuvieron un 100% de Asistencia a las sesiones realizadas.

CUARTA UNIDAD TEMÁTICA:

- OBJETIVOS:
- 1.- Profundizar los contenidos educativos referidos a la Unidad Temática "El proceso de habilitación del menor deficiente mental educable".
 - 2.- Finalizar la entrega de contenidos educativos.

En relación al primer objetivo, se desarrollaron un total de seis reuniones correspondientes a los Subcentros de padres que incluye el Proyecto.

La mayoría se iniciaron a las 18.00hrs. con un atraso de 30 minutos.

La sesión constó de una primera parte, en que se realiza una síntesis de las Unidades Temáticas tratadas. Enseguida se proyectaron diapositivas a fin de

complementar los contenidos referidos a la estimulación de las capacidades del menor deficitario.

En la segunda parte de la sesión, se informa a los padres del término de las sesiones educativas y la necesidad de llevar a cabo una entrevista individual con cada padre, a fin de darles a conocer la situación de deficitaria de cada menor. Se acuerda con cada padre fecha en que realizará dicha entrevista.

Al finalizar la sesión, se hace entrega de 30 certificados, otorgados por la Dirección del Establecimiento a aquellos padres que obtuvieron un 100% de asistencia.

Al desarrollo de esta sesión, sólo asistieron tres profesores. La asistencia de los padres fue regular debido a que asistieron 33 padres de un total de 63 padres. (1).

Según pauta de observación aplicada, 23 padres evidenciaron un alta participación, ya que expresaban ideas o bien hacían preguntas relativas al tema, en 4 padres la participación fue suficiente debido a que se expresaban a través de monosílabos o bien repetían las mismas respuestas entregadas por otros padres durante la misma sesión; y en 6 padres la participación fue baja por cuanto sólo se remitieron a escuchar. (2)

(1) Remitirse a pié de Página N- 174.

(2) Remitirse a pié de Página N- 175.

La puntualidad fue positiva en 22 padres, y en 11 padres fue negativa, debido a que se presentaron cuando ya se había iniciado la sesión. (1).

La permanencia de los padres, fue positiva en 31 padres y negativa en dos padres, por cuanto se retiraron antes de finalizar la sesión. (2)

Esta sesión tuvo una duración de 90 minutos.

OTRAS GESTIONES

- 1.- Se recopilan antecedentes relativos a la Ficha Individual del menor, a fin de obtener una visión de la situación deficitaria de cada menor.
- 2.- Se confeccionan los cuestionarios de medición final.
- 3.- Se confeccionan fichas, utilizadas durante la aplicación del instrumento de medición; cada ficha contiene una pregunta, escrita.

ETAPA DE EVALUACION

OBJETIVO : Medir la situación final de los padres incluidos en el proyecto.

Se realizaron 63 entrevistas desarrolladas en el hogar y oficina de Servicio Social de la Institución, a aquellos padres que se mantuvieron adscritos desde la situación inicial hasta la situación final del Proyecto.

(1) Remitirse al pié de Página n- 175.

(2) Remitirse al pié de Página n- 176.

Durante el desarrollo de las entrevistas con los padres, se les iba informando acerca de la situación deficitaria del menor, como por ejemplo el coeficiente intelectual, fecha del último diagnóstico psicológico del menor, el aspecto pedagógico y adaptación social del menor, de acuerdo a los antecedentes obtenidos de la Ficha Individual de cada uno.

Simultáneamente se iba aplicando el instrumento de medición, haciendo uso de las fichas con las mismas preguntas aparecidas en el cuestionario. Este sistema de fichas permitió a los entrevistados una mayor comprensión de las preguntas realizadas.

En aquellos padres que demostraban des conocimiento frente a las preguntas realizadas, se les daba una explicación muy simple de las respuestas correctas. Y en aquellos padres inasistentes, aparte de esta explicación breve, se les entregaba los apuntes con los contenidos tratados en las sesiones.

Cada entrevista tuvo una duración de 30 minutos. El total de entrevistas se realizaron en tres semanas.

OTRAS GESTIONES:

- 1.- Se confecciona y se hace entrega de un Informe Síntesis de las acciones desarrolladas por el proyecto, a Asistente Social y Jefe de Gabinete Técnico de la institución.

3.- PROYECTO N-2

PROYECTO DE CAPACITACION DIRIGIDO A LOS GRUPOS FAMILIARES

La aplicación del presente proyecto estuvo orientado a 43 grupos familiares de los alumnos correspondientes a cinco cursos que funcionan durante la jornada de la tarde. Este comprendió las siguientes etapas:

3.1.- ETAPA DE ORGANIZACION

- OBJETIVOS:
- 1.- Delegar funciones y responsabilidades del equipo de trabajo a cargo del proyecto.
 - 2.- Informar a los profesores a cargo de los alumnos, acerca del proyecto a desarrollar.

Para cumplir el primer objetivo, se llevó a cabo una reunión del equipo de trabajo a cargo del proyecto. Durante el desarrollo de esta reunión se seleccionaron 39 grupos familiares del total que incluía el proyecto. Debido a que en 4 grupos familiares poseían más de un hijo deficiente mental en la institución, quienes asistían en jornadas diferentes. Frente a estos casos se procedió su incorporación al Proyecto de Capacitación dirigido a los Subcentros de Padres.

En dicha reunión, además, para una mejor operatividad de la acción y una racionalización de los recursos humanos disponibles, se procedió a sectorizar a los grupos familiares de acuerdo al lugar de ubicación de los domicilios de éstos. Esta sectorización se estructuró como se detalla a continuación-

SECTOR A:

A cargo de la alumna Aída Cortés G.

Playa Ancha - Placeres - Modelillo - Barón - O'Higgins -
Ramaditas y Recreo Alto.

SECTOR B:

A cargo de la alumna Patricia Catalán D.

La Cruz - Las Cañas - El Litre - Merced - La Virgen - San
Roque - Santo Domingo - Arrayán - Cordillera - Cerro Toro.

En cuanto al segundo objetivo, se realizaron entrevistas de coordinación con los profesores a cargo de los cursos de la jornada de la tarde, a fin de darles a conocer las características generales del proyecto, es decir, se informó acerca de los contenidos educativos a desarrollar, total de sesiones a realizar, horario de las sesiones, objetivos del proyecto, etc. Además, se les informó que el equipo de trabajo iba a requerir de la ficha individual de cada menor a fin de obtener antecedentes de éstos.

OTRAS GESTIONES:

- 1.- Se confecciona calendario de reuniones de subcentros de padres, para lo cual se realizaron diversas entrevistas de coordinación con cada profesor de curso, acordando fecha de realización de reuniones de Subcentros de padres.
- 2.- Posteriormente, se informa de este calendario a Asistente social y Jefe de Gabinete Técnico de la Institución.

3.2.- ETAPA DE MOTIVACION:

OBJETIVO: informar a los padres acerca de la aplicación del proyecto y promover la participación del grupo familiar.

La motivación se realizó en primera instancia a través de reuniones de Subcentros de padres, en las cuales se informó respecto de la implementación del proyecto de capacitación dirigido a los grupos familiares dándose a conocer los contenidos que serían entregados en las sesiones a efectuar en cada domicilio, los que estarían referidos a Deficiencia Mental, Epilepsia y Proceso de Habilitación del menor deficiente mental educable y de la duración de cada una de ellas.

Se hizo hincapié en la importancia de la participación del grupo familiar en el proyecto de capacitación, por cuanto así lograrían contribuir al tratamiento educativo del menor.

Durante el desarrollo de estas reuniones de Subcentros, se procedió a coordinar en forma individual con cada padre, el horario disponible y más adecuado para efectuar la labor educativa. A través de estas reuniones, 3 padres manifestaron no poder participar debido a que tenían impedimentos de tipo laboral, quedando de este modo excluidos del proyecto.

Debido a la falta de antecedentes en algunos casos, se verificó el domicilio de cada grupo familiar en particular. También se acuerda con los asistentes que previo al desarrollo de cada unidad serán enviadas

circulares con tres días de anticipación con el fin de recordar fecha y hora en que se realizará la entrega de contenidos.

Se realizaron un total de cinco reuniones de Subcentros de padres. La asistencia a ellas fue satisfactoria, debido a que se contó con la asistencia de 23 padres de un total de 43. (1). Los asistentes a las reuniones manifestaron aprobación y aceptación hacia las actividades a realizar, comprometiéndose a participar en dichas actividades.

OTRAS GESTIONES:

- 1.- se realizan un total de 23 entrevistas a aquellos padres inasistentes a las reuniones de Subcentros de padres, en sus respectivos domicilios a fin de promover la participación en el proyecto.
- 2.- Se confeccionan afiches a emplear en la Unidad Temática "Generalidades acerca de la Deficiencia mental". Estos afiches fueron confeccionados por cada alumna a cargo del proyecto. Para esto, se utilizó carátula, plumones y láminas a color, cada lámina constó de una pregunta y una respuesta.
- 3.- Se confeccionan apuntes referidos a la Unidad Temática "Generalidades acerca de la Deficiencia mental", estructurada mediante el sistema de preguntas y respuestas.

(1) Asistencia satisfactoria. Equivale a un porcentaje de asistencia entre el 35% al 65%.

Fueron elaborados por el equipo de trabajo previas con sultas realizadas a especialistas y a la revisión bibliográfica.

- 4.- Se confeccionan y envían circulares recordatorias a los padres de los menores.
- 5.- a los profesores se les solicita la Ficha Individual de cada menor, a fin de recopilar antecedentes psicológicos, pedagógicos, sociales, médicos, etc. Esta acción permitió tener un conocimiento de la situación deficiente que presenta cada menor en particular, para posteriormente adecuar los contenidos educativos a la realidad que éste presente.

3.3.- ETAPA DE EDUCACION SISTEMATICA

OBJETIVO: Entregar contenidos educativos acerca de las Unidades Temáticas.

Para el cumplimiento de dicho objetivo, se llevaron a cabo una serie de intervenciones previamente planificadas, las que se detallan a continuación.

PRIMERA UNIDAD TEMATICA:

OBJETIVO: Entregar contenidos educativos referidos a la Unidad Temática "Generalidades acerca de la Deficiencia Mental".

Para desarrollar los contenidos educativos referidos a la Unidad Temática, se efectuaron un total de 47 intervenciones correspondientes al total de los grupos familiares incluidos en el proyecto, utilizando para esto la visita domiciliaria.

Durante las sesiones se entregaron contenidos educativos referidos a: causas de la deficiencia mental, características y tratamiento de un menor deficiente mental educable y formas preventivas de la deficiencia mental. Estos contenidos fueron desarrollados mediante la utilización del diálogo dirigido, es decir, se efectuaron preguntas a cada uno de los integrantes del grupo familiar, realizando posteriormente una síntesis del diálogo señalando la respuesta correcta.

Esta entrega de contenidos fue complementada además con el uso de Afiches ilustrados adecuadamente con el tema a tratar. Al término de cada intervención se hizo entrega de un apunte al grupo familiar para reforzar los contenidos tratados.

De los 47 grupos que participaron en el desarrollo de las sesiones, según pauta de observación aplicada, es necesario señalar que en 25 grupos familiares la participación fue alta por cuanto éstos expresaron interés por profundizar el tema, mediante la realización de preguntas relativas a la situación del menor, opiniones relativas al tema, manteniendo además, una atención permanente y constante durante el desarrollo de la sesión. En 18 grupos familiares la participación fue satisfactoria debido a que sus opiniones fueron emitidas en forma esporádica, asumiendo una actitud receptiva frente a los contenidos entregados, evidenciando escaso interés en profundizar y en ampliar el conocimiento respecto de la situación del menor.

No hubo una baja participación.(1)

Las 47 intervenciones se desarrollaron en un lapso de tres semanas, con una duración de 60 minutos, extendiéndose a 90 minutos en aquellos grupos familiares en que hubo una alta participación. Fueron desarrolladas de Lunes a Viernes, realizándose 4 intervenciones diarias, a cargo del equipo de trabajo responsable de la ejecución del proyecto. En un horario de 15,00 a 18,00 hrs.

OTRAS GESTIONES

- 1.- A medida que se realizaron las sesiones, el equipo de trabajo a cargo del proyecto sostuvo reuniones periódicas, con la finalidad de controlar el estado de avance del proyecto.
- 2.- Se confecciona un informe que contempla las acciones realizadas y modalidad que fueron adquiriendo en el proyecto, dirigido a Asistente Social y Jefe de Gabinete Técnico. En esta oportunidad se procedió a invitar al profesional de Servicio Social a participar en el desarrollo de las intervenciones en los hogares de los grupos familiares.

(1) Categorías de Participación:

- Alta:** cuando el grupo familiar evidencia interés por profundizar el tema tratado, mediante la realización de preguntas en relación al menor y manteniendo la atención al desarrollo del tema.
- Satisfactoria:** cuando el grupo familiar evidencia escaso interés en profundizar el tema, realizando opiniones en forma esporádica, asumen una actitud receptiva frente a los contenidos entregados.
- Baja:** cuando el grupo familiar no evidencia interés en profundizar el tema tratado, no realizan opiniones, asumen una actitud de desinterés frente a los contenidos tratados.

3.- El equipo de trabajo a cargo del proyecto participó en las reuniones de subcentros de padres, organizadas por el profesor, a fin de afianzar las relaciones humanas con los padres.

SEGUNDA SESION

(Segunda Unidad Temática)

OBJETIVO: Entregar contenidos educativos referidos a la Unidad temática "Generalidades acerca de la Epilepsia".

Esta sesión estuvo dirigida sólo a 10 grupos familiares, cuyos menores deficientes mentales padecen de epilepsia.

Durante el desarrollo de las intervenciones se dieron a conocer causas de epilepsia, síntomas de las crisis epilépticas, características y tratamiento de un menor epiléptico y formas preventivas de epilepsia.

Las técnicas utilizadas para el desarrollo de estos contenidos se adecuaron al número de participantes por grupo familiar, utilizándose el diálogo dirigido o bien la discusión de pequeños grupos. Los contenidos fueron desarrollándose mediante el sistema de preguntas y respuestas tipo, previamente estructuradas dirigidas en forma individual a cada participante. Sistema a través del cual se pretendió obtener una mayor grado de participación. Como medio complementario a las técnicas antes mencionadas, se procedió al uso de afiches que se fueron mostrando a los participantes en forma paulatina a través del desarrollo del tema a tratar en esa oportunidad.

Según la aplicación de una pauta de observación, se detectó una alta participación en 6 grupos

familiares por cuanto expresaban opiniones o bien manifestaban interés por profundizar el tema realizando preguntas relativas al menor y/o tema. En 6 grupos familiares la participación fue satisfactoria debido a la emisión esporádica de opiniones y consultas. No hubo baja participación.(1)

Al término de cada visita domiciliaria se hizo entrega de un apunte al grupo familiar con los contenidos educativos tratados.

En relación a la asistencia, declinó en esta oportunidad debido a que en 6 grupos familiares hubo inasistencia de uno de sus integrantes, lo que se señala a continuación:

- En un grupo familiar, un hermano de la menor se encontraba desarrollando actividades laborales.

- En 2 grupos familiares el padre del

menor debió estar ausente por deberes de tipo laboral.

- En 2 grupos familiares por falta de interés de los sustitutos de los menores.

- En un grupo familiar por falta de interés de hermana del menor.

Las entregas de contenidos fueron realizadas en un horario comprendido entre las 15.00 y 18.00hrs., de lunes a viernes. Es necesario señalar que en un grupo familiar, la entrega de contenidos se desarrolló

(1) Remitirse a pie de página n-194.

en un horario no programado (19.00 a 20.00hrs.), accediendo a lo solicitado por un grupo familiar debido a obligaciones laborales de uno de sus miembros.

OTRAS GESTIONES

- 1.- Durante el desarrollo de la Unidad Temática se debió reestructurar el calendario de actividades correspondientes a las visitas domiciliarias debido a:
 - en un grupo familiar los integrantes no se encontraban en el domicilio.
 - en un grupo familiar la madre en calidad de separada se encontraba con problemas de salud.
 - en un grupo familiar la madre debía responder a obligaciones laborales.
 - en un grupo familiar la madre debía cuidar a menores de hermana en el domicilio de ésta.

Estas situaciones llevaron a que el desarrollo de las visitas domiciliarias correspondientes a la Unidad Temática "Generalidades acerca de la epilepsia", se realizarán en el lapso de una semana, con una duración de 60 y 90 minutos por cada entrega de contenidos.

- 2.- El equipo de trabajo encargado del proyecto realizó una reunión con el fin de controlar el estado de avance del mismo.
- 3.- Se realizaron contactos con los profesores de cada curso con el objeto de enviar circulares recordatorias por intermedio de cada menor con tres días de anticipación. Estas circulares fueron enviadas a un total de 46 grupos familiares. Se excluyó un grupo familiar por deserción

escolar de la menor.

TERCERA UNIDAD TEMÁTICA

OBJETIVO : Entregar contenidos educativos respecto de "El proceso de habilitación del menor deficiente mental educable".

Se desarrollaron contenidos tales como: objetivos de la Institución, concepto de la Escuela de Educación Especial, tipos de niños que atiende, diferencias entre una escuela básica común y una escuela de Educación Especial, capacidades que la escuela pretende desarrollar en los menores y papel que deben asumir los padres en el desarrollo de dichas capacidades.

Para dar a conocer los contenidos anteriormente expuestos se procedió de la misma manera que en la primera y segunda unidad, es decir, mediante el sistema de preguntas y respuestas tipo a través del diálogo dirigido y el uso de afiches ilustrados adecuadamente con los contenidos tratados.

De acuerdo a pauta de observación aplicada durante el desarrollo de la Unidad Temática, se pudo apreciar que en 21 grupos familiares la participación fue alta, ya que emitieron opiniones y realizaron consultas relativas al tema. En 12 grupos familiares la participación fue satisfactoria por cuanto en forma esporádica opinaban o consultaban o bien mantenían una actitud receptora. En 1 grupo familiar se evidenció una participación baja debido a distracción, falta de atención e inestabilidad en el lugar de desarrollo de la Unidad Temática. (1)

(1) Remitirse pie de página N-194.

En 10 grupos familiares la asistencia de sus miembros disminuyó, debido a diversos factores:

- en 2 grupos familiares, el padre del menor debía responder a obligaciones laborales.
- en 3 grupos familiares, hermanos del menor se encontraban realizando obligaciones escolares.
- en 3 grupos familiares, hermanos del menor evidenciaron un manifiesto desinterés en asistir a la Unidad Temática.
- en 2 grupos familiares, los sustitutos de los menores evidenciaron desinterés en asistir a la Unidad Temática.

Se debió además modificar el calendario de actividades, debido a que en grupos familiares se debió realizar más de una visita domiciliarias debido a:

- en 1 grupo familiar, el padre del menor no se encontraba en el domicilio por tener que atender asuntos relativos a su calidad de dirigente vecinal.
- en 1 grupo familiar, el padre del menor se encontraba en estado de ebriedad.
- en 2 grupos familiares, la madre no se encontraba debido a su actividad laboral.
- en 2 grupos familiares, la madre del menor no se encontraba en el domicilio, debido a que se encontraba en reunión de apoderados en hermano menor.

Estas situaciones hicieron que el desarrollo de estas sesiones se desarrollaron en un lapso de tres semanas, con una duración de 60 a 90 minutos por cada sesión.

Al finalizar cada intervención, se logra acordar con cada grupo familiar, el horario para aplicar el instrumento de medición final.

OTRAS GESTIONES

- 1.- Confeccionar en conjunto con el equipo de trabajo del programa el cuestionario a fin de medir la situación final a aquellos grupos familiares incluidos en el proyecto.

ETAPA EVALUATIVA

OBJETIVO: Medir grado de conocimiento de los grupos familiares, respecto de la deficiencia mental, epilepsia y proceso de habilitación del menor deficiente mental y educable.

Para el logro del objetivo anteriormente mencionado, se aplicó un cuestionario a 46 grupos familiares mediante entrevistas individuales, tanto en el hogar como en la Oficina de Servicio Social de la Institución. Tuvo una duración de dos semanas.

Aquellos padres que evidenciaron una alta participación, se les hizo entrega de un Diploma por Participación, otorgado por la Dirección del Establecimiento.

OTRAS GESTIONES

- 1.- El equipo de trabajo a cargo del proyecto confeccionó un Informe Síntesis de las actividades realizadas durante el desarrollo del proyecto de capacitación dirigido a los grupos familiares. Este informe fue dirigido a Asistente Social y Jefe de Gabinete Técnico de la institución.

Universidad de Valparaíso
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

C A P I T U L O V

" S I T U A C I O N F I N A L "

I.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Con el objeto de medir el grado de eficacia del proceso de transformación, mediante la implementación de dos proyectos de capacitación, haremos un análisis de los objetivos buscados y del resultado de las acciones emprendidas para la consecución de dichos objetivos.

A continuación se realizará un análisis de los resultados de acuerdo a cada proyecto en particular, con la finalidad de verificar si los objetivos se cumplieron, con lo que se lograría modificar la situación encontrada.

PROYECTO N- 1

PROYECTO DE CAPACITACION DIRIGIDO A LOS SUBCENTROS DE PADRES.

A fin de evaluar los objetivos perseguidos por el proyecto se hará un análisis de cada objetivo con los resultados obtenidos mediante diversos procedimientos que se irán detallando.

En relación a las variables conocimiento acerca de la deficiencia mental y conocimiento acerca de la Estimulación de las capacidades del menor, se utilizarán los siguientes procedimientos.

- 1.- Diseño experimental con un pareamiento de las variables escolaridad e ingresos.
- 2.- Diseño experimental sin realizar un pareamiento de las variables escolaridad e ingresos, sólo se considerará la variable conocimiento para el pareamiento.

3.- Comparación antes-después del total de padres que asistieron en un 100% de las unidades temáticas desarrolladas.

1.- Diseño Experimental con Pareamiento de las variables escolaridad e ingresos.

Es necesario señalar que para este Diseño experimental no se seleccionó a priori el grupo control y el grupo experimental debido a que se consideró necesario entregar las unidades temáticas al colectivo integrado en un inicio por 96 padres dado al bajo nivel de conocimientos evidenciado por éstos durante el período de la investigación, y por otra parte, al interés existente al interior de la Institución por incorporar al proyecto a todos los padres de los alumnos de los subcentros de cursos de la jornada de la mañana.

Posteriormente, el colectivo de trabajo se vió disminuído a 63 padres debido a la reestructuración del programa y a la exclusión de algunos padres del proyecto porque sus hijos experimentaron cambios de cursos, retiros y deserción escolar. La selección de ambos grupos se realizó de la siguiente manera:

Grupo Control:

Constituído por 5 padres de un total de 19 padres que no concurrieron a ninguna Unidad Temática, se seleccionaron para formar el grupo control.

Grupo Experimental:

Constituído por 5 padres de un total de 31 padres que con

currieron al total de las Unidades Temáticas desarrolladas, se seleccionaron para formar el grupo experimental.

Para establecer este Diseño experimental se procedió a seleccionar los sujetos para formar ambos grupos, mediante el sistema Matching, para lo cual se procedió a parear a cada miembro del grupo control con los del grupo experimental, estableciendo así una homogeneidad respecto de las variables escolaridad e ingresos, mediante este procedimiento solamente se encontró 5 pares iguales, como queda demostrado en los siguientes cuadros:

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Nivel Escolaridad	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
	Nº	%	Nº	%
Alto	—	—	—	—
Regular	1	20	1	20
Bajo	4	80	4	80
Total	5	100	5	100

En ambos grupos se observa un predominio de un bajo nivel de escolaridad, evidenciándose una homogeneidad respecto de la variable escolaridad.

NIVEL DE INGRESOS

Nivel de ingresos	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
	Nº	%	Nº	%
Alto	—	—	—	—
Regular	1	20	1	20
Bajo	4	80	4	80
Total	5	100	5	100

En ambos grupos se observa una homogeneidad en dicha variable medida principalmente por los ingresos recibidos por el grupo familiar. Se evidencia además, un predominio de bajo nivel de ingresos en ambos grupos.

Cabe destacar, que en este pareamiento del grupo control y grupo experimental se intentó ubicar una homogeneidad absoluta existente entre ambos grupos y debido a ello es que se seleccionó un número reducido de sujetos.

Realizada la selección de ambos grupos, se procedió al análisis de los resultados de la medición antes-después, estableciendo la comparación de los resultados de la situación inicial y de la situación final, mediante el índice sumatorio, respecto de las variables conocimiento acerca de la deficiencia mental y la variable conocimiento acerca de la estimulación de las capacidades del menor.

1.1.- VARIABLE: CONOCIMIENTO ACERCA DE LA DEFICIENCIA MENTAL

A continuación se presenta la situación inicial de ambos grupos en relación al grado de conocimiento acerca de la deficiencia mental, y la situación final de éstos después de desarrollada la Unidad temática. Esto permitirá realizar un análisis comparativo en ambos grupos respecto de la situación final.

GRUPO EXPERIMENTAL					
Conocimiento Deficiencia Mental	Situación inicial		Situación final		Diferencia porcentual
	Nº	%	Nº	%	
Alto	—	—	2	40	40
Regular	—	—	3	60	60
Bajo	5	100	—	—	
Total	5	100	5	100	

GRUPO CONTROL					
Conocimiento Deficiencia Mental	Situación inicial		Situación final		Diferencia porcentual
	Nº	%	Nº	%	
Alto	—	—	—	—	
Regular	—	—	—	—	
Bajo	5	100	5	100	
Total	5	100	5	100	

En ambos cuadros se observa un bajo nivel de conocimientos acerca de la deficiencia mental en la situación inicial.

En consideración a los resultados con signados en el grupo experimental y al comparar sus diferen

cias entre la situación inicial y final de este grupo sometido a estímulo es factible determinar un mejoramiento significativo del grado de conocimiento alcanzado acerca de dicha variable.

Sin embargo, el grupo de control mantiene el bajo nivel de conocimiento, no experimentando ningún cambio.

1.2.- VARIABLE:

CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ESTIMULACION DE
LAS CAPACIDADES DEL MENOR EN PROCESO DE
HABILITACION

A continuación se presenta la situación inicial de ambos grupos en relación al grado de conocimiento acerca de la estimulación de las capacidades del menor en proceso de rehabilitación, y la situación final de éstos, después de desarrollada la Unidad Temática referida a dicha variable. Esto permitió realizar un análisis comparativo en ambos grupos respecto de la situación final-inicial.

GRUPO EXPERIMENTAL					
Conocimiento Estimulación Capacidades	Situación inicial		Situación final		Diferencia porcentual
	Nº	%	Nº	%	
Alto	—	—	5	100	100
Regular	—	—	—	—	
Bajo	5	100	—	—	
Total	5	100	5	100	

GRUPO CONTROL					
Conocimiento Estimulación Capacidades	Situación inicial		Situación final		Diferencia porcentual
	Nº	%	Nº	%	
Alta	—	—	—	—	
Regular	—	—	—	—	
Baja	5	100	5	100	
Total	5	100	5	100	

El estímulo estuvo orientado en primer lugar, dar a conocer el tipo de capacidades que la institución pretende desarrollar en los menores, y en segundo lugar, señalar el papel que deben asumir los padres para contribuir positivamente en el desarrollo de dichas capacidades.

En ambos cuadros se observa que tanto el grupo experimental como el grupo de control presentan un

bajo nivel de conocimiento de la estimulación de las capacidades del menor en la situación inicial.

En consideración de los resultados obtenidos en el grupo experimental y al comparar las diferencias entre la situación inicial y final de este grupo sometido a estímulo es posible determinar un mejoramiento significativo respecto del nivel de conocimiento logrado. En cambio el grupo control mantiene el bajo nivel de conocimiento, no experimentando cambios.

2.- DISEÑO EXPERIMENTAL SIN PAREAMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS ESCOLARIDAD E INGRESOS QUE PRESENTAN LOS SUJETOS

Este Diseño Experimental a diferencia del anterior, se basa en un pareamiento sólo de la variable conocimiento, sin llegar a establecer una homogeneidad de las características de escolaridad e ingresos.

Este Diseño Experimental es utilizado con el fin de verificar si los cambios producidos son significativos, sin haber controlado aquellas variables que pudieran influir en dichos cambios.

Dicho Diseño, será empleado en la variable conocimiento acerca de la deficiencia mental y la variable conocimiento acerca de la estimulación de las capacidades del menor.

La selección de los grupos (control y experimental) se realizó de la siguiente manera:

Grupo Control: compuesto por 18 padres **de** un total de 19 padres que no concurrieron a ninguna Unidad Temática desa

rollada, se seleccionaron para formar el grupo control.

Grupo experimental: Constituido por 18 padres de un total de 31 padres que concurrieron al total de las Unidades Temáticas desarrolladas, se seleccionaron para formar el grupo experimental.

2.1.- VARIABLE : CONOCIMIENTO ACERCA DE LA DEFICIENCIA MENTAL

GRUPO EXPERIMENTAL					
Conocimiento Deficiencia Mental	Situación inicial		Situación final		Diferencia porcentual
	N°	%	N°	%	
Alto	—	—	11	61	61
Regular	—	—	7	39	39
Bajo	18	100	—	—	100
Total	18	100	18	100	

GRUPO CONTROL					
Conocimiento Deficiencia Mental	Situación inicial		Situación final		Diferencia porcentual
	N°	%	N°	%	
Alto	—	—	—	—	
Regular	—	—	—	—	
Bajo	18	100	18	100	
Total	18	100	18	100	

El análisis de ambos cuadros, nos permite concluir que existe un mejoramiento significativo en la situación final del grupo experimental sometido a estímulo, sin haber realizado un pareamiento de las variables escolaridad e ingresos.

En cambio el grupo control mantiene su bajo nivel de conocimiento, no experimentando ningún cambio.

2.2.- VARIABLE : CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ESTIMULACION DE LAS CAPACIDADES DEL MENOR.

Respecto de esta variable, la selección del grupo control y grupo experimental se realizó de la siguiente manera:

Grupo Control: Constituido por 16 padres de un total de 19 padres que no concurrieron a ninguna unidad Temática desarrollada, se seleccionaron para formar el grupo control.

Grupo Experimental: Constituido por 16 padres de un total de 31 padres que asistieron a la totalidad de las unidades Temáticas desarrolladas, se seleccionaron para formar el grupo experimental.

GRUPO EXPERIMENTAL					
Conocimiento Estimulación Capacidades	Situación inicial		Situación final		Diferencia porcentual
	Nº	%	Nº	%	
Alto	4	25	16	100	75
Regular	11	69	—	—	69
Bajo	1	6	—	—	6
Total	16	100	16	100	

GRUPO CONTROL					
Conocimiento Estimulación Capacidades	SITUACION INICIAL		SITUACION FINAL		Diferencia porcentual
	Nº	%	Nº	%	
Alta	4	25	4	25	
Regular	11	69	11	69	
Baja	1	6	1	6	
Total	16	100	16	100	

se observa en ambos cuadros un predomi-
nio de un regular nivel de conocimiento acerca de la estimu-
lación de las capacidades del menor en la situación inicial.

En cuanto a los resultados obtenidos
en el grupo experimental y al comparar las diferencias entre

la situación inicial y final de este grupo sometido a estímulo, es posible determinar un cambio significativo respecto del grado de conocimiento alcanzado.

El grupo control en la situación final, los sujetos se mantuvieron en la misma categoría sin experimentar cambios en su nivel de conocimientos.

3.- ANALISIS COMPARATIVO DE LA SITUACION INICIAL FINAL DE LAS VARIABLES CONOCIMIENTO ACERCA DE LA DEFICIENCIA MENTAL Y CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ESTIMULACION DE LAS CAPACIDADES DEL MENOR.

Este análisis se llevó a cabo, con el fin de verificar si hubieron cambios significativos de los 31 padres que participaron en el total de las Unidades temáticas desarrolladas de un total de 63 padres, mediante la comparación de la situación inicial-final de la variable conocimiento acerca de la deficiencia mental y variable conocimiento acerca de la estimulación de las capacidades del menor.

3.1.- VARIABLE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA DEFICIENCIA MENTAL

PADRES ASISTENTES					
Conocimiento Deficiencia Mental	Situación inicial		Situación final		Diferencia porcentual
	Nº	%	Nº	%	
Alta	—	—	18	58	58
Regular	2	6	13	42	36
Baja	29	94	—	—	-94
Total	31	100	31	100	

Se observa en el cuadro anterior, que los padres asistentes al desarrollo de la Unidad Temática "Generalidades acerca de la deficiencia mental, éstos en la situación inicial evidencian un bajo nivel de conocimiento respecto de la Unidad Temática. Este bajo nivel de conocimiento se traslada a la categoría de alto y regular nivel de conocimiento después de haber aplicado el proyecto.

mediante el cálculo de la Diferencia porcentual, se concluye que existen cambios significativos en la situación inicial y final.

3.2.- VARIABLE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ESTIMULACION DE LAS CAPACIDADES DEL MENOR.

Mediante el cálculo de la Diferencia Porcentual, se concluye que existen cambios significativos en la situación inicial y final, especialmente en aquellos padres que se encuentran en la Categoría de bajo conocimiento.

PADRES ASISTENTES					
Conocimiento Estimulación Capacidades	Situación inicial		Situación final		Diferencia porcentual
	Nº	%	Nº	%	
Alto	5	16	29	93	77
Regular	21	68	2	7	61
Bajo	5	16	—	—	-16
Total	31	100	31	100	

4.- ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA SITUACION INICIAL FINAL DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA EPILEPSIA.

Para el análisis de esta variable, se procederá a través del análisis comparativo de la situación inicial-final, por cuanto la unidad temática estuvo orientada al colectivo de padres cuyos hijos deficientes mentales padecen de epilepsia. (13 padres en total).

Es necesario señalar, que sólo 6 padres concurren a la Unidad Temática, por ello es que a continuación se hace un análisis comparativo de aquellos padres que no concurren y enseguida, de aquellos que concurren.

PADRES ASISTENTES					
Conocimiento Epilepsia	Situación inicial		Situación final		Diferencia porcentual
	Nº	%	Nº	%	
Alto	—	—	3	23	23
Regular	—	—	3	23	23
Bajo	6	46	—	—	-46
Total	6	46	6	46	

PADRES INASISTENTES					
Conocimiento Epilepsia	Situación inicial		Situación final		Diferencia porcentual
	Nº	%	Nº	%	
Alto	—	—	—	—	
Regular	1	8	1	8	
Bajo	6	46	6	46	
Total	7	54	7	54	

En consideración a los resultados de los cuadros anteriormente expuestos y al comparar las diferencias entre la situación inicial y final se puede apreciar que no hubo un mejoramiento significativo en relación al colectivo, debido a que hubo 7 padres que no asistieron a la Unidad Temática orientada a mejorar el nivel de conocimiento acerca de la epilepsia y que mantienen el bajo nivel de conocimiento en ambas situaciones.

Sin embargo, el resto de los padres (6) quienes estuvieron sometidos al estímulo experimentaron un cambio significativo en la situación final por cuanto 3 de ellos se trasladaron a la categoría de regular y los otros 3 padres a la categoría de alto nivel de conocimiento acerca de la epilepsia.

5.- ANALISIS DE LA VARIABLE

VARIABLE: CONOCIMIENTO ACERCA DE LAS CARACTERISTICAS
QUE ASUME LA INSTITUCION

Sobre la base de la observación participante y entrevistas sostenidas con los padres, se concluyó que éstos desconocían el tipo de institución de que se trata la Escuela de Educación Especial, del tipo de niños que atiende, de los objetivos, tipo de enseñanza, diferencias con una escuela Básica Común, etc.

A continuación se indica el conocimiento de los padres sometidos al estímulo, en la situación final.

<i>PADRES ASISTENTES</i>	
<i>Conocimiento Características de Institucion</i>	<i>Situacion Final</i>
<i>Alto</i>	25
<i>Regular</i>	6
<i>Bajo</i>	—
<i>Total</i>	31

Del cuadro anterior, se observa que de aquellos padres que asistieron al desarrollo de la totalidad de las Unidades Temáticas, evidencian un alto conocimiento acerca de las características que asume la Institución, un total de 25 padres; y en 6 padres dicho conocimiento es regular. No existiendo padres con un bajo nivel de conocimiento respecto de las características que asume la Institución.

6.- VARIABLE PARTICIPACION

A fin de lograr la medición de la variable participación entendida como la verbalización de ideas de los padres durante el desarrollo de las Unidades Temáticas, se aplicó una pauta de observación. (ver anexo N-5).

Esta pauta de observación consideró los siguientes indicadores a fin de medir dicha variable:

- sólo escucha
- escucha y hace preguntas

- escucha y aporta ideas
- escucha y repite ideas recientemente expresadas por otros padres
- escucha y verbaliza monosílabos (si, no, claro, etc.)

Respecto de cada indicador, fueron establecidas las categorías de Alta, Satisfactoria y Baja. (ver anexo N-5).

Para el análisis de esta Variable, se considerará al total de padres asistentes por cada unidad temática. Por tanto el nivel de participación, se obtuvo sumando en cada Unidad Temática el puntaje obtenido por los diferentes padres asistentes. Posteriormente, el puntaje total del colectivo de cada Unidad Temática fue trasladado a porcentajes en base al número total de padres asistentes.

A continuación se presenta el nivel de participación evidenciado por los padres en cada Unidad Temática:

VARIABLE PARTICIPACION				
Unidad Temática	Colectivo	Nivel de Participacion	%	
I	30	alta	16	53
		satisfactoria	9	30
		baja	5	17
Reunion Extraordinaria acerca unidad I	9	alta	4	44
		satisfactoria	5	56
		baja	—	—
II	6	alta	3	50
		satisfactoria	2	33
		baja	1	17
III	34	alta	27	80
		satisfactoria	1	3
		baja	6	17
III	34	alta	24	70
		satisfactoria	4	13
		baia	6	17

Se observa que el nivel de participación fue aumentando a medida que se fueron desarrollando las unidades temáticas. respecto al bajo nivel de participación ésta se mantuvo en un 17% en el desarrollo de cada unidad temática. La participación satisfactoria sufrió fluctuaciones de aumento y disminución.

Según los resultados obtenidos, se deduce que se logró promover la participación de los grupos familiares durante el desarrollo de las Unidades temáticas.

PROYECTO N-2PROYECTO DE CAPACITACION DIRIGIDO A LOS GRUPOS FAMILIARES

El análisis que a continuación se presenta está orientado a demostrar los alcances obtenidos a través de la aplicación de este proyecto.

1.- VARIABLE: CONOCIMIENTO ACERCA DE LA DEFICIENCIA MENTAL

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la prueba estadística de Wilcoxon (1), se concluye que existen diferencias significativas entre la situación inicial y final de los grupos familiares acerca de la variable conocimiento acerca de la deficiencia mental.

Esto queda manifestado con mayor claridad en el cuadro que a continuación se señala, el que estipula los cambios producidos en términos de la calidad de la variable, establecida mediante el índice sumatorio.

GRUPOS FAMILIARES		
Conocimiento Deficiencia Mental	Situación Inicial	Situación Final
Alto	—	23
Regular	2	23
Bajo	44	—
Total	46	46

(1) Mediante la Prueba de Wilcoxon se obtuvieron 1.123 órdenes positivas y 0 órdenes negativas, refutándose de esta manera la hipótesis nula.

El cuadro anterior muestra el aumento de conocimiento logrado por los grupos familiares en relación a la deficiencia mental; de un total de 44 grupos familiares ubicados inicialmente en la categoría bajo, 23 ascendieron a la categoría alto y el resto a la categoría regular.

2.- VARIABLE: CONOCIMIENTO ACERCA DE LA EPILEPSIA

Según los resultados obtenidos mediante la misma prueba antes señalada se concluye que existen diferencias significativas entre la situación inicial y la situación final respecto del conocimiento acerca de la epilepsia en los grupos familiares.(1)

A continuación, mediante la calidad de la variable, establecida a través del índice sumatorio, se señala con mayor claridad las diferencias entre la situación inicial y final, después de la aplicación de la variable interviniente.

GRUPOS FAMILIARES		
Conocimiento Epilepsia	Situación Inicial	Situación Final
Alto	—	6
Regular	2	4
Bajo	8	—
Total	10	10

(1) En este caso se obtuvieron 1.093 órdenes positivas y 0 órdenes negativas refutándose la hipótesis nula.

El cuadro anterior nos permite afirmar que de un total de 10 grupos familiares, 8 en la situación inicial se ubicaron en la categoría de bajo; 2 en la categoría de regular y ninguno en la categoría de alto.

Posteriormente, esta situación inicial sufrió una modificación favorable por cuanto 6 grupos familiares se trasladaron en su conocimiento a la categoría alto y el resto a la categoría regular, quedando vacía la categoría bajo.

3.- VARIABLE: CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ESTIMULACION DE LAS CAPACIDADES DEL MENOR.

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la misma prueba(1) se concluye que existen diferencias significativas entre la situación inicial y la situación final. A continuación se detalla esta diferencia, mediante la calidad de la variable obtenida a través del índice sumatorio.

GRUPOS FAMILIARES		
Conocimiento Estimulacion Capacidades	Situacion Inicial	Situacion Final
Alto	17	41
Regular	23	5
Bajo	6	—
Total	46	46

(1) En este caso se obtuvieron 1.123 órdenes positivas y 0 órdenes negativas, refutándose la hipótesis nula.

Se observa que en el cuadro anterior, que en la situación inicial de un total de 46 grupos familiares, sólo 17 de estos presentan un alto conocimiento; 23 un regular conocimiento y 6 un bajo conocimiento.

Posteriormente con el desarrollo de la Unidad temática, esta situación mencionada sufrió una verificación significativa puesto que 41 grupos familiares se trasladaron a la categoría de alto, pasando los 5 restantes a formar parte de la categoría regular, quedando vacía la categoría bajo.

4.- VARIABLE: CONOCIMIENTO ACERCA DE LAS CARACTERISTICAS QUE ASUME LA INSTITUCION

A partir de la observación participante y entrevista sostenidas, se infirió que los grupos familiares presentaban un bajo nivel de conocimientos acerca de los objetivos de la institución; el tipo de niños que atiende; el tipo de aprendizaje, diferencias con una escuela básica-común, etc. A continuación se señala la situación final de los grupos familiares sometidos al estímulo.

GRUPOS FAMILIARES	
Conocimiento Características Institución	Situación Final
Alto	31
Regular	15
Bajo	0
Total	46

Del cuadro anterior se desprende que

aquellos grupos familiares que estuvieron sometidos al estímulo, evidencian en su situación final un alto conocimiento acerca de las características que asume la institución en 31 grupos familiares y en 15 dicho conocimiento es regular.

5.- VARIABLE PARTICIPACION

Para medir la variable participación entendida como la verbalización de ideas del grupo familiar durante el desarrollo de las unidades temáticas, se utilizó una pauta de observación, la cual contenía los siguientes indicadores:

- expresa opiniones
- interés por profundizar el tema
- actitud frente a la temática
- grupo familiar se encuentra preparado para el inicio de la unidad Temática
- tipo de respuestas entregadas por el grupo familiar.

Respecto de cada indicador, fueron establecidas las categorías de Buena, (2 puntos); Regular (1 punto); Malo (0 punto). (Ver anexo n-6).

De esta forma, con la suma de cada unidad temática desarrollada se obtiene el puntaje del total de los grupos familiares, el cual fue trasladado posteriormente a porcentajes en base al número total de grupos familiares participantes al número total de Unidades Temáticas desarrolladas. Esto queda indicado en el siguiente cuadro:

VARIABLE PARTICIPACION				
Unidad Tematica	Colectivo	Nivel de Participacion		%
I	47	alta	25	53
		satisfactoria	18	47
		baja	—	—
II	10	alta	6	60
		satisfactoria	4	40
		baja	—	—
III	46	alta	21	46
		satisfactoria	23	50
		baja	2	4

Se observa que el presente promedio de participación de los grupos familiares es alto en un 50%; de participación regular en un 45% y de participación baja en un 4%.

Según estos resultados, se concluye que se logró promover la participación de los grupos familiares durante el desarrollo de las Unidades temáticas con templadas en el proyecto de capacitación.

II.- EVALUACION DE LOS OBJETIVOS

Con el fin de evaluar los resultados en relación a los objetivos del programa se utilizarán los siguientes criterios evaluativos:

- 1.- LOGROS
- 2.- EFICIENCIA

1.- LOGROS.

En cuanto al objetivo de elevar el nivel de conocimiento acerca de la deficiencia mental, es posible afirmar que tanto los padres como los grupos familiares evidenciaron un notable aumento de su conocimiento. Es así como de 63 padres, el 49% de ellos elevó su nivel de conocimientos y de 46 grupos familiares, el 100% elevó su nivel de conocimiento acerca de la deficiencia mental.

Respecto del objetivo aumentar el nivel de conocimiento acerca de la epilepsia, de 13 padres cuyos hijos deficientes mentales padecen de epilepsia, el 46% de ellos mejoró su nivel de conocimiento acerca de la epilepsia. De 10 grupos familiares sometidos al estímulo la totalidad de ellos (100%) mejoró su nivel de conocimiento. Por tanto, se concluye que tanto los padres como los grupos familiares evidenciaron un notable mejoramiento del bajo nivel de conocimientos que éstos presentaban en la situación inicial.

En relación al objetivo, elevar el nivel de conocimiento acerca de la estimulación de las capacidades del menor en proceso de habilitación, tenemos que de 63 padres el 49% de ellos traslada su nivel de conoci

miento a las categorías de alto y regular conocimiento. De 46 grupos familiares, el 100% de ellos experimentó un aumento en el nivel de conocimiento. De éstos resultados se concluye que padres y grupos familiares elevaron significativamente el nivel de conocimiento acerca de la estimulación de las capacidades del menor.

El objetivo de informar a los padres acerca de las características que asume la Institución, tenemos que de 31 padres el 82% de ellos se ubica en la categoría de alto nivel de conocimiento y en el 18% de ellos un regular nivel de conocimientos. De 46 grupos familiares, el 67% de ellos evidencia un alto nivel de conocimientos acerca de las características que asume la Institución.

Por último en cuanto al objetivo promover la participación de los sujetos, cabe señalar, que de 31 padres un 55% de ellos evidenció una alta participación durante el desarrollo de las unidades temáticas, y el 45% manifestó un regular nivel de participación. De 46 grupos familiares, el 68% de ellos manifestó una alta participación, el 30% de ellos un regular nivel de participación y el 2% evidenció un bajo nivel de participación. Estos resultados nos hacen pensar que hubo una promoción de la participación en padres y grupos familiares.

2.- EFICIENCIA: Este criterio evaluativo relacionará los logros obtenidos con los recursos empleados en la consecución de los mismos, además, se incluirá como elemento de análisis el factor tiempo en el cual se alcanzaron dichos logros.

Recursos:Humanos:

Los proyectos estuvieron conducidos en su totalidad por el equipo de trabajo responsable de su ejecución, quienes respondieron en forma eficiente a los resultados de la entrega de contenidos educativos.

Cabe destacar, que la preparación teórica en materias de Deficiencia Mental y Epilepsia por parte del equipo permitió alcanzar los objetivos propuestos, sin ningún obstáculo, desde el punto de vista del recurso humano.

Otro recurso empleado en ambos proyectos de capacitación, fue el cuerpo de profesores de la institución, es decir, de cada profesor a cargo del grupo curso, no sólo con fines de coordinación, sino que también en función de asesoramiento, especialmente en el proyecto de capacitación dirigido a los encuentros de Padres.

Otros recursos contemplados fueron: Directora, Asistente Social, Jefe de Gabinete, y de dos alumnas en práctica, auxiliares de bienestar Social, quienes colaboraron en forma satisfactoria en la ejecución de los proyectos.

del programa.

Materiales:

Los recursos materiales con que se contó para cumplir con los requerimientos de la entrega de contenidos fueron suficientes y satisfactorios.

En relación al Proyecto de Capacitación dirigido a los subcentros de padres en un comienzo no se contó con un espacio físico adecuado que reuniera las condiciones mínimas para desarrollar las sesiones planificadas. Sin embargo, una vez trasladado el establecimiento en su nuevo local ubicado en 2- pasaje s/n de Avenida Francia, se contó con una sala desocupada durante la jornada de la tarde, con una iluminación, ventilación y mobiliario adecuado.

En cuanto al proyecto de capacitación dirigido a los grupos familiares, no se precisó de este tipo de recursos dado a que la entrega de los contenidos educativos, se llevó a efecto en el domicilio particular de cada grupo familiar.

En ambos proyectos además, se utilizó la Oficina de Servicio Social de la Institución, a fin de establecer entrevista con los padres.

El material didáctico y de Oficina que se utilizó, lo otorgaron satisfactoriamente las alumnas a cargo del programa.

En el proyecto de capacitación dirigido al grupo familiar, se utilizaron diapositivas y proyectora facilitadas por la Institución.

Financieros:

Debido a que la Institución no cuenta con los recursos financieros para su normal desenvolvimiento, es que los recursos económicos utilizados en los proyectos de capacitación fueron otorgados por el equipo de trabajo, integrado por las alumnas seminaristas.

Resultando satisfactorios de acuerdo a las necesidades de los proyectos

Tiempo:

Para ambos proyectos se había estipulado un plazo de 12 semanas para su implementación. Sin embargo, este plazo debió prolongarse en ambos proyectos a 14 semanas.

III.- ANALISIS DE LA EFICACIA DE LAS TECNICAS UTILIZADAS

A objeto de señalar las características más importantes y la eficacia de las técnicas empleadas en el desarrollo de ambos proyectos se hace un análisis de ellas:

TECNICAS DE CONTROL

- test diagnóstico
- pauta de observación
- tabla gantt
- reunión de supervisión
- reuniones informales del equipo de trabajo

TECNICAS DE ENTRADA DE CONTENIDOS EDUCATIVOS

PROYECTO N-1: Proyecto de Capacitación dirigido a los subcentros de Padres.

- charla
- discusión de grupo
- rotafolio
- diapositivas

PROYECTO N-2: Proyecto de Capacitación dirigido a los
Grupos familiares.

- Diálogo dirigido
- Discusión de Pequeño Grupo
- Afiches

TECNICAS AUXILIARES

- Reunión formativa
- Reunión informativa
- Entrevista informativa

TECNICAS DE CONTROL

- Test diagnóstico:

Técnica utilizada durante el período de investigación permitiendo medir el grado de conocimiento de los padres en su situación inicial; y situación final, luego de la entrega de contenidos acerca de la deficiencia mental, epilepsia y estimulación de las capacidades del menor. La aplicación de dicho instrumento fue aplicado mediante entrevistas individuales a fin de evitar aquéllas dificultades que dicen relación con algunos términos o palabras, dado el bajo nivel de escolaridad evidenciado por los padres durante la investigación exploratoria realizada.

- Tabla Gantt:

Técnica que se utilizó con el fin de programar y controlar las actividades de ambos proyectos.

La utilización de esta técnica permitió determinar la ubicación témporo-espacial de lo realizado en función con lo programado. Ello nos demuestra la eficacia de su utilización en este tipo de proyectos.

- Pauta de observación:

Técnica que permitió observar de una manera estructurada la variable participación principalmente. La pauta de observación de participación fue aplicada en cada sesión realizada por ambos proyectos.

- Reuniones de Supervisión:

Se realizaron a fin de informar al supervisor guía acerca del avance del proyecto y, analizar en forma conjunta con el equipo de trabajo, se realizaron en forma periódica a fin de orientar y/o modificar el curso de acción, cumpliendo con la finalidad propuesta.

- Reuniones informales con el equipo de trabajo:

El equipo de trabajo a cargo del programa, se reunían con posterioridad al desarrollo de cada sesión, con el objeto de analizar aquellos aspectos relevantes ocurridos. A su vez, con fines de coordinar en conjunto con el personal del establecimiento en cuanto al desarrollo de ambos proyectos.

TECNICAS DE ENTREGA DE CONTENIDOS EDUCATIVOS

PROYECTO N- 1: PROYECTO DE CAPACITACION DIRIGIDO A LOS SUBCENTROS DE PADRES.

- Charla:

Técnica que permitió presentar y exponer los contenidos educativos. Para evitar la comunicación en un sólo sentido, ya que esta técnica consiste básicamente en una exposición verbal; la expositora (alumna) planteaba en forma individual preguntas tipos a los padres asistentes,

permitiendo así una participación más directa de parte de los padres asistentes. Esta técnica fue utilizada en las sesiones referidas a Deficiencia Mental y Epilepsia.

- Grupo de Discusión:

Técnica que permitió la participación de los padres frente a los contenidos tratados durante la sesión "El proceso de habilitación del menor deficiente mental educable". Permitió además, a los padres clarificar algunas dudas frente a la habilitación del menor, debido a que el grupo era reducido (13 padres) permitió su aplicación. La coordinadora (alumna a cargo del proyecto) iba presentando los temas de discusión, mediante la realización de preguntas previamente estructuradas a todo el grupo. El grupo iba respondiendo las interrogantes por iniciativa propia o bien recurriendo a los apuntes entregados al inicio de la sesión.

- Rotafolio:

Técnica auxiliar utilizada para complementar y destacar cierto tipo de contenidos, referidos a las unidades temáticas, que incluye el Programa. Fue utilizado durante todas las sesiones que abarcó el proyecto.

El Rotafolio fue confeccionado, especialmente con carátula; plumón y láminas a color. Teniendo una lámina por pregunta desarrollada. La utilización del rotafolio como instrumento auxiliar facilitó en gran medida el desarrollo de las sesiones, ya que los padres se sentían mejor motivados durante la entrega de los contenidos educativos. Por último, por el hecho de que los padres poseen

un bajo nivel de escolaridad se justifica la utilización del Rotafolio como medio aclaratorio de ideas y contenidos que requieren de un cierto grado de abstracción.

- Diapositivas:

Las diapositivas empleadas describían situaciones donde el menor se desarrollaba (Escuela, Familia y Comunidad). Fueron proyectadas en la cuarta sesión con el fin de complementar y reforzar la entrega de contenidos referidos a la unidad temática. "El proceso de habilitación del menor deficiente mental educable".

La aplicación de esta técnica causó una mayor participación de parte de los padres asistentes.

TECNICAS DE ENTREGA DE CONTENIDOS EDUCATIVOS

PROYECTO N-2: PROYECTO DE CAPACITACION DIRIGIDO A LOS GRUPOS FAMILIARES.

- Diálogo Dirigido:

Técnica utilizada en aquellos grupos familiares de un número reducido de integrantes, con el fin de motivar la participación sobre las temáticas tratadas. El diálogo fue inducido mediante la realización de preguntas tipo hechas a cada miembro del grupo familiar; frente a las posibles respuestas entregadas se realizaba una síntesis breve, estableciendo la respuesta adecuada, a la pregunta tipo.

- Discusión de Pequeño Grupo:

Técnica utilizada en aquellos grupos familiares en que se contó con la participación de dos o más

miembros del grupo familiar, con el fin de permitir un mayor grado de participación de éstos, ya sea mediante la emisión de ideas, opiniones y consultas relativas a los intereses de los grupos familiares. Para ello era muy importante, crear un clima propicio, permisivo, exento de críticas y tensiones.

- Afiches:

Técnica utilizada como una forma de clarificar y facilitar la comprensión de los contenidos en tregados a los grupos familiares como un modo de complementar la labor educativa, haciendo más amena la asimilación de los contenidos.

TECNICAS AUXILIARES

- reunión formativa:

Técnica utilizada a fin de desarrollar las sesiones educativas.

- reunión informativa:

Técnica utilizada en ambos proyectos a fin de desarrollar la etapa de motivación, mediante la información general de las características de los proyectos.

- Fue también utilizada con el fin de dar a conocer al Cuerpo de Profesores, Directora, Asistente Social y Jefe de Gabinete, respecto de las características de los proyectos.

- Entrevistas informativas:

Técnica utilizada con mayor frecuencia en la etapa de motivación de ambos proyectos, a fin de incentivar a los sujetos no asistentes a las reuniones

de subcentros de Padres programadas y realizadas.

Estas entrevistas se llevaron a cabo tanto en el hogar de los sujetos como en la Oficina de Servicio Social de la institución.

- Circulares:

Técnica utilizada en ambos proyectos, para que los sujetos se incorporaran en el desarrollo de las sesiones programadas.

IV.- CONCLUSIONES

1.- En relación a los objetivos:

La programación de la acción social ejecutada a nivel de Subcentros de Padres y a nivel de grupos familiares tuvo como objetivo general contribuir a mejorar el nivel de eficacia del proceso de habilitación que aplica la institución. Para alcanzar dicho objetivo se efectuaron dos proyectos de capacitación. Cada proyecto en particular estuvo subordinado al objetivo general y además tenían objetivos específicos que en conjunto implementaban dicho objetivo general. Además estos proyectos estaban sustentados por una hipótesis de trabajo ya señalada anteriormente. (ver página. 148)

Es preciso señalar, que no es posible precisar los alcances logrados en relación a mejorar el nivel de eficacia del proceso de habilitación que aplica la Institución. Si se puede inferir que de haberse cumplido los objetivos específicos se estaría contribuyendo a mejorar dicho proceso.

En base a los análisis de los resultados obtenidos por cada proyecto, se obtuvo por una parte un notable mejoramiento del conocimiento acerca de la deficiencia mental, epilepsia, estimulación de las capacidades del menor y de las características que asume la institución y por otra parte, se obtuvo una significativa participación de los sujetos, logrando así promover la participación de padres y grupos familiares en los proyectos de capacitación.

De acuerdo a los antecedentes anterior

mente expuestos, se concluye que los proyectos de capacitación lograron elevar el bajo nivel de conocimientos que evidenciaron los sujetos durante la investigación realizada, como también promover la participación de los sujetos, permitiendo de esta manera mejorar el nivel de eficacia del proceso de habilitación que aplica la Institución.

2.- En relación a las hipótesis que fundamentan la acción transformadora.

Los objetivos se alcanzaron en la medida que fue posible desarrollar contenidos educativos mediante la Escuela de Padres, constituyéndose este organismo en un medio eficaz para la implementación de proyectos educativos tendientes a mejorar el nivel de conocimientos de los padres acerca de la problemática específica del menor deficitario, y por ende, elevar el grado de eficacia del proceso de habilitación del menor.

3.- En relación a los recursos

Respecto de los recursos humanos utilizados en la ejecución de los proyectos, podemos afirmar que las alumnas seminaristas que hicieron entrega de los contenidos educativos fueron suficientes por cuanto hubo una preparación teórica previa acerca de las temáticas; en cuanto a los recursos humanos proporcionados por la Institución (Directora, Asistente Social, Jefe de Gabinete Técnico, Cuerpo de Profesores, etc.) fueron suficientes en la medida que permitieron una adecuada coordinación.

En cuanto a los recursos materiales, debemos destacar que en un inicio no se contó con las condiciones mínimas de un espacio físico adecuado para desarrollar las Unidades Temáticas. Los materiales didácticos y de oficina empleados fueron proporcionados en su totalidad por las alumnas de Seminario, siendo suficientes de acuerdo con los requerimientos de los proyectos.

4.- En relación al tiempo:

El tiempo inicial considerado pudo haber sido suficiente, si no se hubieran producido circunstancias externas adversas, como la reestructuración del programa y cambio del local de la institución. Estas circunstancias hicieron que el plazo estipulado inicialmente de doce semanas se extendiera a catorce semanas.

5.- En relación a las técnicas:

Las técnicas utilizadas en los proyectos fueron eficaces en la medida que hicieron posible el desarrollo de los contenidos educativos, y permitir la participación de los sujetos.

Cabe señalar que en los proyectos se utilizaron dos formas de trabajo. A nivel de grupo curso de padres en la cual se desarrolló la labor educativa a través de reuniones de subcentros de padres, empleándose técnicas tales como: Charlas, Discusión de Grupos, Rotafolio, etc. A nivel de la dimensión individual familiar, en que la acción educativa se desarrolló mediante la realización de visitas domiciliarias a cada grupo familiar, se utilizaron técnicas propias de esta dimensión, tales como:

Diálogo dirigido, Discusión de pequeño grupo, etc. A diferencia de la dimensión anterior, los contenidos educativos fueron adecuados a la situación deficitaria de cada menor.

Respecto de los análisis de los resultados obtenidos en cada proyecto, se concluye que la modalidad de trabajo a nivel individual familiar es de mayor grado de eficacia en la medida que permitió un mayor grado de participación, y por tanto un cambio significativo en el nivel de conocimiento. Es así como de 46 grupos familiares que evidenciaron un bajo nivel de conocimientos, el 100% de ellos mejoró notablemente esta situación. En cambio en la dimensión grupo curso, de 63 padres, sólo el 49% elevó su nivel de conocimiento, por cuanto este porcentaje de padres evidenció interés por participar en el desarrollo de los contenidos.

Para desarrollar contenidos educativos a nivel de grupo curso de padres, es necesario desarrollar una amplia labor de motivación orientada a incentivar la participación de éstos, debido a que se encuentran insertos en un contexto socio-cultural que no les permite percibir la importancia de su participación en dicha labor educativa.

BIBLIOGRAFIA .TEXTOS .

- BARROS V., G. Problemáticas y Políticas Sociales. Santiago. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Chile. 1976.
- BRAVO V., L. Educación Especial, Problemas de Aprendizaje y Retardo Mental. Santiago. Universidad Católica de Chile.
- BRITO N., A. Educación Diferenciada. Glosario de Términos. 1975.
- CEPLAN. Bienestar y Pobreza. Santiago. Ediciones Nueva Universidad. 1974.
- DE BRAY M. La Asistencia Social Individualizada. Madrid. Aguilar. 1966.
- DESAL. Marginalidad en América Latina. Un Ensayo de Diagnóstico. Barcelona, España. Herder. 1969.
- ERICKSON, M. J. Como es el Niño Retardado y como Enseñarle. Buenos Aires. Paidós. 1973.
- ESCARDO, F. La Sociedad ante el Niño. Buenos Aires. Editorial Universitaria. 1962.
- FORD, F. Enfermedades del Sistema Nervioso en la Infancia. Niñez y Adolescencia. Córdoba. Editorial La Médica. 1968.
- GESSELL, A. y otro. Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del Niño". Buenos Aires. Editorial Médico Quirúrgica. 1946.
- GOODE, W. y otro. Métodos de Investigación Social. Mexico. Trillas. 1974.
- HARRISON, T.R. Medicina Interna. México. Prensa Médica Mexicana. 1973.
- KOLHER, C. Las Deficiencias Intelectuales en el Niño. Barcelona, España. Editorial Luis Miracle. 1956.
- MONCHEBERG, F. Jaque al Subdesarrollo. Santiago. Editorial Gabriela Mistral. 1974.

- PRUDHOMMEAU, M. Educación de la Infancia Anormal. Barcelona. España. Editorial Luis Mirade. 1969.
- SCHIFFERS, J. Enciclopedia Médica Familiar. U.S.A. Editorial Press Service Inc. 1961.
- TELFORD, CH. y otro. El Individuo Excepcional. Editorial Prentice Hall Internacional. U.S.A.

MEMORIAS .-

- Alvarez, L. et. al. Estudio del grado de conocimientos y prejuicios de la Epilepsia del menor en edad escolar básica que tienen padres y profesores del Primer Sector Escolar de Valpso. Seminario de Tesis para optar al Título de Asistente Social. 1976.
- CHIANG, H. et. al. Las Relaciones Humanas en la Familia Nuclear Urbana obrero Industrial y su influencia en la Personalidad del Niño de 0 a 5 y medio años. Valpso. Tesis de Título Asistente Social. 1975.
- DIAZ, J. y otro. Organización de un Departamento de Bienestar en la Federación de Tripulantes de Chile. Valparaíso. Seminario de Título. 1978.
- JAMETT, G. et. al. Contribución de Servicio Social a la Habilitación y Rehabilitación del menor "eficiente Mental Edu-cable en la Escuela de Educación Especial No. 42 de Valpso. Valparaíso. Seminario de Título. 1978.
- LARENAS, R. et. al. Características Sociales de los dirigentes de Sectores Marginales. Valparaíso. Seminario de Tesis para optar al Título de Asistente Social. 1975.
- RUBIO, A. y otro. El Problema Médico-Social del Niño Epiléptico en edad escolar en la ciudad de Valpso. y su protección social. Valparaíso. Tesis Título Asistente Social. 1957.

APUNTES .

- BRALIC, S. y otro. V. Jornada de Educación y Cultura. Trastornos Infantiles. Coordinación Regional Valparaíso, Aconcagua, San Antonio. Area de Educación Especial. 1979.
- BRIONES, G. Metodología de los Estudios Evaluativos. Su aplicación a Programas de Desarrollo Social. Santiago. Instituto de Sociología Universidad Católica de Chile. 1974.

ROBINSON, A. "Perturbaciones mentales de la evolución. Oligofrenias. Apuntes de Psicopatología I. Carrera de Servicio Social. 1975.

O.M.S. Folleto No. 130. Epilepsia Juvenil. Ginebra. 1977.

TANJAN, J. y otro. "Algunos Conceptos sobre la Clasificación del Retraso en los EE.UU. Ley de Inglaterra y Gales sobre Salud. Mental.

REVISTAS :

REVISTA DE EDUCACION No.28. Centro de Perfeccionamiento, Experimentación e Investigaciones Pedagógicas. Santiago. Chile. 1970.

REVISTA DE EDUCACION No.68. Centro de Perfeccionamiento, Experimentación e Investigaciones Pedagógicas. Santiago de Chile. 1977.

REVISTA DE EDUCACION No.65. Centro de Perfeccionamiento, Experimentación e Investigaciones Pedagógicas. Santiago. Chile. 1975.

REVISTA DE LA LIGA CONTRA LA EPILEPSIA DE VALPARAISO No. 48-49. Julio-Septiembre 1976.

REVISTA DE TRABAJO SOCIAL No.12. Editorial Escuela Trabajo Social. Universidad Católica . Santiago. 1974.

REVISTA DE TRABAJO SOCIAL No.18. Editorial Escuela de Trabajo Social Universidad Católica . Santiago. 1976.

ENTREVISTAS .

ARCAJA A. Médico Psiquiatra. Hospital Carlos Van Burem. Valparaíso.

BARCH, E. Secretaria Departamento Unidades de Adiestramiento. Facultad de Medicina Area Sur. Santiago.

CANCINO, E. Asistente Social Servicio Médico Nacional de Empleados. Valparaíso.

CUBILLOS, L. Médico Neurólogo Infantil. Hospital Carlos Van Burem. Valparaíso.

ESPIÑOLA, E. Especialista en Deficiencia Mental. Director de Centro de Diagnóstico No.5. Viña del Mar.

FAUNDEZ, J. Asistente Social. Docente Carrera de Servicio Social. Universidad de Chile, Sede Valparaíso.

- GODOY, A. Médico Epidemiólogo. V Región de Salud. Valparaíso.
- IRRIBARRA, N. Neuropsiquiatra Infantil. Hospital Enrique Defor-
mes. Valparaíso.
- LORCA, A. Profesor de Psicología. Facultad de Educación y
Letras . Universidad de Chile. Valparaíso.
- MERCADO, M. Profesor a cargo de las Escuelas de Padres. Se-
cretaría Regional de Educación.
- MIÑO, J. Profesor Especialista en Educación Especial. Coordi-
nador Provincial de la Ligua.
- MORENO, S. Profesora Especialista. Coordinadora Provincial
de Educación Especial.
- PASTEN, F. Asistente Social. Docente Carrera Servicio Social
Universidad de Chile Valparaíso.
- PAVEZ, V. y otras. Profesora en Educación Especial. Direc-
tora de la Escuela de Educación Especial FN 257 de Valpso.
- SAN MARTIN, M. Planificador. Secretaria Regional de Planifica-
ción. Intendencia Regional de Valparaíso.
- SANTANDER, E. Técnico Estadístico. Docente Universidad de
Chile. Santiago.
- SILVA, L. y otra. Asistente Social Hospital Psiquiátrico
El Salvador. Valparaíso.
- SOYA, V. Asistente Social. Docente Carrera Servicio Social
Universidad de Chile Valparaíso.
- SUAREZ, C. Profesor Especialista en Educación Especial. Coordi-
nador Regional de Educación Especial.

A N E X O S

- ANEXO No.1 : Encuesta Social utilizada en la Investigación Exploratoria.
- ANEXO No.2 : Pauta de entrevista estructurada dirigida al Coordinador Regional de Educación Especial.
- ANEXO No.3 : Pauta de entrevista estructurada dirigida al Director de Centro de Diagnóstico No.5 de Viña del Mar.
- ANEXO No.4 : Encuesta Social utilizada en la Investigación Explicativa.
- ANEXO No.5 : Pauta de observación estructurada utilizada en el Proyecto de Capacitación, dirigido a los Subcentros de Padres.
- ANEXO No.6 : Pauta de observación estructurada utilizada en el Proyecto de Capacitación dirigido a los grupos familiares.

ENCUESTA SOCIAL .I.- INDIVIDUALIZACION DEL MENOR .

NOMBRE: _____
 (Apellido paterno) (Apellido Materno).

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD _____

AÑO DE INGRESO: _____

MOTIVO DE INGRESO: _____

DOMICILIO : _____
 (Calle) (Número).

(Cerro) (Ciudad)

II.- ANTECEDENTES DEL GRUPO FAMILIAR .

NOMBRE	RELACION	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	PROFESION	TRABAJO ACTUAL	INGRESOS	PREVISION
1.-								
2.-								
3.-								
4.-								
5.-								
6.-								
7.-								
8.-								
9.-								
10.-								

OBSERVACIONES : _____

III.- VIVIENDA :

3.1.- Calidad del ocupante.

- a.- Propietario.
- b.- Arrendatario.
- c.- Cediada.
- d.- Allegados.
- e.- Ocupación ilegal.

3.2.- Tipo de material.

- a.- Concreto.
- b.- Madera.
- c.- Adobe
- d.- Desechos.

3.3.- Infraestructura de Servicios.

- a.- Agua potable.
- b.- Luz eléctrica.
- c.- Alcantarillado.

IV.- INGRESOS .

- a.- Ingresos del Jefe de hogar.
- b.- Otros ingresos.

V.- SALUD.

- 5.1.- Persona afectada.
- 5.2.- Tipo de enfermedad.
- 5.3.- Existencia de diagnóstico.
- 5.4.- Existencia de tratamiento.

VI.- RELACIONES INTRAFAMILIARES.

- a.- Relaciones conyugales.
- b.- Relaciones paterno filiales.
- c.- Relaciones filiales.

VII.- OBSERVACIONES.

PAUTA ESTRUCTURADA .

DIRIGIDA AL COORDINADOR REGIONAL DE EDUCACION ESPECIAL.-

OBJETIVOS:

- Conocer la implementación de la Política de Educación Especial en la V Región.
- Conocer vinculación existente con la Escuela de Educación Especial FN 257 de Valpo.

PREGUNTAS :

- 1.- ¿ Cómo se concibe la Educación Especial en relación al sistema educacional chileno?
- 2.- ¿ Qué políticas, planes y programas orientan a la Educación Especial ?
- 3.- ¿ Cuáles son los objetivos generales y específicos que pretende alcanzar la Educación Especial ?
- 4.- ¿Cuál es el funcionamiento y dependencia administrativa de la Educación Especial a nivel de la V Región?
- 5.- ¿Cuál es la magnitud del problema del menor deficiente mental-epiléptico en el país y en la V Región ?

- 6.- ¿ Cuántas Escuela de Educación Especial existen en la V Región ?
- 7.- ¿ Qué relación existe entre Coordinación de Educación Especial y la Escuela de Educación Especial FN 257 de Valpo. ?
- 8.- ¿ Qué enfoque se le dá a la deficiencia mental y epilepsia en términos de definición, clasificación y formas de tratamiento ?
- 9.- ¿ Qué papel se le asigna a Servicio Social en la Educación Especial ?

PAUTA ESTRUCTURADA .

DIRIGIDA A DIRECTOR DEL CENTRO DE DIAGNOSTICO No.5.VINA DEL MAR.

OBJETIVOS:

- Conocer planes y programas de este tipo de Institución.
- Conocer relación existente con Escuela de Educación Especial FN 257 de Valpo.
- Conocer la labor del profesional de Servicio Social en esta Institución.

PREGUNTAS :

- 1.- ¿Qué planes y programas orientan la labor del Centro de Diagnóstico ?
- 2.- ¿ Qué objetivos orientan las acciones desarrolladas por este tipo de Institución?
- 3.- ¿ Qué relación existe entre la Escuela de Educación Especial FN 257 de Valpo. y el Centro de Diagnóstico?
- 4.- ¿ Qué porcentaje de población escolar presenta deficiencia mental ?
- 5.- ¿ Qué porcentaje de menores escolares deficientes mentales son atendidos por este Centro de Diagnóstico ?

- 6.- ¿ Qué tipo de profesionales integran el equipo interdisciplinario ?
- 7.- ¿Cuál es la labor del profesional de Servicio Social en dicha Institución ?
- 8.- ¿Cuál es la dependencia administrativa del Centro de Diagnóstico ?

Universidad de Valparaíso
CITEF
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BIBLIOTECA

ENCUESTA SOCIAL .

IDENTIFICACION .

NOMBRE : _____
(Apellido Paterno) (Apellido Materno)

(Nombres)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

AÑO DE INGRESO: _____

MOTIVO DE INGRESO: _____

MOTIVO REAL DE INGRESO: _____

DOMICILIO: _____
(Calle) (Número).

(Población) (Cerro)

(Ciudad)

ANTECEDENTES DEL GRUPO FAMILIAR .-

NOMBRE	RELACION	EDAD	EST.CIVIL	ESCOLARIDAD	PROFESION	TRABAJO ACTUAL	INGRESOS	REVISION
1.-								
2.-								
3.-								
4.-								
5.-								
6.-								
7.-								
8.-								
9.-								
10.-								

OBSERVACIONES : _____

SALUD : EXISTENCIA DE ENFERMEDAD

	DIAG.	TRAT.
1.-	_____	_____
2.-	_____	_____
3.-	_____	_____
4.-	_____	_____
5.-	_____	_____

	DIAG.	TRAT.
6.-	_____	_____
7.-	_____	_____
8.-	_____	_____
9.-	_____	_____

VIVIENDA: SITUACION HABITACIONAL

TIPO DE VIVIENDA

RANCHO PIEZA CONCENTILLO.....
 MADIAGUA..... PIEZA PARTICULAR
 MEJORA..... CASA INDEPENDIENTE.....
 CITE..... DEPARTAMENTO.....

TERRENO

PROPIETARIO CANON MENSUAL
 ARRENDATARIO CANON
 CUIDADOR
 USUFRUCTUARIO
 ALLEGADO

ESPECIFICACIONES _____

MATERIAL PREDOMINANTES: _____

ESTADO DE CONSERVACION DE LA VIVIENDA:

OBSERVACIONES: _____

BUENO
 REGULAR.....
 MALO.....
 MUY MALO.....

SERVICIOS DE URBANIZACION

- | | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|-------|----------------------------------|-------|
| a) LUZ ELECTRICA | CON SUMINISTRO | ..... | SIN SUMINISTRO | ..... |
| | DOTACION DOMICILIARIA DEFINITIVA | | DOTACION DOMICILIARIA PROVISORIA | ..... |
| | | | DOTACION DOMICILIARIA CEDIDA | ..... |
| | | | | |
| b) <u>AGUA POTABLE</u> : | CON SUMINISTRO | ..... | SIN SUMINISTRO | ..... |
| | INSTALACION DOMICILIARIA | ..... | ESPECIFICACIONES: | ..... |
| | LLAVE COMUN | ..... |  | ..... |
| | AGUA CLORADA | ..... |  |  |
| | CERCHOS | ..... |  |  |
| | | | | |
| c) SERVICIO ALCANTARILLADO : | | | | |
| | CON SERVICIO | ..... | SIN SERVICIO | ..... |
| | INSTALACION PROPIA | ..... | FOZO SEPTICO | ..... |
| | USO COLECTIVO | ..... | FOZO NEGRO | ..... |
| | CEDIDO | ..... | CAMPO ABIERTO | ..... |
| | | | OTROS | ..... |

DISTRIBUCION ESPACIAL:

NUMERO TOTAL DE HABITACIONES ; DORMITORIOS: ... LIVING ... COMEDOR ... COCINA
ESPECIFICACIONES:

INDICE DE HACINAMIENTO:

2 Personas per habitación	.....	6 Personas per habitación	.....
3 Personas per habitación	.....	7 Personas per habitación	.....
4 Personas per habitación	.....	8 Personas per habitación	.....
5 Personas per habitación	.....	9 Personas per habitación	.....

ROMISCUIDAD DE HABITACION:

SI

NO

ESTECIFICACIONES:

VARIABLE CONOCIMIENTO .

- 1.- ¿ Quién le aconsejó matricular al menor en una Escuela Especial ?
- a) Profesores de la Escuela común
 b) Médico y/o Psicóloga
 c) Centro de Diagnóstico
 d) Iniciativa Personal
 e) Otros. Especifique

2.- Si contesta a, b, c, o e:

Señale las razones que le dieron a Ud. para matricular al menor en la Escuela de Educación Especial FN 257.

- 3.- ¿ Está Ud. de acuerdo con las razones que le indicaron?
- SI ¿Por qué?
- No ¿Por qué?

- 4.- ¿ Su hijo ha sido controlado por el médico ?
- SI ¿Por qué?
- NO ¿ Por qué?

5.- ¿ Según el médico, ¿qué es lo que tiene su hijo ?

- 6.- ¿ Nota Ud. algunas características especiales en su hijo?
- SI ¿ Cuáles ?
- NO

7.- ¿ A qué cree Ud. que se deben esas características?

8.- ¿ Ha pensado Ud. que esas características se deben a una deficiencia mental ?

SI ¿ Por qué ?

NO ¿ Por qué ?

9.- ¿ Qué opinión tiene Ud. acerca de la deficiencia mental?

10.- Según su opinión ¿ Qué características presenta un menor deficiente mental?

11.- Según su opinión ¿qué causas cree Ud. que provocan deficiencia mental?

12.- ¿ Sabe Ud. si al menor deficiente mental se le aplica algún tratamiento?

SI ¿Cuál ?

NO ¿ Por qué?

13.- ¿ Sabe Ud. si el menor deficiente mental debe recibir alguna Enseñanza Especial ?

SI ¿ Por qué ?

NO ¿ Por qué ?

14.- ¿ Qué papel cree Ud. que le cabe a los padres en el tratamiento del menor deficiente mental?

15.- ¿ Qué medidas conoce Ud. para evitar que se produzca deficiencia mental ?

PREGUNTAS DIRIGIDAS A LOS PADRES O SUSTITUTOS DE LOS MENORES QUE ADEMAS DE DEFICIENCIA MENTAL TIENEN EPILEPSIA.

16.- Según su opinión. ¿ Qué causas cree Ud. que provocan epilepsia?

17.- Según su opinión ¿ Qué síntomas presenta un ataque epiléptico?

18.- Según su opinión ¿ Qué características presenta un menor epiléptico ?

19.- ¿ Sabe Ud. si al menor epiléptico se le aplica algún tratamiento ?

SI ¿Cuál ?

NO ¿ Por qué ?

20.- ¿ Qué papel cree Ud. que le cabe a los padres en el tratamiento del menor epiléptico ?

21.- ¿ Qué medidas conoce Ud. para evitar que se produzca epilepsia?

VARIABLE: RELACIONES INTRAFAMILIARES.

PREGUNTAS DIRIGIDAS A LA CONYUGE .

22.- ¿ Quién toma las decisiones más importantes para el grupo familiar ?

23.- Para tomar Ud. decisiones ¿Le pide la opinión a su cónyuge ?

SI

NO ¿ Por qué ?

24.- Las decisiones que Ud. toma ¿ Son comunicadas a su cónyuge?

SI

NO ¿ Por qué ?

25.- ¿ Sabe Ud. cuanto gana su cónyuge ?

SI

NO

26.- ¿ Qué horas de comida comparte Ud. con su cónyuge en especial ?

- a) El desayuno
 b) El almuerzo
 c) La once
 d) La comida

27.- ¿ Comparte Ud. con su cónyuge la realización de tareas domésticas ?

SI

NO ¿ Por qué ?

28.- ¿ Comparte Ud. con su cónyuge la realización de compras?

SI.....

NO ¿ Por qué ?

29.- ¿ Su cónyuge entrega regularmente dinero para la mantención del hogar ?

SI ¿ Cuánto ?

NO ¿ Por qué ?

30.- ¿ El dinero que entrega su cónyuge para la mantención del grupo familiar, le alcanza para cubrir los gastos ?

SI

NO

31.- ¿ Qué persona del grupo familiar realiza las tareas de limpieza y orden ?

32.- En caso de no realizarla Ud. ¿ A qué se debe ?

33.- ¿ Qué persona del grupo familiar prepara los alimentos?

34.- ¿ Le enseña Ud. hábitos de aseo personal a su hijo ?

SI..... ¿ Cuáles ?

NO ¿ Por qué?

35.- ¿ Cómo cree Ud. que es el comportamiento del menor ante las demás personas ?

a) Bueno

b) Regular

c) Malo

36.- Si el comportamiento del menor es malo ¿ Quién se encarga de corregirlo ?

37.- Si el comportamiento del menor es bueno, regular o malo. ¿ Quién se encarga de preferencia a la enseñanza del menor en cuanto al comportamiento ante las demás personas ?

38.- ¿ Sabe el menor utilizar los utensilios de comida correctamente ?

SI ¿ Quién le enseñó ?

NO ¿ Por qué ?

39.- ¿ Su hijo se viste y desviste solo ?

SI ¿ Quién le enseñó ?

NO ¿ Por qué ?

40.- ¿ Aconseja Ud. al menor ?

SI ¿ En qué situaciones ?

NO ¿ Por qué ?

41.- ¿ Qué hace Ud. ante una enfermedad de su hijo ?

42.- ¿ Ante una enfermedad de su hijo, quién se encarga de atenderlo en el hogar ?

43.- Cuando Ud. toma decisiones ¿ Se las comunica a su hijo ?

SI

NO

44.- Para decidir Ud. algo. ¿ Considera la opinión de su hijo?

SI

NO

45.- ¿ Qué horas de comida comparte Ud. con su hijo en especial ?

a) El desayuno

b) El almuerzo

c) La once

d) La comida

46.- ¿ Participa Ud. en el juego de sus hijos ?

SI

NO

47.- ¿ Su hijo le coopera en la realización de tareas domésticas ?

SI

NO.....

48.- ¿ Conversa Ud. frecuentemente con su hijo?

SI

NO

49.- ¿ Su hijo le cuenta a Ud. sus problemas ?

SI

NO

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL CONYUGE .

50.- ¿ Quién toma las decisiones más importantes del grupo familiar ?

51.- ¿ Para tomar Ud. decisiones, le pide la opinión a su cónyuge ?

SI

NO ¿ Por qué ?

52.- Las decisiones que Ud. toma ¿ Son comunicadas a su cónyuge ?

53.- Si su cónyuge trabaja ¿ Sabe Ud. cuánto gana ?

SI

NO ¿ Por qué ?

54.- ¿ Su cónyuge entrega regularmente dinero para la mantención del hogar ?

SI ¿ Cuánto ?

¿ Cada cuánto tiempo ?

NO ¿ Por qué ?

55.- El dinero que entrega su cónyuge. ¿ Qué gastos cubre ?

56.- ¿ Qué horas de comida comparte Ud. con su cónyuge en especial ?

- a) El desayuno
 b) El almuerzo
 c) La once
 d) La comida

57.- ¿ Comparte Ud. con su cónyuge la realización de compras ?

SI

NO ¿ Por qué ?

58.- ¿ Comparte Ud. con su cónyuge la realización de tareas domésticas ?

SI

NO ¿ Por qué ?

59.- ¿ Qué persona del grupo familiar realiza las tareas de limpieza y orden ?

60.- ¿ Colabora Ud. en la realización de dichas tareas ?

SI

NO ¿ Por qué ?

61.- ¿ Qué persona del grupo familiar prepara los alimentos ?

62.- ¿ Colabora Ud. en la realización de dicha tarea ?

SI

NO ¿ Por qué ?

63.- ¿ Le enseña Ud. hábitos de aseo personal a sus hijos ?
 SI ¿ Cuáles ?
 NO ¿ Por qué ?

64.- ¿ Como Cree Ud., qué es el comportamiento del menor ante las demás personas?
 a) Bueno
 b) Regular
 c) Malo

65.- Si el comportamiento del menor es malo. ¿ Quién se encarga de corregirlo ?

66.- Si el comportamiento del menor es bueno, regular o malo ¿ Quién de preferencia le enseña a comportarse ante las demás personas ?

67.- ¿ Sabe el menor utilizar los utensilios de comida correctamente ?
 SI ¿ Quien le enseñó ?
 NO ¿ Por qué ?

68.- ¿ Su hijo se viste y desviste solo ?
 SI ¿ Quién le enseñó ?
 NO ¿ Por qué ?

69.- ¿ A conseja Ud. al menor ?

SI ¿ Frente a qué situaciones ?

NO ¿ Por qué ?

70.- ¿ Qué hace Ud. frente a una enfermedad de su hijo ?

71.- Ante una enfermedad de su hijo ¿ Quién se encarga de atenderlo ?

72.- ¿ Quién es el apoderado del menor ?

73.- ¿ Quién asiste a las reuniones de Padres y Apoderados ?

74.- ¿ Cuando Ud. toma decisiones. ¿ Se las comunica a su hijo ?

SI

NO

75.- Para decidir Ud. algo. ¿ Considera la opinión de su hijo ?

SI

NO

76.- ¿ Qué horas de comida comparte Ud. con su hijo en especial ?

a) El desayuno

b) El almuerzo

- c) La once
- d) La comida

77.- ¿ Participa Ud. en el juego de sus hijos ?

SI

NO

78.- ¿ Su hijo le coopera en la realización de tareas domésticas ?

SI

NO

79.- ¿ Conversa Ud. frecuentemente con su hijo ?

SI

NO

80.- ¿ Su hijo le cuenta a Ud. sus problemas ?

SI

NO

VARIABLE ESTIMULACION DE LAS CAPACIDADES .

81.- Cuando se realizan paseos familiares ¿ Participa el menor ?

SI

NO ¿ Por qué ?

82.- Cuando se realizan fiestas familiares ¿ Participa el el menor ?

SI

NO ¿ Por qué ?

83.- ¿ Se le asignan tareas domésticas al menor ?
 SI ¿ Cuáles ?
 NO ¿ Por qué ?

84.- ¿ Cuando decide Ud. que el menor no vaya al colegio ?

85.- ¿ Quién o quiénes llevan al menor a la Escuela ?

86.- En caso de no ser sus padres, o alguien del grupo familiar. ¿ A qué se debe ?

87.- ¿ Tiene algún tipo de dificultad para llevarlo a la escuela ?

88.- ¿ Premia Ud. al menor ?
 SI ¿ Cómo ?
 ¿ Cuándo ?
 NO ¿ Por qué ?

89.- ¿ Cuándo castiga Ud. al menor ?

¿ Cómo ? _____

90.- ¿ Se autoriza al menor para que participe en actividades culturales y/o recreativas, realizadas por la Escuela fuera de los horarios de clases ?
 SI
 NO ¿ Por qué ?

91.- ¿ Autoriza Ud. al menor para jugar con amigos fuera del hogar ?

SI

NO ¿ Por qué ?

92.- ¿ Qué tipo de juegos realiza el menor ?

93.- ¿ Autoriza Ud. al menor para que participe en competencias de su barrio ?

SI

NO ¿ Por qué?

94.- ¿ Autoriza Ud. al menor para que participe en paseos con amigos del barrio ?

SI

NO ¿ Por qué ?

PAUTA DE OBSERVACION .OBJETIVO :

Observar las tendencias de la variable participación de los padres asistentes durante el desarrollo de las Unidades Temáticas.

La variable participación se observará a través de la verbalización de ideas expresadas por los asistentes durante el desarrollo de la reunión Temática. A través de esta verbalización de ideas de los padres asistentes manifestarán su grado de entendimiento frente al tema que se esté tratando. Como asimismo, tiene la posibilidad de clarificar dudas que se presenten, a través de la realización de consultas.

INDICADORES DE LA VARIABLE PARTICIPACION :

La variable participación será medida a través de los siguientes indicadores:

- Sólo escucha.
- Escucha y hace preguntas.
- Escucha y aporta ideas.
- Escucha y repite ideas, recientemente expresadas por otro miembro del grupo.
- Escucha y verbaliza monosílabos.

VARIABLE PUNTUALIDAD:

INDICADORES:

- Llega a la hora fijada.
- Llega atrasado

VARIABLE ASISTENCIA :

INDICADORES:

- Permanece durante todo el desarrollo de la Unidad Temática.
- Se retira antes de finalizar la Unidad Temática.

IDENTIFICACION DEL PROYECTO: _____

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: _____

CURSO DEL SUBCENTRO DE PADRES: _____

NUMERO DE INTEGRANTES DEL: _____

SUBCENTRO. _____

NUMERO TOTAL PADRES ASISTENTES: _____

HORARIO. DIA: _____

HORA DE INICIO _____

HORA DE TERMINO _____

ASISTENCIA PROFESIONALES: _____

NUMERO _____

PROFESION _____

ALUMNA GUIA. _____

TIEMPO - DURACION.

TIEMPO PROGRAMADO

NO ALCANZA AL TIEMPO PROGRAMADO.

EXCEDE AL TIEMPO PROGRAMADO.

ASISTENCIA DE PERSONAS AJENAS. SI.

NUMERO

EN CASO DE ASISTIR, INFLUENCIA QUE EJERCE SOBRE LA ACTIVIDAD.

POSITIVA

NEGATIVA

NO INFLUYE

NOMBRE	Llega a la hora	Llega a la hora	Permanece toda la reunión	Se retira antes que termine	Selección	Escucha y aperturata i-	Escucha y pregunta	Escucha y repite lo mismo	Escucha y expresa una nueva idea	Permanece distraído
1.-										
2.-										
3.-										
4.-										
5.-										
6.-										
7.-										
8.-										
9.-										
10.-										
11.-										

OBSERVACIONES: _____

CATEGORIAS UTILIZADAS:VARIABLE PARTICIPACION:

ALTA PARTICIPACION :

El sujeto durante el desarrollo de la Unidad Temática escucha y expresa opiniones. Escucha y hace consultas durante el desarrollo de la Unidad Temática.

SATISFACTORIA :

El sujeto escucha y responde las mismas ideas que otros participantes. Escucha y responde a través de monosílabos.

BAJA :

El sujeto sólo escucha. Permanece distraído.

VARIABLE ASISTENCIA:

ALTA :

Asistencia de sujetos que oscila entre el 15% y 35 % del colectivo de padres.

SATISFACTORIA :

Asistencia de sujetos que oscila entre el 35% y el 65% del colectivo de padres.

BAJA :

Asistencia de sujetos que oscila entre el 65% y 100% del colectivo de padres.

VARIABLE PUNTUALIDAD:

POSITIVA:

Sujeto llega a la hora.

NEGATIVA:

Sujeto llega una vez iniciada la Unidad Temática.

VARIABLE PERMANENCIA:

POSITIVA:

Sujeto permanece durante todo el desarrollo de la Unidad Temática.

NEGATIVA :

Sujeto se retira antes de finalizar la Unidad Temática.

PAUTA DE REGISTRO DE OBSERVACION

Participación sujetos	Expresa opinión	Hace con- sultas	Interés Prof.tema	Actitud frente activ.	Relaciona contenidos entregados
A					
B					
C					
D					
E					
Totales					

Participación :

Entendida como la verbalización de ideas de los integrantes del grupo familiar en el proceso de entrega de contenidos.

Para lograr la medición de la participación de los integrantes del grupo familiar frente a la entrega de contenidos educativos, se hará uso de los siguientes indicadores:

- expresa opiniones
- hace consultas
- interés por profundizar el tema
- actitud frente a la actividad
- relaciona los contenidos entregados

Respecto a cada indicador, se establecieron tres categorías : Alto, Suficiente y Bajo, con un valor de 2, 1 y 0 respectivamente.

Definiciones

Expresa opiniones : cuando los integrantes del grupo familiar emiten opiniones respecto al tema tratado.

Categorías: Alta (2) : cuando algún integrante del grupo familiar opina durante todo el proceso de entrega de contenidos.

SATISFACTORIA (1): cuando algún integrante del grupo familiar opina en forma esporádica.

Baja (0) : cuando algún integrante no emite opiniones en el proceso de entrega de contenidos.

Hace consultas : cuando los integrantes del grupo familiar realizan consultas respecto al tema tratado.

Categorías: Alto (2) : cuando algún integrante del grupo familiar hace consultas durante todo el proceso de entrega de contenidos.

SATISFACTORIA (1): cuando algún integrante del grupo familiar realiza consultas en forma esporádica.

Bajo (0) : cuando algún integrante no realiza consultas respecto al tema.

Interés por profundizar el tema : actitud manifiesta de algún integrante del grupo familiar de proseguir ahondando el tema tratado.

Categorías: Alto (2) : cuando algún integrante plantea inquietudes que permitan ampliar la temática abordada.

SATISFACTORIA (1) ; cuando un integrante del grupo familiar plantea en forma ocasional inquietudes respecto al tema.

Bajo (0) : cuando un integrante se conforma con lo proporcionado, sin hacer ningún tipo de comentario.

Actitud frente a la actividad: posición adoptada por el integrante del grupo familiar frente a la actividad realizada.

Categorías: Alto (2) ; cuando el integrante participa en forma activa a través de opiniones, ideas y críticas.

SATISFACTORIA (1): cuando la persona asume una actitud receptiva, limitándose a escuchar.

Bajo (0) : cuando la persona entorpece la entrega de contenidos, distrayendo a los demás o mantiene una actitud desinteresada.

Relaciona los contenidos entregados: oportunidad en que los integrantes del grupo familiar asemejan los distintos aspectos de la temática entregada con la experiencia particular del menor.

Categorías: Alto (2) : relaciona los contenidos tratados con la experiencia del menor.

SATISFACTORIA (1) : denota resistencia a relacionar los contenidos tratados con experiencia del menor.

Bajo (0) ; no relaciona los contenidos tratados con experiencia del menor.

experiencia del menor.

Paja (0) : no relaciona los contenidos tratados
con experiencia del menor.



TABLA GANTT

PROGRAMA EDUCATIVO

ETAPAS	TIEMPO	9 IV 1979												30 VI 1979			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
ORGANIZACION	ACCIONES ESTRUCTURAR FORMAS DE TRABAJO																
	APLICAR TEST INICIAL																
EJECUCION	MOTIVACION																
	EDUCACION SISTEMATICA																
EVALUACION	APLICAR TEST FINAL																



TABLA GANTT

PROYECTO DE CAPACITACION DIRIGIDO A SUBCENTROS DE PADRES

Etapas	acciones	tiempo															
		9 IV 79											30 IV 1979				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
org. del trabajo	DELEGAR FUNCIONES																
	INFORMAR A PROF.																
motivacion para la accion	REUNION INFORMATIVA																
educacion sistematica	UNIDAD 1																
	UNIDAD 2																
	UNIDAD 3																
evaluacion	APLICAR INSTRUMENTO DE MEDICION																



 TIEMPO PROGRAMADO
 TIEMPO REAL

TABLA GANTT

PROYECTO DE CAPACITACION DIRIGIDO AL GRUPO FAMILIAR

ETAPAS	TIEMPO	9 IV 1979 30 VI 1979															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
ORG. DEL TRABAJO	ACCIONES DELEGAR FUNCIONES	▬															
	ENTREVISTA CON PROFESORES		▬	▬													
MOTIVACION PARA LA ACCION	REUNION INFORMATIVA				▬	▬											
EDUCACION SISTEMATICA	UNIDAD 1						▬	▬									
	UNIDAD 2								▬	▬							
	UNIDAD 3										▬	▬	▬				
EVALUACION	APLICAR INSTRUMENTO DE MEDICION												▬	▬	▬		

TIEMPO PROGRAMADO
 TIEMPO REAL