Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

“ESTUDIO EXPLORATORIO DESCRIPTIVO SOBRE LA DISCAPACIDAD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LA ZONA URBANA DE LA COMUNA DE QUILLOTA”

INFORME FINAL DE SEMINARIO DE TITULO PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TITULO PROFESIONAL DE ASISTENTE SOCIAL

ESTUDIANTE SEMINARISTA: Daniela Lizana Molina.

PROFESRA GUÍA: Dra. Elena Salum Alvarado.

INSTITUCIÓN PATROCINANTE:

Oficina de Protección de Derechos de niños, niñas y Adolescentes Quillota.

2013.

INDICE DE CONTENIDOS

Contenido

CAPITULO I: CONTEXTO INSTITUCIONAL. 9
Cuadro 1: Identificación de la Institución. 9
1.1) Localización geográfica. 10
1.1.1) Comuna de Quillota. 10
1.1.2) Límites 10
1.1.3) División sectorial de la comuna de Quillota. 11
1.2) Dependencia Administrativa y Técnica. 12
1.3) Reseña Histórica. 12
1.4) Principios Orientadores de la Acción. 16
1.5) Objetivos OPD Quillota 16
1.6) Equipo de trabajo. 17
1.7) Metodología de trabajo 18
1.8) Áreas de trabajo. 19
1.8.1) Área Protección: 19
1.8.2) Área Gestión Intersectorial Comunitaria. 22
1.9) Instrumento legal que rige el quehacer profesional de la OPD. 23
El instrumento legal por el cual se rige la OPD, es la ley 20.032 que establece un sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de la red de colaboradores acreditados del Servicio Nacional de Menores y su régimen de subvención. 23
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO 27
Consideraciones Preliminares 27
2.1) Conceptualización. 27
2.2) Modelos que han abordado la discapacidad. 30
2.2.1) Modelo de la Prescindencia. 30
2.2.2) Modelo Médico o Rehabilitador: 31
2.2.3) Modelo Social de Discapacidad. 32
2.3) Tipología de Clasificación de discapacidad. 34
2.3.1) Grados de Discapacidad 39
2.4) Situación en Chile, instrumentos legales, políticas públicas e instrumentos de caracterización y cuantificación en torno a la niñez y adolescencia y discapacidad. 40
 Enfoque de Derechos 44
2.4.2) Normativa legal. 45
2.4.3) Políticas públicas en torno a discapacidad. 47
2.4.4) Instituciones Públicas que participan en la definición y ejecución de políticas públicas discapacidad en Chile. 50
2.4.5) Oferta en salud orientada a la discapacidad. 54
2.4.6) Política de educación especial. 56

2.4.7) Política nacional a favor de la infancia y adolescencia (2001-2010). 57
2.5) Instrumentos de caracterización y cuantifación en torno a la discapacidad. 60
2.6) Trabajo Social y Discapacidad. 64
2.6.1) Enfoque de las ciencias sociales en Discapacidad. 64
2.6.2) Tipos de Intervención. 65
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO. 69
Consideraciones Preliminares. 69
3.1) Planteamiento del Problema. 69
3.2) Enfoque de Investigación. 70
3.3) Pregunta de Investigación. 71
3.4) Fundamentación de la Investigación. 71
3.5) Alcance de la Investigación. 73
3.7) SISTEMA DE OBJETIVOS. 76
3.8) Operacionalización de variables. 77
3.9) Diseño Muestral. 92
3.9.1) Diseño Cuantitativo. 92
3.9.2) Diseño muestral Cualitativo. 93
3.10) Técnicas e instrumentos de recolección de datos. 94
3.10.1) Técnicas Cuantitativas. 94
3.10.2) Técnicas de recolección de datos cualitativos. 95
3.11) Plan de análisis. 98
CAPITULO IV: ANÁLISIS Y HALLAZGOS. 102
4.1) Análisis cuantitativo de datos. 103
4.2) Análisis Cualitativo de datos. 112
4.3) Triangulación de Datos. 141
CAPITULO V: CONCLUSIONES FINALES 145
5.1) Conclusiones Respecto al Proceso Metodológico. 145
5.2) Conclusiones Respecto a la Política Pública Orientada a Discapacidad. 146
5.3) Conclusión respecto a la Oferta programática en Salud y Educación orientada a Discapacidad en la zona Urbana de la comuna de Quillota. 148
5.4) Conclusiones Trabajo Social y Discapacidad. 150
5.5) Conclusiones Generales. 151
CAPITULO VI: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN. 154
CAPITULO VII: BIBLIOGRFÍA. 158
CAPITULO VIII: ANEXOS. 162

INDICE DE CUADROS

Cuadro	Pág
Cuadro1: Identificación de la institución…….	7
Cuadro 2: Resumen Fases de intervención del flujo de Área de Protección…..	17
Cuadro 3: Resumen Ley 20.032……..	21
Cuadro 4: Esquema gráfico de la estructura de la CIF…….	37
Cuadro 5: comparación entre ley 19.284 y ley 20.422……..	44
Cuadro 6: Operacionalización de variables…….	76
Cuadro 7: instrumentos de recolección de datos……..	94
Cuadro 8: Plan de Análisis……..	97
Cuadro 09: Tipo de discapacidad…….	102
Cuadro 10: Tabla de contingencia: atención en salud según tipo de discapacidad…….	105
Cuadro 11: Tabla de contingencia: personal según centro de salud…….	106
Cuadro12: Tabla de contingencia: sobre el tipo de rehabilitación que desarrollan los centros……	107
Cuadro 13: Tabla de contingencia: Programas orientados a prevenir la discapacidad	108
Cuadro 14: Tabla de contingencia personal especializado en discapacidad en los centros educacionales……	109
Cuadro 15: Descripción de los entrevistados…….	111
Cuadro 16: Características emergentes de la percepción de los usuarios de la oferta programática en torno a la discapacidad existente en los servicios de salud y educación urbanos de la comuna de Quillota……..	121
Cuadro 17: Descripción de los entrevistados área salud…….	122
Cuadro 18: Características emergentes sobre la visión que tiene el equipo de profesionales y técnicos de los centros de salud urbanos de la comuna de Quillota, en relación a la oferta existente en torno a la discapacidad……	126
Cuadro 19: Descripción de los entrevistados área educación……	127
Cuadro 20: Características emergentes sobre la visión que tiene el equipo de profesionales y técnicos de los centros educacionales urbanos de la comuna de Quillota orientados a discapacidad en relación a la oferta existente en torno a esta temática…….	133
Cuadro 21: Triangulación de Datos…….	139
Cuadro 22: Planificación por fases:……	152
Cuadro 23: Propuesta de Intervención a través de una Matriz de Marco Lógico.	155

INDICE DE FIGURAS.

Figura Pág

Figura 1: Mapa V Región de Valparaíso…… 8
Figura 2: Unidades vecinales Urbanas……... *9*
Figurara 3: Unidades vecinales Rurales…… 9
Figura 4 Línea de tiempo OPD…… 13
Figura 5: Organigrama Institucional…… 16
Figura 6: Metodología de trabajo OPD……. 16
Figura 7: Flujo de atención área protección Oficina de Protección de Derechos de niños, niñas y adolescentes de Quillota…….. 19
Figura 8: Flujo Área de Gestión Intersectorial Comunitaria de la OPD Quillota. 20
Figura 9: Mapa conceptual marco teórico……. 24
Figura 10: Evolución concepto discapacidad……. 27
Figura 11: Esquema de clasificación de la CIF…… 35
Figura 12: Cambio de Funcionalidad FONADIS- SENADIS……... 52
Figura 13: Gráfico Sexo del entrevistado……. 101
Figura 14: Gráfico sobre rango etario del entrevistado…… 101
.
Figura 15: Gráfico sobre tipo de hogar de las personas con discapacidad… 102
Figura 16: Tipo de discapacidad. …… 102
Figura 17: Grados de Discapacidad…….. 105
Figura 18: Gráfico pensión por discapacidad……. 105
Figura 19: Gráfico sobre la tenencia de credencial por discapacidad……. 106
Figura 20: Gráfico: Tipo de discapacidad que trabaja cada centro de salud… 107
Figura 21: Gráfico: Modalidad de enseñanza según dependencia administrativa…….. 108
Figura 22: Gráfico sobre el tipo de discapacidad que trabajan los establecimientos educacionales……. 109
Figura 23: Gráfico: Convenio prácticas para los estudiantes…… 110

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág
Anexo n°1: Marco Legal de educación Especial……	162
Anexo 2: Universo y Muestra……	164
Anexo 3: Instrumentos de Recolección de datos Cuantitativos…….	165
Anexo 4: Instrumentos Cualitativos de Recolección de datos……	183
Anexo 5: Entrevistas iniciales educación……	187
Anexo 6: Entrevista representante del Municipio……	188
Anexo 7: Consentimiento Informado……	189

PRESENTACIÓN.

La OPD de Quillota, en el año 2011 realizó el primer censo comunal sobre niñez y juventud, entre los distintos resultados que arrojó este estudio, destaca el desconocimiento que existe en la comuna sobre la discapacidad en niños, niñas y adolescentes.

Es por este motivo, que surge la necesidad, de contar con un estudio que logre un acercamiento a esta temática. Es por eso, que a través de este seminario de titulo, se pretende entregar una aproximación diagnostica inicial sobre la discapacidad en el segmento infanto juvenil de la comuna de Quillota.

Este estudio, es de relevancia para la institución, debido a que es la primera vez que se realiza una investigación con estas características, esto quiere decir, que en este seminario no solo se caracterizará y cuantificará la discapacidad de niños, niñas y adolescentes y la relación existente entre estos y la oferta programática en salud y educación en torno a esta temática, sino que también hace participes a los familiares de las personas con discapacidad y a los profesionales que trabajan en esta área, con el fin de conocer cuál es la percepción que estos tienen, respecto a cómo está siendo abordada la discapacidad en la comuna.

La discapacidad, generalmente se ha considerada como una problemática perteneciente a quehacer médico, sin embargo, el actual enfoque internacional sobre discapacidad corresponde a un enfoque social, donde a la sociedad y al medio ambiente, les corresponde un rol activo en la inclusión de las personas con discapacidad, es por este motivo que el trabajo social debe desarrollar las competencias necesarias, para abordar la discapacidad de una mirada integral.

Es por esto, que este seminario de título, busca ser un aporte para el trabajo social en área de la discapacidad, aportando una mirada desde el modelo social de la discapacidad y no desde un enfoque asistencialista.

CAPITULO I

CONTEXTO INSTITUCIONAL

CAPITULO I: CONTEXTO INSTITUCIONAL.

Cuadro 1: Identificación de la Institución.

NOMBRE	OFICINA DE PROTECCIÓN DE DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, OPD QUILLOTA
DEFINICIÓN OPD,SEGÚN LEY 20.032	Oficinas de protección de los derechos del niño, niña o adolescente (en adelante OPD) son instancias de atención ambulatoria de carácter local, destinadas a realizar acciones encaminadas a otorgar protección integral de los derechos de los niños, niñas o adolescentes, a contribuir a la generación de las condiciones que favorezcan una cultura de reconocimiento y al respeto de los derechos de la infancia.
Coordinador	Claudio Manzano Godoy, Asistente Social.
Ubicación Geográfica	Calle Pinto #339, Quillota
Horario de atención	Lunes a Jueves : 8:30 a 17:30 horas Viernes: 8:30 a 16:30 horas
Teléfono	033/ 23260807
Correo Electrónico	opdquillota@yahoo.es
Tipo de institución	Entidad Pública de derecho privado.
Radio de acción	Comuna de Quillota
Cobertura	Los sujetos de atención son niños, niñas y adolescentes, de entre 0 y 17 años 11 meses y 29 días y sus familias que se encuentren en situación de vulneración de derecho y/o excluidos del ejercicio de los mismos Queda excluida toda situación que no constituya una posible vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes en sí mismo, como son problemas conductuales, temas legales contenciosos (relación directa y regular, alimentos, cuidado personal). Asimismo que el niño, niña o adolescente no viva en la comuna, haciendo alguna excepción si estudia en algún establecimiento educacional de la comuna.

Fuente: *Elaboración propia en base a Sistematización OPD Quillota 2011-2012*.

1.1) Localización geográfica.

1.1.1) Comuna de Quillota.

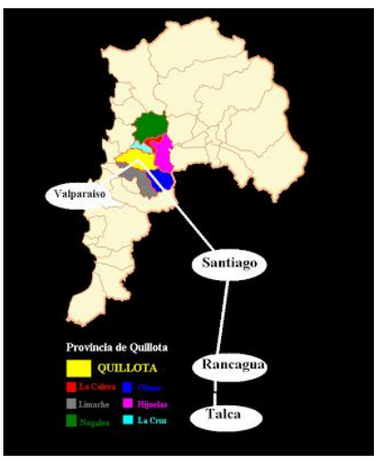
La comuna de Quillota se ubica en el paralelo 32º 54' de latitud sur y el meridiano 71º 16' de longitud Oeste, sobre la cuenca del Río Aconcagua. Comparte la cuenca, de oriente a poniente, con las localidades de Los Andes, San Felipe, Panquehue, Catemu, Hijuelas, La Calera y La Cruz, con lo cual se convierte en la última localidad de importancia en recibir sus aguas.

Administrativamente, la comuna de Quillota es parte de la Provincia del mismo nombre en conjunto con las comunas de La Cruz, La Calera, Nogales e Hijuelas, siendo además su cabecera provincial. La provincia de Quillota, a su vez, es parte de la V Región de Valparaíso, conformada también por las provincias de San Antonio, Valparaíso, Petorca, San Felipe, Los Andes, Isla de pascua y Marga Marga.

1.1.2) Límites

Al Norte limita con las comunas de Puchuncaví, La Cruz e Hijuelas en una línea sinuosa que va desde el Cerro Alto del Francés hasta la cota 1087 ubicada en el "Cordón de la Puntilla". Al Sur limita con las comunas de Limache y Olmúe en línea sinuosa desde el camino de colmo a Puchuncaví por San Ramón hasta el Cerro La Campana. Al Oriente limita con la comuna de Hijuelas en línea sinuosa desde la cota 1087 hasta el Cerro La Campana. Al Poniente limita con la comuna de Quintero en línea sinuosa desde el Río Aconcagua hasta el Cerro Alto de Francés.

Figura 1: Mapa V Región de Valparaíso.

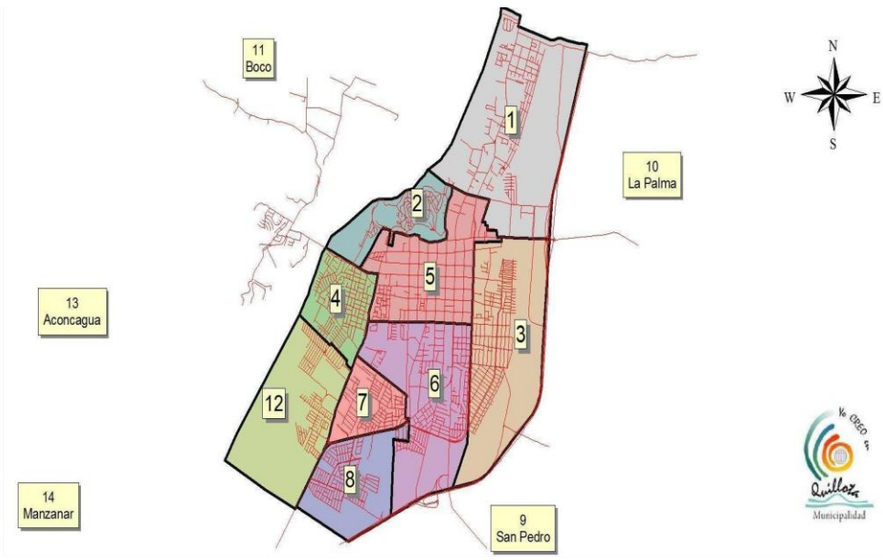


Fuente: *INE 2013.*

1.1.3) División sectorial de la comuna de Quillota.

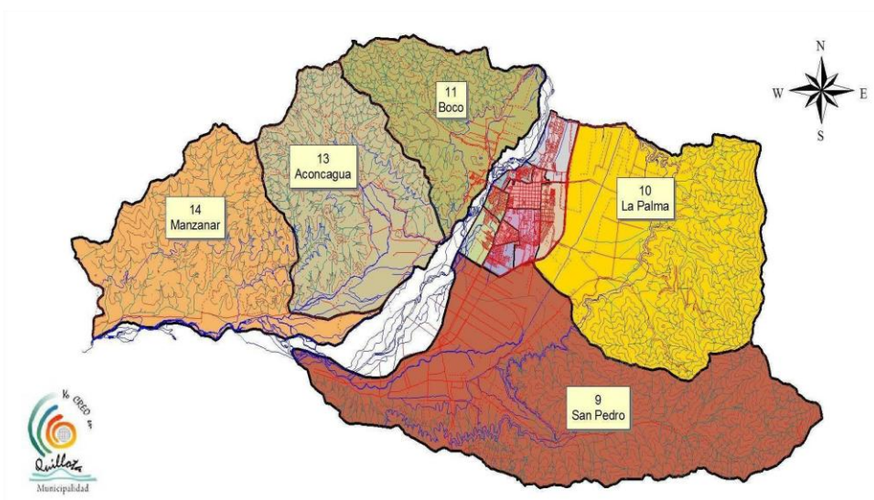
La comuna de Quillota, se divide sectorialmente en unidades vecinales, esta división fue decretada por el consejo municipal de la Ilustre Municipalidad de Quillota, mediante el Decreto Administrativo Nº 2443, el 09 de mayo de 2011 decreta por unanimidad la siguiente delimitación de unidades vecinales o territorios: 14 unidades vecinales en total, siendo 8 urbanas y 6 rurales.

Fugura 2: Unidades vecinales Urbanas.



Fuente: *Unidades Vecinales Comuna de Quillota 2011. I. Municipalidad de Quillota.*

Figurara 3: Unidades vecinales Rurales



Fuente: *Unidades Vecinales Comuna de Quillota 2011. I. Municipalidad de Quillota.*

1.2) Dependencia Administrativa y Técnica.

La OPD de Quillota es una oficina comunal que depende administrativamente de la Ilustre Municipalidad de Quillota a través de la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO) y técnicamente del Servicio Nacional de Menores (SENAME).

La Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO) se preocupa de administrar y ejecutar los diferentes programas gubernamentales, que permiten que la comunidad pueda tener acceso a los beneficios que entrega el Gobierno. Además, es el departamento encargado de promover la participación y organización de la comunidad a través de diferentes instancias que les permitan trabajar por los anhelos de su territorio. Para cumplir los objetivos de la OPD, la Municipalidad debe aportar al menos el 25% del presupuesto anual.

El Servicio Nacional de Menores (SENAME) es un organismo gubernamental ayudante del sistema judicial y depende del Ministerio de Justicia. Este organismo presenta las bases técnicas a las cuales deben ceñirse las OPD a nivel nacional, delimita las funciones, entrega los focos de trabajo, las metas que deben cumplir y el quehacer general del proyecto OPD. Para su cumplimiento, SENAME debe aportar al menos el 75% del presupuesto anual.

El SENAME, además de ser el encargado de licitar a las OPD, también ejerce un rol fiscalizador, estipulando ejes de trabajos y plazos que deben ser cumplidos por estas instituciones. Es así como SENAME evalúa periódicamente la labor que desarrollan las OPD y si éstas cumplen con los objetivos propuestos son prorrogadas por un nuevo periodo (3 años) por contar con buena evaluación. Sin embargo, si obtienen una mala evaluación dejan de ser subvencionadas teniendo que dejar de funcionar.

Actualmente las OPD se encuentran en el periodo programático del trienio 2012 – 2015, en el cual, por mandato de SENAME, se han determinado cuatro temáticas a las cuales darle énfasis:

- Fomento de la participación de niños, niñas y adolescentes.
- Co-responsabilización de los garantes de derechos ubicados en el territorio.
- Elaboración e implementación de políticas locales de infancia.
- Protección de derechos vulnerados.

1.3) Reseña Histórica.

En el mes de mayo del año 2002 se firma el convenio de trabajo entre la Ilustre Municipalidad de Quillota y el Servicio Nacional de Menores (SENAME), el cual da inicio a la Oficina de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de Quillota.

Este Convenio vino a consolidar un trabajo constante de la autoridad comunal desde mediados de los década del 90 en el grupo denominado “Alcaldes por la infancia”. Y por otra parte la existencia de una Red de Infancia desde el año 2000. Estos dos hechos sirvieron de base para que la OPD se instalara de buena forma en el trabajo comunal.

A finales del año 2003 se comienza con el proceso de reflexión para desarrollar una metodología y estrategia para la intervención en las áreas de trabajo. Se opta por el Enfoque Sistémico Ecológico y se definen una serie de líneas de acción que den cuenta de los objetivos esperados para estas oficinas.

Ese año se da inicio al trabajo en la Escuela Los Lúcumos en la temática de Convivencia Escolar. Esta temática se tornó central en el quehacer de la OPD entre el 2003 y 2010.

Otro ámbito importante en donde ha desarrollado su labor esta OPD es el Trabajo Territorial y Participación. Una de las principales experiencias de los primeros años es la *Mesa Territorial de Programas Sociales* en el año 2004, la cual tuvo como objetivo coordinar la oferta programática del Municipio, conformada por un representante de cada uno de los programas sociales del Municipio.

Durante el año 2009 en la comuna se abren diferentes espacios participativos para la niñez, como la participación (desde los 5 años de edad) en los Diálogos Ciudadanos para la construcción del Plan de Desarrollo Comunal, y a los mayores de 14 años de edad pueden participar en la votación de los Presupuestos Participativos.

Además durante el 2010 se comenzó a implementar las Juegotecas Comunitarias en el sector Boco y la Población Aconcagua Sur. Además se comienza a fines de año con la focalización territorial. Los dos primeros sectores fueron la Unidad Vecinal N°11 Boco y la Unidad Vecinal N°8 El Sendero, en estos se amplió el trabajo de las “Juegotecas Comunitarias” a generar instancias de participación para niños, niñas y adolescentes y también a los adultos que viven en ambas Unidades Vecinales.

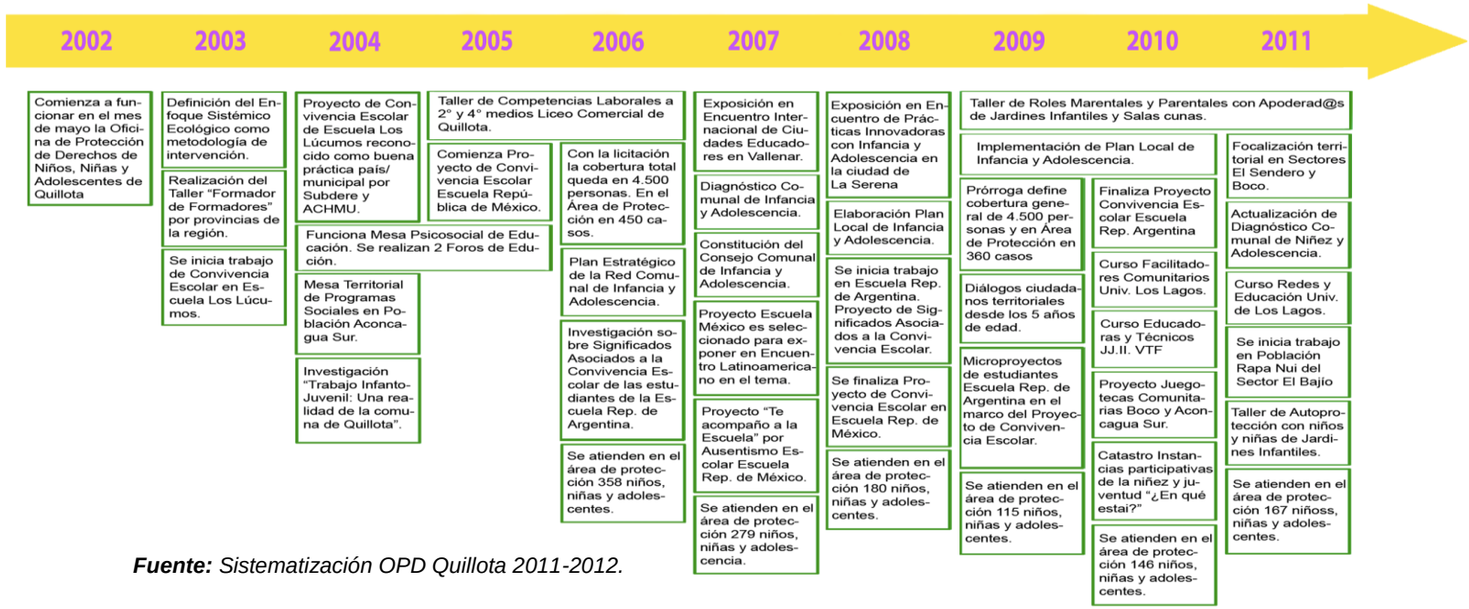
Por otra parte, con la colaboración de estudiantes de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso se elaboró el Catastro sobre Instancias Participativas de la Niñez y Juventud “¿En qué estai?”, el cual da cuenta de más de 100 instancias donde niños, niñas, adolescentes y jóvenes pueden desarrollar alguna actividad. En relación a este tema, en septiembre del 2007 se constituye el Consejo Comunal de Infancia y Adolescencia, primero en la región, en donde solamente participan niños, niñas y adolescentes y los adultos son simples facilitadores de procesos. Esta instancia tiene como objetivo constituir un órgano consultivo y resolutivo municipal de participación comunitaria Infanto Juvenil representados por líderes escolares, en la comuna de Quillota. Para esta instancia serán considerados lideres escolares, los (as) niños(as) y adolescentes pertenecientes a los centro de alumnos o representantes del establecimiento.

Por último, se ha potenciado el trabajo colaborativo con distintas Casas de Estudios de la región, con las cuales se han realizado una serie actividades, tales como investigaciones, instrumentos de planificación y acciones directas con la comunidad.

Figura 4:

Línea de Tiempo 2002-2011

Oficina de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de Quillota



Fuente: *Sistematización OPD Quillota 2011-2012.*

1.4) Principios Orientadores de la Acción.

Respecto a situaciones de vulneración de derechos que viven niños, niñas y jóvenes en la comuna de Quillota se ha considerado pertinente una metodología y estrategias de trabajo basadas en cuatro enfoques teóricos: enfoque de derechos, de género, territorial, sistémico, y en principios orientadores[1] como la ***Co-construcción, Participación, Democracia, Autonomía Progresiva y Co-Responsabilidad,*** que guíen el quehacer profesional del equipo y su relación con los distintos actores sociales. Donde los niños, niñas y jóvenes son visualizados como sujetos de derechos, activos en sus procesos de desarrollo e insertos en un territorio con condiciones físicas, sociales, económicas y culturales determinadas.

1.5) Objetivos OPD Quillota[2]

General

Prevenir y atender vulneraciones de derechos de niños, niñas y adolescentes a través de la atención directa y la articulación de la respuesta del gobierno local y los actores del territorio, como garantes de derechos de niños, niñas y adolescentes, en al menos, el espacio comunal.

Específicos

- Elaboración participativa de una política local de infancia, integrada en los instrumentos de gestión municipal, operacionalizada en un plan local, y que contenga, al menos: la promoción del enfoque de derechos, la institucionalización de redes colaborativas, el desarrollo y fortalecimiento de las competencias parentales y la promoción de la participación de niños, niñas, familias y comunidad.

- Fortalecer lazos colaborativos, articulados e integrados en redes, entre sectores y actores locales vinculados a la niñez, que permitan intercambiar información, desarrollar intervenciones complementarias y generar mecanismos eficaces de derivación, apuntando hacia la co-responsabilización de los garante.

- Incentivar la participación sustantiva de los niños y niñas, la familia y la comunidad en la promoción, protección y ejercicio de los derechos de la infancia.

- Generar acciones dirigidas a la promoción de los derechos de los niños, niñas y adolescentes que permitan transversalizar el enfoque derechos, generando un lenguaje común.

[1] Detalles anexo 1
[2] Bases técnicas. Línea de acción Oficinas de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.Trienio 2012 -2015. SENAME. Ministerio de Justicia. Gobierno de Chile

- Ofrecer directamente la protección especial que sea necesaria en caso de vulneración de derechos, es decir atención psicosociojurídica directa a los niños/as y sus familias, cuando la derivación a la oferta especializada no sea posible o cuando dicha derivación parezca innecesaria por tratarse de una situación que admita una solución relativamente rápida con los recursos de la propia oficina, del niño/a y/o los que posea el grupo familiar o adulto responsable del niño/a o adolescente atendido/a.

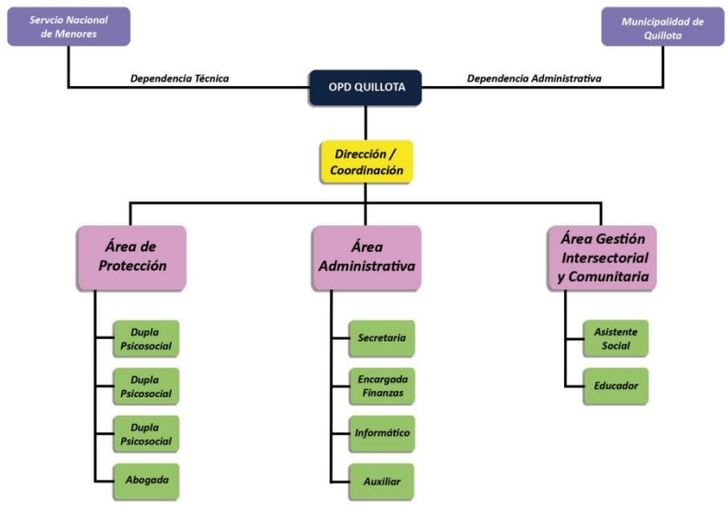
- Promover el fortalecimiento de las competencias parentales que corresponden a las familias, privilegiando aquellas acciones destinadas a evitar la separación del niño, niña o adolescente de ésta o de las personas encargadas de su cuidado personal.

1.6) Equipo de trabajo.

La conformación del equipo y la distribución de funciones y tareas deben otorgar garantía respecto del cumplimiento de los objetivos propuestos y de las estrategias planteadas, por lo tanto deben ser coherentes entre sí. Junto con ello, se espera contar con un equipo que cuente con formación y perfil requerido en las bases.

La OPD Quillota cuenta con un equipo de 14 personas, entre profesionales, técnicos y administrativos (5 asistentes sociales, 3 psicólogas, 1 profesor, 1 encargada finanzas, 1 apoyo administrativo, 1 abogada, 1 ingeniero en informática y 1 auxiliar de servicio), los cuales son financiados por el SENAME y por la Municipalidad de Quillota.

Figura 5: Organigrama Institucional.



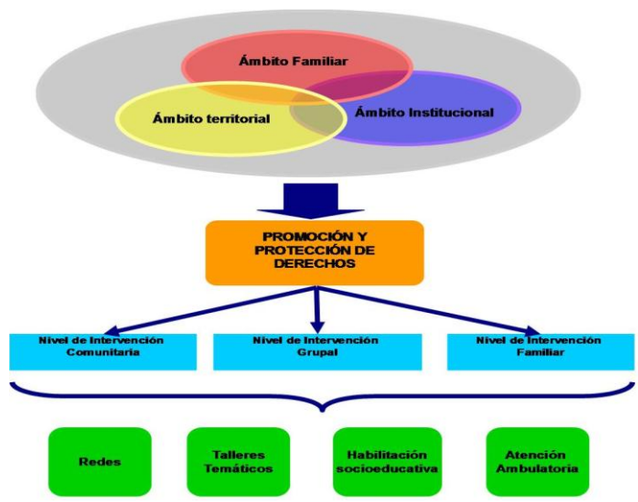
Fuente: *Sistematización OPD Quillota 2011-2012. Pág. 16.*

1.7) Metodología de trabajo.

Se ha desarrollado una metodología que considere tres ámbitos de intervención: ámbito familiar, institucional y territorial, definidos a partir de los antecedentes del diagnóstico. Cabe destacar que estos ámbitos se interrelacionan, potencian y retroalimentan entre sí, a través de un intercambio continuo. Por tanto, acciones que se desarrollen en uno de ellos potenciará a los otros dos.

Se propone además tres niveles de intervención. Estos son nivel comunitario, nivel grupal y nivel individual-familiar. Estos niveles se traducen en distintas estrategias de acercamiento a la realidad, las cuales se utilizarán indistintamente, según sea necesario en función de los propósitos de la intervención. Estos son Procesos participativos, Articulación de Redes, Acciones Socioeducativas y Atención Ambulatoria en situaciones de vulneración de derechos.

Figura 6: Metodología de Trabajo.



Fuente, elaboración propia, 2013.

1.8) Áreas de trabajo.

Para dar cumplimiento a los objetivos propuestos por OPD, se han propuesto dos áreas de intervención social: Área de Protección y Área de Gestión Intersectorial Comunitaria.

Ambas áreas se describen a continuación.

1.8.1) Área Protección:

El Área de Protección tiene por objetivo *"proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad y exclusión, incluyendo sus opiniones y puntos de vista y fomentando la participación del grupo familiar".* Las situaciones de vulneración de derechos de la infancia y la juventud son transmitidas a la OPD mediante distintos actores sociales, ya sean instituciones, vecinos, familiares, colegios u otros actores de la Comuna de Quillota.

Para el cumplimiento del objetivo propuesto para esta área, profesionales de OPD planifican su accionar en base a una metodología específica que se grafica en un flujo de atención con el fin de contribuir a la óptima, eficiente y eficaz atención.

A continuación se presenta un cuadro resumen con las principales fases de intervención, que contempla el flujo de atención para el Área Protección:

❖ **Cuadro 2: Resumen Fases de intervención del flujo de Área de Protección.**

Etapa	Descripción.
Primer Apoyo	El primer apoyo tiene como finalidad recopilar antecedentes generales y actuales de la familia y el niño, niña o adolescente en posible vulneración de derechos mediante una entrevista por parte de un profesional (asistente social y/o psicóloga) a la persona que espontáneamente llegue a requerir apoyo a la OPD. Una vez expuesta la situación pueden darse tres casos: 1. Cuando lo expuesto no corresponde ser atendido por la OPD, se realizara una orientación, informando a la persona que concurre acerca de los pasos a seguir y/o donde debe dirigirse. Lo anterior, se lleva a cabo durante esta misma instancia. 2. Sí la situación expuesta corresponde a un posible ingreso se realizará un encuadre de proceso general (Lista de espera, duración de calificación, objetivos, situación judicial). 3. Si la situación es de alta complejidad puede ingresar "directamente" a una dupla psicosocial o abogada para ser judicializada.
Análisis Situacional	El análisis situacional se desarrolla en reunión de equipo y corresponde a la discusión de las situaciones de posible vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes, de los cuales se tiene conocimiento por distintas fuentes: demanda espontánea y demanda institucional. En estas reuniones se analiza: - Lista de espera-Ingreso.[3] - Acciones de pre-ingreso.[4]

[3] Lista de espera-Ingreso: corresponde a la revisión del listado de situaciones de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes, derivados desde instituciones educacionales, salud, municipales, redes comunales y demanda espontánea de personas naturales, donde se prioriza el ingreso a la atención con dupla psicosocial, según gravedad o tiempo de permanencia en lista de espera.

	- Derivaciones.[5] - Casos complejos.[6]
Proceso de calificación e intervención	Este proceso se inicia inmediatamente tras el ingreso de la situación a OPD, y corresponde al momento donde se planifican, coordinan y ejecutan acciones tendientes a indagar y profundizar en la situación del niño, niña o adolescente y sus familias, con el fin de determinar el o los derechos vulnerados en su caso y las medidas a tomar. En este proceso de calificación e intervención, se realizan al menos las siguientes acciones: - Analisis dupla psicosocial. - Visita domiciliaria. - Entrevista profesional. - Coordianación Red. - Reunión Técnico Jurídica.
Egreso.	Al concluir o interrumpir el proceso de calificación e intervención llevado a cabo con los niños, niñas y adolescentes y su grupo familiar, se determina el Egreso. Esta acción es realizada por la Dupla Psicosocial a cargo, momento en el cual el caso dejaría de ser considerado vigente a nivel administrativo. Para llevar a cabo el egreso se deber realizar el cierre de la intervención con el grupo familiar, adultos significativos y/o terceros involucrados en el proceso de intervención. Esta acción se notifica mediante una entrevista o visita domiciliaria. El registro debe ser formalizado en Instrumento de gestión SENAINFO y OPD INFO. Tipos de Egresos: 1. Judicial: En el caso que el niño niña o adolescente sigue viviendo situación de grave vulneración o negligencia, se hace necesario la entrega de los antecedentes a Tribunales de familia y/o Fiscalía (en el caso de delitos), con el objetivo de restituir situación de vulneración y proteger al infante o adolescente. 2. Derivación: en el caso de que el grupo familiar o adulto significativo, deban fortalecer aspectos tales como ejercicio de roles parentales, resolución de conflictos, entre otros, que impidan la restitución de derechos del niño niña o adolescente atendido. 3. Administrativo: En el caso de que el grupo familiar, adulto significativo o niño (a) y/o adolescente, interrumpan o no adhieren a la intervención de Dupla Psicosocial de OPD, y cuando lo amerite este se en conjunto con el equipo en reuniones técnica 4. Sin Vulneración: En el caso de que existiesen conflictos entre adultos, que no necesariamente implicasen una vulneración de derechos. 5. Acuerdo para restitución: En el caso de que el grupo familiar o adulto significativo posean las herramientas mínimas como para restituir la situación de vulneración sin necesidad de derivación o judicialización.
Seguimiento	Este momento será entendido como la fase posterior al egreso del caso, donde se diferencian tres tipos: Seguimiento derivaciones institucionales, Judicial y Con intervención finalizada. La primera, efectuada profesional de OPD con el objeto de monitorear que los niños, niñas y jóvenes que hayan sido derivados a una institución estén siendo considerados para atención o atendidos, el segundo realizado por abogada de OPD con el fin de conocer estado actual de proceso judicial y tercero por las duplas psicosociales.

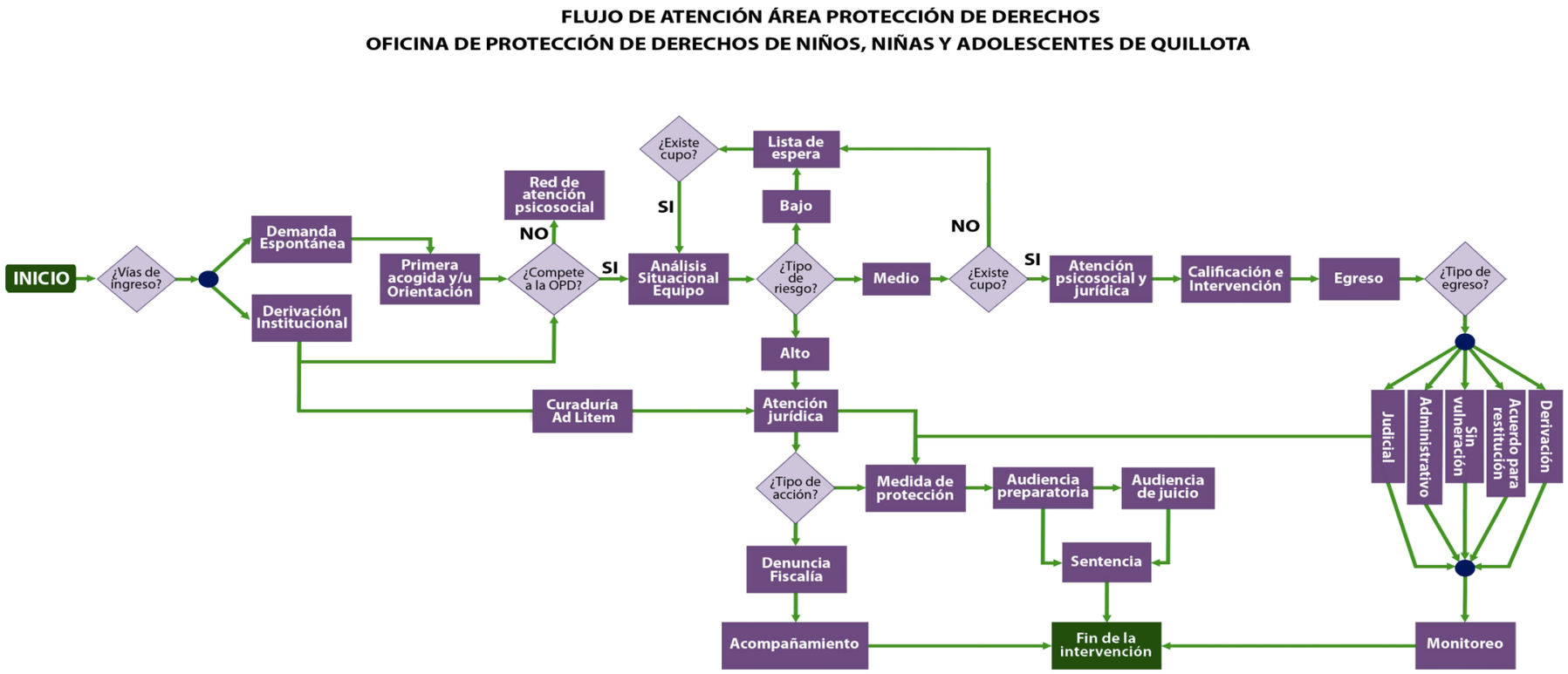
Fuente: *Elaboración propia, en base a Sistematización OPD Quillota 2011-2012.*

[4] Acciones de pre-ingreso: corresponden a coordinaciones institucionales efectuadas por profesional de OPD, respecto a situaciones que se encuentran en lista de espera, para obtener mayores antecedentes de la posible situación de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes, expuestas en instancia de primer apoyo y derivaciones institucionales, lo que permite reintegrarla a lista de espera o priorizar el ingreso a atención con dupla psicosocial.

[5] Derivaciones: es el análisis de situaciones que se encuentran en lista de espera y reúnen los antecedentes necesarios y suficientes para determinar que no corresponden a nuestro sujeto de atención, por tanto, ser derivados a oferta programática pertinente.

[6] Casos complejos: situaciones de vulneración de derechos atendidas por la dupla psicosocial que presentan nudos críticos y que para ser resueltos se necesita retroalimentación del equipo. Estas situaciones se refieren a egresos administrativos, posible judicialización y diferencias de criterios con otras instituciones.

❖ **Figura 7: Flujo de atención área protección Oficina de Protección de Derechos de niños, niñas y adolescentes de Quillota.**



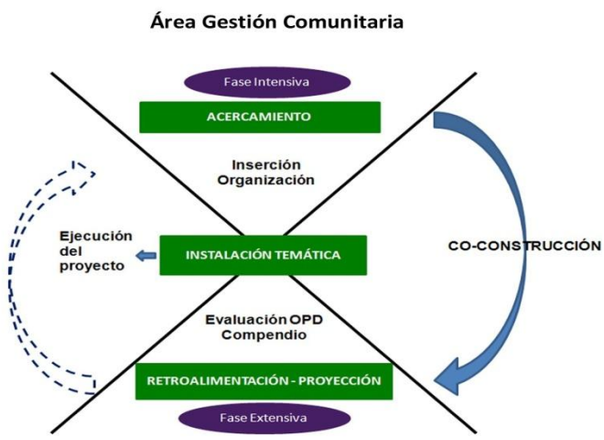
Fuente: *Sistematización OPD Quillota, 2011-2012.*

1.8.2) Área Gestión Intersectorial Comunitaria.

La segunda área de trabajo corresponde a la de Gestión Intersectorial Comunitaria. Esta constituye un trabajo focalizado en distintos territorios pertenecientes a la Comuna de Quillota, en los cuales mediante actividades socioeducativas, sociorecreativas y de participación comunal se pretende difundir la sensibilización y el respeto de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

En esta área, profesionales de OPD planifican su accionar y establecen una metodología específica para el logro de su objetivo que se muestra en un flujo de atención. A continuación se presentan las principales fases de intervención, que contempla el flujo de acciones para el Área Protección.

- **Figura 8: Flujo Área de Gestión Intersectorial Comunitaria de la OPD Quillota**



Fuente: *Sistematización OPD Quillota 2010 -2011. Pág. 33*

1.9) Instrumento legal que rige el quehacer profesional de la OPD.

El instrumento legal por el cual se rige la OPD, es la ley 20.032 que establece un sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de la red de colaboradores acreditados del Servicio Nacional de Menores y su régimen de subvención.

❖ **Cuadro 3: Resumen Ley 20.032.**

Identificación de la norma	Ley n° 20.032
Fecha de Promulgación	11 de julio del 2005
Fecha de publicación y entrada en vigencia	25 de julio del 2005
Organismo	Ministerio de Justicia.
¿Qué establece esta ley?	Establece sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de la red de colaboradores del SENAME y su régimen de subvención.

***Fuente**: Elaboración propia.*

La ley 20.032, establece el sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de la red de colaboradores del SENAME y su régimen de subvención, es decir, establece la definición colaboradores del SENAME, el régimen de subvención (forma y condiciones), los lineamientos que deben seguir, entre otros.

En su artículo primero se establece las disposiciones de esta ley, que tienen por objeto establecer la forma y condiciones en que el Servicio Nacional de Menores (SENAME), subvencionará a sus colaboradores acreditados. Asimismo, determinan la forma en que el SENAME velará para que la acción desarrollada por sus colaboradores acreditados respete y promueva los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes sujetos de atención y se ajuste a lo dispuesto en esta ley y en las demás disposiciones legales y reglamentarias relacionadas con la labor que ellos desempeñan.

En el artículo segundo, se señala la acción del SENAME y sus colaboradores acreditados, se sujetará a los siguientes principios:

1) El respeto y la promoción de los derechos humanos de las personas menores de dieciocho años contenidos en la Constitución Política de la República, las leyes vigentes, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y los demás instrumentos internacionales.

2) La promoción de la integración familiar, escolar y comunitaria del niño, niña o adolescente y su participación social.

3) La profundización de la alianza entre las organizaciones de la sociedad civil, gubernamentales, regionales y municipales, en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la infancia y a la adolescencia.

Según lo establecido en esta ley en su artículo 4 las OPD se definen de la siguiente manera: “Oficinas de protección de los derechos del niño, niña o adolescente (en adelante OPD): instancias de atención ambulatoria de carácter local, destinadas a realizar acciones encaminadas a otorgar protección integral de los derechos de los niños, niñas o adolescentes, a contribuir a la generación de las condiciones que favorezcan una cultura de reconocimiento y al respeto de los derechos de la infancia”

Por último, en título III, párrafo 2, articulo 15, letras a, b y c, se dan a conocer las funciones que le corresponderán exclusivamente a las OPD.

a) Facilitar al niño, niña o adolescente, el acceso efectivo a los programas, servicios y recursos disponibles en la comunidad, fortaleciendo el trabajo en redes y las acciones colaborativas de actores públicos y privados.

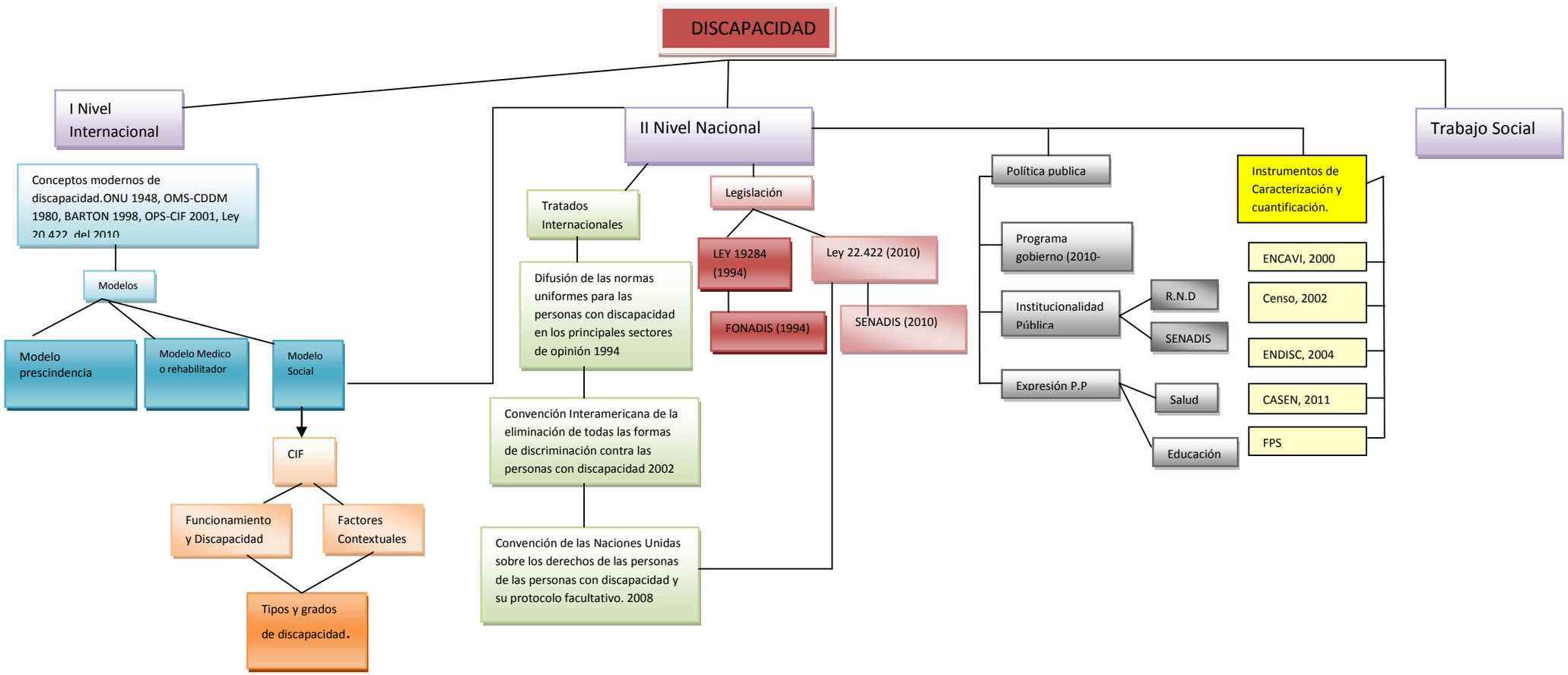
b) Ofrecer directamente la protección especial que sea necesaria, cuando la derivación a un programa no sea posible o cuando dicha derivación parezca innecesaria por tratarse de una situación que admita una solución relativamente rápida con los recursos de la propia oficina.

c) Promover el fortalecimiento de las competencias parentales que corresponden a las familias, privilegiando aquellas acciones destinadas a evitar la separación del niño, niña o adolescente de su familia o de las personas encargadas de su cuidado personal.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO.

FIGURA 9: MAPA CONCEPTUAL DEL MARCO TEÓRICO.



Fuente: Elaboración propia, 2013

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

Consideraciones Preliminares

Este capítulo, contendrá las bases teóricas que guían la acción de la estudiante seminarista y que permiten encuadrar el estudio, proveyéndolo de un marco explicativo el que permitirá posteriormente explicar los resultados finales.

De este modo se recoge información de autores especializados en discapacidad para poder establecer claramente que es este concepto, también se hace referencia a los modelos que se han utilizado para abordar este fenómeno, de igual forma se hace un acercamiento a la realidad nacional, es decir, de cómo está siendo abordada la discapacidad en Chile, para concluir con una mirada de desde el Trabajo Social en el área discapacidad.

2.1) Conceptualización.

A lo largo de la historia del hombre el concepto de discapacidad ha estado siempre presente y conforme avanza la cosmovisión del hombre el concepto también cambia.

Para efectos de este estudio y para hacer un breve esbozo de cómo ha evolucionado la concepción de las sociedades modernas tienen acerca de lo que significa ser una persona con discapacidad (PcD) se hará mención a cinco definiciones modernas propuestas por diferentes autores y en momentos de la historia distintos.

Es en el periodo transcurrido después de la Segunda Guerra Mundial y en el marco de la proclamación de la Declaración de los Derechos Humanos por la Asamblea General de Naciones Unidas, el 10 de diciembre es donde surge la primera definición a la que se hará mención.

> *"Toda persona tiene todos los derechos y libertades, proclamados en esta declaración, sin distinción de alguna raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición" (Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948).*

En esta definición lo primero a resaltar en que pone en igualdad de condiciones a todas las personas, reconociendo por sobretodo los derechos inherentes a todo ser humano sin distinción alguna, es decir, la condición de discapacidad de una persona no es privativa de obtener los mismos derechos en igualdad de condiciones y a la vez los mismos deberes.

La segunda mirada acerca de discapacidad es la que plantea la Organización Mundial de la Salud en 1980 esta predominó por más de dos décadas, esta conceptualización es planteada en la "Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM).

Donde "Discapacidad es "Toda restricción o impedimento del funcionamiento de una actividad, ocasionados por una deficiencia, en la forma o dentro del ámbito considerado normal para un ser humano" (OMS 1980).

Como puede apreciarse claramente se define a la discapacidad desde una perspectiva médica, donde el origen de la discapacidad está en la persona, por lo tanto esta deficiencia originada en la persona es lo que le impide desarrollar actividades que son normales para la mayoría de las personas. Donde la discapacidad es responsabilidad de quien la posee, la persona con discapacidad es la que debe integrase a la sociedad y desarrollar las actividades que son normales para el ser un humano, sin embrago no se hace mención sobre las facilidades que debe entregar el medio para la integración de las personas con discapacidad.

El Seminario de Titulo desarrollado por la estudiante se encuentra del área de las ciencias sociales por lo que es necesario considerar una mirada desde el desarrollo en esta disciplina. Si bien es cierto desde las ciencias sociales no ha habido un amplio desarrollo en esta temática se puede encontrar en la literatura el aporte hecho por Barton (1998).

"Un fenómeno que surge del fracaso de un entorno social estructurado a la hora de ajustarse a las necesidades y aspiraciones de los ciudadanos con carencias, más que la incapacidad de los individuos discapacitados para adaptarse a las exigencias de la sociedad" (Barton 1998:24).

En esta definición ya se vislumbra una mirada más social acerca de la discapacidad, a diferencia de la conceptualización anterior propuesta por la OMS donde la PcD eran las responsables de su integración a la normalidad, en esta conceptualización es el entorno social el que no cuenta con las condiciones necesarias para cubrir los requerimientos de las personas con discapacidad.

Por otro lado y de acuerdo a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con discapacidad de las Naciones Unidas año 2006:

"La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás personas" (Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad 2006).

Al analizar esta conceptualización lo primero a mencionar es que los términos que se utilizan son diferentes a las anteriores definiciones antes expuestas, además reconoce que las deficiencias son a raíz de la interacción entre la PcD y las barreras del entorno, ya no se habla de normalidad sino de participación plena y efectiva en la sociedad.

Es a raíz de la ratificación por parte de Chile de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con discapacidad de las Naciones Unidas, es que surge

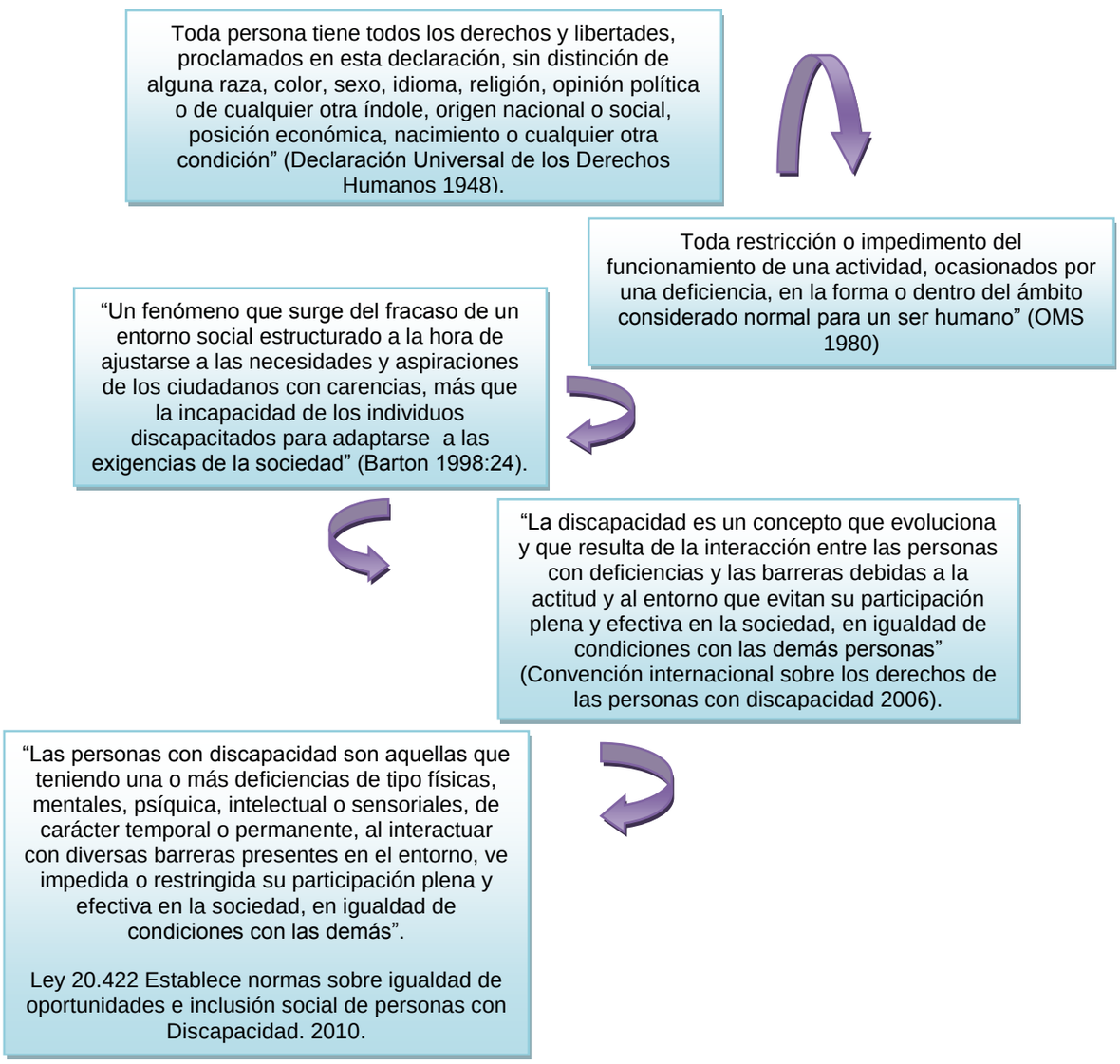
la actual legalización en materia de discapacidad, la cual recoge los principios y fundamentos estipulados en esta.

Es así como en el año 2010 que se promulga la Ley N° 20.422 que establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad.

"Las personas con discapacidad son aquellas que teniendo una o más deficiencias de tipo físicas, mentales, psíquica, intelectual o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás".

Si se comparan las últimas dos definiciones queda claramente expuesto que ambas son similares y que hacen referencia a conceptos a 3 claves, utiliza el término deficiencias, interacción con el entorno y participación plena en igualdad de condiciones.

Figura 10: Evolución del concepto de Discapacidad.



Fuente, elaboración propia, 2013.

2.2) Modelos que han abordado la discapacidad.

La discapacidad a tenido diferentes valoración a lo largo de la historia, esta valoración es dependiente de la concepción de mundo que va teniendo el hombre conforme avanza el tiempo.

Es a partir de estas concepciones que se han identificado diferentes modelos de atención a la discapacidad cada uno con un sello característico del pensamiento de la época y de las principales corrientes ideológicas.

Los modelos se definen como *"Una representación esquemática o conceptual de un fenómeno, que representa una teoría o hipótesis de cómo dicho fenómeno funciona. Estos describen, explican y predicen el comportamiento de un fenómeno natural o comportamiento máximo"* (Ahumada y otros, 2006:20).

Para efectos de este estudio se consideró la clasificación propuesta por Agustina Palacios (2008) en su libro *"El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad".* Se optó por esta clasificación ya que los tres modelos que desarrolla la autora engloban a modelos propuestos por otros autores.

2.2.1) Modelo de la Prescindencia.

Los presupuestos esenciales del modelo son dos: la justificación religiosa de la discapacidad, y la consideración de que la persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la comunidad.

- Justificación religiosa: *"se asume que las causas que dan origen a la discapacidad son religiosas: un castigo de los dioses por un pecado cometido generalmente por los padres de la persona con discapacidad, o una advertencia de los dioses acerca de que la alianza se encuentra rota y que se avecina una catástrofe".*(Palacios,2008; 37).

- En cuanto al segundo presupuesto, se parte de la idea de que "*la persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la sociedad, que es un ser improductivo y además una carga que deberá ser arrastrada, ya sea por los padres o por la misma comunidad".* (Palacios, 2008; 37).

Dentro del modelo de prescindencia se pueden distinguir dos submodelos: el eugenésico y el de marginación. La diferencia entre ambos se basa en las consecuencias que pueden derivar de aquella condición de inutilidad que caracteriza a las personas con discapacidad.

El Submodelo Eugenésico desde esta mirada se considera que la persona con discapacidad es un ser cuya vida no merece la pena ser vivida. Si al momento del nacimiento de un niño o niña se detecta alguna disfunción congénita los niños y niñas afectados son sometidos a infanticidio. Esto se aprecia claramente en las culturas romana, griega y espartana.

El submodelo de Marginación: La característica principal es la exclusión, ya sea como consecuencia de subestimar a las personas con discapacidad, o como consecuencia del temor o el rechazo por considerarlas objeto de maleficios o castigos de los dioses. Es decir, "*que ya sea por menosprecio ya sea por miedo, la exclusión parece ser la mejor solución y la respuesta social que genera mayor tranquilidad"*. (Palacios 2008; 54).

En síntesis, la visión acerca de la discapacidad es que el hombre actúe con repudio y rechazo hacia cualquier forma de anomalía. A través de este modelo se han justificado diferentes persecuciones y formas de eliminación humana que el propio hombre ha efectuado a sus semejantes a lo largo de la historia.

2.2.2) Modelo Médico o Rehabilitador:

En este modelo las causas de la discapacidad ya no son religiosas, sino que pasan a ser científicas. En este modelo ya no se habla de lo divino o maligno, sino que se menciona a la diversidad funcional en términos de salud o enfermedad. En segundo lugar, las personas con discapacidad ya no son consideradas inútiles respecto de las necesidades de la comunidad, sino que ahora se entiende que pueden tener algo que aportar en la medida en que sean rehabilitadas o normalizadas.

El inicio del modelo rehabilitador data de los inicios del mundo moderno, sin embargo este logra su consolidación en los inicios del siglo XX. Entre las causas más importantes a destacar se encuentra la Segunda Guerra Mundial y los accidentes laborales. Ello debido a que, al finalizar la Primera Guerra Mundial, muchos hombres resultaron heridos de por vida, siendo denominados mutilados de guerra, a fin de distinguirlos de aquellos discapacitados por accidentes laborales. "Este período es un precedente, y aporta elementos esenciales para el desarrollo posterior del paradigma rehabilitador, además es una época de suma importancia en la formación del concepto de derechos fundamentales, lo que tendrá una enorme trascendencia en la evolución posterior del tratamiento a las personas con discapacidad más específicamente en el preponderante modelo contemporáneo". (Palacios, 2008; 81).

En cuanto a los niños con discapacidad, existe un convencimiento generalizado respecto de que no son normales, se considera que debe realizarse todo lo necesario a fin de lograr que se normalicen. Esto queda claramente a la vista con la institucionalización de los menores.

En general "el tratamiento impartido a las personas con discapacidad desde este modelo se basa en una actitud paternalista, producto de una mirada centrada en la diversidad funcional, que genera subestimación y conlleva a la discriminación. Si bien se busca la recuperación e incluso la normalización de la persona, el situar el centro del problema exclusivamente en la diversidad funcional genera un cierto menosprecio con relación a las aptitudes generales de las personas con

discapacidad. Si en el modelo de prescindencia la diversidad funcional se asimilaba al pecado, en este modelo se asimila a la enfermedad". (Palacios, 2008; 87)

En síntesis, el principal postulado de este modelo es que el énfasis se sitúa en la persona y su "deficiencia", caracterizada como una anomalía patológica que impide a la persona realizar actividades que se consideran "normales", es decir, las que pueden realizar la mayoría de las personas que no padecen dichas diversidades funcionales y que la persona debe hacer todo lo que esté a su alcance para rehabilitarse y poder desarrollar sus actividades normalmente.

2.2.3) Modelo Social de Discapacidad.

El origen del Modelo Social se debe principalmente al rechazo que se genera principalmente a los modelos antes señalados.

Entre los fundamentos del Modelo Social se encuentran (Palacios, 2008; 103).

- Las causas de origen de la discapacidad no son ni religiosas ni científicas, sino sociales o al menos preponderadamente sociales.

- Se considera que las personas con discapacidad tienen bastante que aportar a la sociedad o que al menos, la contribución será en la misma medida que el resto de las personas sin discapacidad.

Conforme a dicha idea, Agustina Palacios (2008; 105) argumenta que "las niñas y los niños con discapacidad deben tener las mismas oportunidades de desarrollo que las niñas y niños sin discapacidad, y la educación debe tender a ser inclusiva, adaptada a las necesidades de todo y todas, como regla, reservándose la educación especial en última medida.

En cuanto a los métodos de subsistencia de las personas con discapacidad, desde el modelo bajo análisis se plantea como método idóneo a la seguridad social y al trabajo ordinario, y sólo excepcionalmente se acepta el protegido. Para logara esto es necesario la accesibilidad universal, el diseño universal, la transversalidad en las políticas de discapacidad entre otras.

"El Modelo Social defiende que la concepción de la discapacidad es una "construcción social" impuesta, y plantea una visión de la discapacidad como clase oprimida, como una severa crítica al rol desempeñado por los profesionales y la defensa de una alternativa de carácter político más que científico" (Verdugo, 2001; 1).

Es posible situar el origen del Modelo Social, o al menos el momento en que emergen sus primeros síntomas, a finales de la década de los años setenta. Su situación geográfica debe ser situada en Estados Unidos e Inglaterra (Palacios, 2008; 106).

Durante la mayor parte del siglo XX, la discapacidad venía siendo considerada como un cuerpo o una mente defectuosa. La diversidad funcional individual o

anormalidad implicaba dependencia de la familia y de los servicios de asistencia social, varios de los cuales debían brindarse en instituciones especializadas. La discapacidad implicaba una tragedia personal para las personas afectadas y un problema para el resto de la sociedad.

No obstante, como argumenta Bariffii (2007), desde finales de la década de los años sesenta, dicha consideración ortodoxa comenzó a ser el blanco de campañas en Europa y Estados Unidos. Las personas con discapacidad, aquellas que vivían en instituciones residenciales, tomaron la iniciativa e impulsaron sus propios cambios políticos. Reorientaron la atención hacia el impacto de las barreras sociales y ambientales, como el transporte y los edificios inaccesibles, las actitudes discriminatorias y los estereotipos culturales negativos, que, según alegaban, discapacitaban a las personas con discapacidad. De este modo la participación política de las personas con discapacidad y sus organizaciones abrió un nuevo frente en el área de los derechos civiles y la legislación antidiscriminación.

Es así como el denominado “Movimiento de vida Independiente” se opuso al dominio profesional y a la provisión democrática de los servicios sociales y a su escasez, mientras demandaba oportunidades para que las PcD. Desarrollaran sus propios servicios en el mercado.

El Movimiento de Vida Independiente.

En opinión de Shapiro, (citado en Palacios, 2008; 109) el nacimiento de vida independiente podría situarse cronológicamente el día en que Ed Roberts, un joven con discapacidad que ingresó a la Universidad de California, Berkeley.

A partir de la revolucionaria experiencia de Roberts, quien logró encontrase totalmente integrado en la sociedad estudiantil, la universidad comenzó a recibir solicitudes de admisión de otras personas con movilidad reducida. Lentamente se fue formado un grupo de estudiantes con discapacidad que comenzaría a abogar por ciertos cambios en la estructura de la propia universidad. Durante este tiempo, entre otras cuestiones Roberts se dedicó a estudiar el nacimiento del movimiento feminista, buscando analogías entra la situación de las mujeres y la de las personas con discapacidad.

Frente al cuidado de salud, que solo ofrecía ayuda protectora, se abogaba por un innovador sistema de ayuda mutua y de organización grupal. Fue así como con el autodenominado “movimiento de vida independiente”, se asumió que quienes mejor conocían las necesidades de las personas con discapacidad no eran los médicos o enfermeras, sino las propias personas con discapacidad. Y que el mayor deseo de estas personas era estar integradas en sus comunidades, desde el colegio al trabajo. De este modo, se establecían algunos de los nuevos principios que les iban a guiar: independencia, autosuficiencia, transversalidad y la discapacidad como problema social.

Concepto de Discapacidad según el Modelo Social.

Siguiendo con los postulados de Palacios (2008) quien además se apoya en los conceptos entregados por Francisco Bariffi, los principios del modelo social hacen una distinción entre deficiencia que es la condición del cuerpo y de la mente, y la discapacidad, que son las restricciones sociales que se experimentan. La discapacidad es algo que se emplaza sobre las deficiencias, por el modo en que las personas con discapacidad son innecesariamente aisladas y excluidas de la participación plena en sociedad.

Es decir, la deficiencia o diversidad funcional, sería esa característica de la persona consistente en un órgano, una función o un mecanismo del cuerpo o de la mente que no funciona, o que no funciona de igual manera que en la mayoría de las personas. En cambio, la discapacidad estaría compuesta por los factores sociales que restringen, limitan o impiden a las personas con diversidad funcional, vivir una vida en sociedad. Por lo tanto, explica Jenny Morris en Palacios (2008), “una incapacidad para caminar es una deficiencia, mientras que una incapacidad para entrar a un edificio debido a que la entrada consiste en una serie de escalones es una discapacidad. Una incapacidad para hablar es una deficiencia pero la incapacidad para comunicarse porque las ayudas técnicas no están disponibles es una discapacidad”.

Se le ha dado mayor desarrollo a este modelo ya que es el que utilizará de guía la estudiante seminarista, esto por ser un modelo que visualiza la discapacidad como un problema social, ya que considera tanto a las personas con discapacidad como al entorno en que se inserta, es un modelo que ha sido adoptado por la CIF (Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud) y también por la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, la cual entrega los lineamiento a la actual ley sobre discapacidad en Chile, formando de este modo un nuevo paradigma en el abordaje de la discapacidad.

2.3) Tipología de Clasificación de discapacidad.

En una sociedad que funciona en base a la mundialización, (derechos universales y tratados internacionales), es necesario contar con un lenguaje común que permita comprender los mismos significados cuando se haga referencia a la discapacidad.

En esta tarea se destaca el trabajo realizado por la OMS en su búsqueda de entregan modelos de clasificación universales.

La OMS en 1980 propuso una clasificación que abarca tanto los aspectos médicos y de salud de la discapacidad, como también aquellos que incidirían sobre su entorno social, a esta clasificación se le denomino con las siglas CIDDM que

respondía a la Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalía

Después de una exhaustiva y prolongada revisión por parte de la OMS y sus organismos asociados, en el año 2001 propuso un nuevo esquema que deriva de nuevas formas de entender los tipos de discapacidad, esta vez enfocados en los componentes de la salud y otros aspectos importantes para el bien estar, su nombre es la Clasificación Internacional para el funcionamiento de la discapacidad CIF.[7] La CIF es una clasificación diseñada con un propósito múltiple para ser utilizada en varias disciplinas y diferentes sectores.

Objetivos de la CIF[8]

- Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes.

- Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades.

- Permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo.

- Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

Para poder entender globalmente la CIF, es importante entender su estructura. Se trata de una organización jerárquica compuesta por una serie de elementos que se describen en el siguiente esquema n de la página siguiente.

Sin embargo es importante destacar las dos categorías principales, las que se describen a continuación.

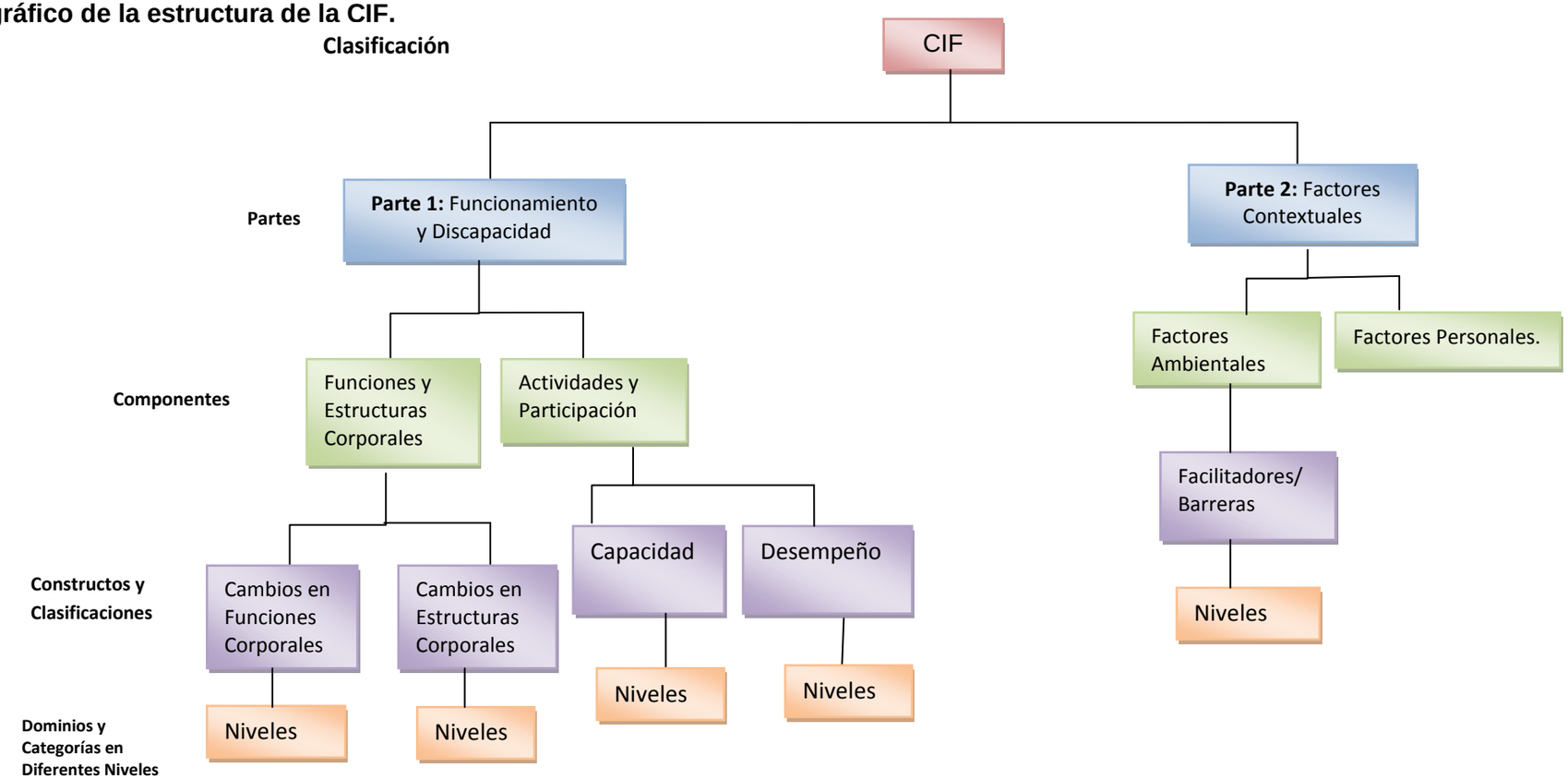
Funcionamiento y discapacidad: Esta categoría se compone de funciones y estructuras corporales, estas involucran aquellos cambios en las funciones corporales y los cambios en las estructuras corporales, y de las actividades y participación, la que considera la capacidad entendida como la ejecución de tareas en un entorno uniforme y desempeño como la ejecución de tareas en un entorno real.

Factores contextuales:[9] Los factores contextuales son los factores que constituyen el trasfondo total de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Incluye los factores ambientales (toda la influencia externa sobre la persona y su discapacidad)

[7] La definición conceptual, así como la confección de los instrumentos de recolección de datos de la ENDISC 2004, son basados en esta clasificación. Fuente ENDISC 2004.
[8] OMS, OPS (2001:3) Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad.
[9] ENDISC 2004.

y los factores personales, en estos se considera toda la influencia interna sobre el funcionamiento de la persona y su discapacidad.

Figura 11: Esquema gráfico de la estructura de la CIF.



Fuente: Elaboración Propia, 2013.

Fuente, elaboración propia, 2013

Utilizando la combinación de las categorías Funcionamiento y Discapacidad y de la categoría Factores Contextuales se puede clasificar a la amplia gama de discapacidades en tres grupos principales:[10]

- **Deficiencias físicas:** Toda persona con anomalías orgánicas en el aparato locomotor o las extremidades (cabeza, columna vertebral extremidades superiores e inferiores), deficiencias en el sistema nervioso (parálisis de extremidades superiores o inferiores, paraplejias, tetraplejias, trastornos de coordinación de movimiento entre otros), y alteraciones viscerales (alteraciones del aparato respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario).

- **Deficiencias mentales**: En esta categoría se agrupan todas aquellas personas que padezcan un retraso mental sea este moderado, severo o leve, retraso madurativo demencias y otros trastornos mentales tales como el autismo, esquizofrenia, trastornos psicóticos, somáticos y de personalidad.

- **Deficiencias sensoriales:** Toda personas con trastornos relacionados con la vista, el oído y el lenguaje.

Otra clasificación realizada en base a la CIF es la tipología de discapacidad utilizada por el Servicio Nacional de la Discapacidad 2012 (SENADIS), también se divide en tres grupos.

- Discapacidad física: referidas a patologías que inciden en la capacidad de movimiento corporal del individuo.

- Discapacidad sensorial: aquellas relacionadas con la pérdida total o parcial de vista, audición o habla.

- Discapacidad psíquica o mental: desde alteraciones en el comportamiento adaptativo de la persona, retraso mental en sus diferentes grados, hasta patologías relacionas con la psiquis de la persona.

Se destaca que esta última será la clasificación utilizada en el desarrollo de este seminario de titulo debido a que es la común y la más reconocida por las personas.

[10] Clasificación en base a la Cruz Roja.

2.3.1) Grados de Discapacidad[11]

La forma en que la discapacidad afecta la vida de las personas varía significativamente dependiendo del grado de discapacidad.

- **Cuadro 4: Criterios CIE 10 en conjunto con la CIF.**

Valor	Definición	Características	Porcentaje
0	Ninguna discapacidad	El funcionamiento del paciente se adecua a las normas de su grupo de referencia o contexto socio cultural: no existe discapacidad en ningún momento	0%
1	Discapacidad Mínima	Existe desviación de la norma en una o más de las actividades o funciones: paciente ligeramente discapacitado algún tiempo	10%
2	Discapacidad Obvia	Existe desviación llamativa de la norma interfiriendo con la adaptación social: paciente ligeramente discapacitado bastante tiempo o moderadamente discapacitado durante un corto tiempo.	20%
3	Discapacidad seria	Existe desviación muy marcada de la norma en la mayoría de las actividades y de las funciones: paciente moderadamente discapacitado bastante tiempo o severamente discapacitado algún tiempo	60%
4	Discapacidad muy seria	Existe desviación muy marcada de la norma en todas las actividades y las funciones: paciente gravemente discapacitado la mayoría del tiempo o moderadamente discapacitado todo el tiempo	80%
5	Discapacidad Total	La desviación de la norma ha alcanzado un punto crítico: paciente gravemente discapacitado todo el tiempo	100%

Fuente: Elaboración propia, 2013.

[11] Si bien esta calcificación es universal y en base a la CIF, en la clasificación del grado de discapacidad intelectual en los colegios especiales se utiliza la clasificación WISC III, En la que la discapacidad intelectual es clasificada en leve, moderada y severa. Fuente: Entrevista a directora CEDIP.

2.4) Situación en Chile, instrumentos legales, políticas públicas e instrumentos de caracterización y cuantificación en torno a la niñez y adolescencia y discapacidad.

A continuación, se hará mención de las diferentes políticas públicas, institucionalidad pública, instrumentos legales en Chile, que de alguna forma buscan asegurar los derechos de las personas con discapacidad, así como también se describirán los instrumentos de caracterización y cuantificación que han permitido conocer las características socio demográficas de las personas con discapacidad, específicamente los que hacen mención al segmento infanto juvenil, que es el grupo de estudio en el cual se focaliza este estudio.

2.4.1) Tratados internacionales.

A la fecha Chile ha suscrito tres tratados internacionales en torno a la discapacidad. El primero lleva por título “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Chile y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo sobre el proyecto del Gobierno de Chile denominado *Difusión de las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad en los Principales Sectores de Opinión de Chile*”. Este acuerdo fue promulgado durante el gobierno de Eduardo Frey Ruiz- Tagle en el año 1997. (BCN, 2013).

El segundo tratado ratificado por Chile siendo Presidente de la República Ricardo Lagos Escobar, en año 2002 mediante el decreto n° 99 con este tratado se promulga “la Convención Interamericana para la eliminación sobre de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad”.

Este tratado en primer lugar reafirma que las personas con discapacidad tienen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas; y que estos derechos, incluido el de no verse sometidos a discriminación fundamentada en la discapacidad, emanan de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano.

Esta convención tiene como objetivos la prevención y la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y perseguir su plena integración a la sociedad.

Otro punto a destacar, es el señalado en su artículo III donde los Estados partes de esta convención se comprometen a trabajar en pos del cumplimiento de los objetivos de esta convención a través de “la adopción de medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad” (Decreto 99/2002, 2). En este punto la Convención entrega una serie de recomendaciones en todas las áreas prioritarias a trabajar tanto a la eliminación de barreras arquitectónicas y sociales para eliminaran la discriminación, así como también orientaciones para trabajar en la prevención y

rehabilitación en torno a la discapacidad y sobretodo en la sensibilización de la población respecto a esta temática.

El tercer acuerdo internacional adscrito es la "Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con Discapacidad y su protocolo facultativo", en el año 2008 durante el mandato de Michelle Bachelet. Este acuerdo fue promulgado el 25 de agosto del 2008 mediante el Decreto 201.

Esta convención establece derechos de las personas con discapacidad, "reconociendo que las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en los Pactos Internacionales, han reconocido y proclamado que toda persona tiene los derechos y libertades enunciadas en esos instrumentos, sin distinción de ninguna índole" (Decreto 201/2008, 6).

En el artículo III se establecen los principios de esta convención los cuales son:[12]

a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;

b) La no discriminación;

c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;

d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;

e) La igualdad de oportunidades;

f) La accesibilidad;

g) La igualdad entre el hombre y la mujer;

h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

En cuanto al sentido estrictamente derivado a los derechos, económicos y culturales, el decreto 201(2008), establece la adopción de decisiones derivadas en la creación de legislación y políticas gubernamentales relacionadas estrechamente a las personas con discapacidad, incluyendo a las personas que las representa.

En los artículos 6 y 7 de esta convención se hace alusión especifica a los grupos que son considerados más vulnerables como son los niños y las mujeres.

Otro artículo que resalta es el n°8 donde se hace un llamado a

[12] Decreto 201/2008:4, Articulo III, BCN.

"*a) Sensibilizar a la sociedad, incluso a nivel familiar, para que tome mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas;*

b) Luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida; c) Promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las personas con discapacidad." (Decreto: 201/2008:6).

Es de gran valor resaltar el artículo 19, en el cual se incorpora el reconocimiento del derecho de las personas con discapacidad a la vida independiente y al vivir en comunidad, símbolo de una real inclusión de las personas con discapacidad a la sociedad.

Para concluir se debe mencionar que los principios de esta convención tienen estrecha relación con el modelo social de discapacidad, así como también es la base en que se sostiene la actual ley sobre discapacidad en Chile, la Ley n° 22.422 que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de personas con discapacidad.

- **Convención de los Derechos de los Niños y Niñas (CDN)[13]**

El Estado chileno firma y suscribe la Convención de los Derechos del Niño el 26 de Enero de 1990, seis meses después, el 10 de Julio de 1990, la Convención es aprobada unánimemente por el Poder Legislativo y se ratifica ante las Naciones Unidas el día 13 de Agosto de 1990. El día 14 de Agosto de 1990 fue promulgada como ley mediante el Decreto Supremo 830 del Ministerio de Relaciones Exteriores, el cual es publicado en el diario oficial del 27 de Septiembre de 1990, fecha en que la convención entra en vigencia en Chile.

Esta Convención es un convenio de las Naciones Unidas, que describe la gama de los derechos que tienen todos los niños, niñas y adolescentes, y establece normas básicas para su bienestar en diferentes etapas de su desarrollo, además del deber de tomar en cuenta a la CDN al momento de crear una política enfocada a la infancia. Los países que ratifican la Convención, se convierten en Estados Partes de la misma, acepta someterse legalmente a sus estipulaciones e informar regularmente a un Comité de los Derechos del Niño sobre sus avances.

La CDN contiene 54 artículos y reúne en un sólo tratado todos los asuntos pertinentes a los derechos del(a) niño(as) y adolescente, los cuales pueden dividirse

[13] Convención sobre los Derechos del Niño, UNICEF. Extraído de www.unicef.cl en el mes de Abril 2013.

en cuatro categorías como: Derechos a la Supervivencia, al Desarrollo, a la Protección y a la Participación.

La Convención se basa en cuatro principios fundamentales que le trascienden, los cuales se deben tomar en cuenta en su aplicación y en relación con cualquier artículo.[14]

- **El Interés Superior del niño, niña y adolescentes:** En cualquier situación en la que el niño, niñas y adolescentes intervenga, y deba tomarse cualquier decisión, tiene que considerarse lo que es mejor para ellos. Esto implica que cuando se tome alguna medida que se considere necesaria para su desarrollo, se tendrá presente si es realmente conveniente. (Art. 3° CDN)

- **La No Discriminación:** Todos los niños, niñas y adolescentes deben ejercer sus derechos siempre. Se alude a un trato horizontal, es decir, en igualdad de condiciones. Aquí se podría ver una aparente contradicción entre ser protegido y no discriminado. Sin embargo la protección está relacionada con sus derechos específicos como niño, niña y adolescente y la no discriminación está referida a no ser visto con minusvalías por el sólo hecho de ser niño(a) o adolescente. (Art. 2° CDN)

- **El Derecho a la Supervivencia y Desarrollo**: Todos los niños, niñas y adolescentes, tienen derecho a la vida y el Estado tiene la obligación de garantizar su supervivencia y desarrollo. La supervivencia se refiere así, no sólo a la dimensión material, sino a la salud mental, a las condiciones de convivencia práctica y a la valoración de la propia cultura. (Art. 6° de la CDN)

- **El Derecho a Opinar y Ser Escuchado**: La participación de los niños, niñas y adolescentes no se expresa a través de un artículo, pero sí está presente como eje. E inclusive, se mencionan derechos en artículos con relación a la participación en circunstancias específicas, como, por ejemplo, el derecho a ser formado y a asociarse, entre otros. (Art. 12° CDN).

La Convención de los Derechos del Niño, aporta una visión hacia ellos, donde ya no son vistos como personas incompletas, sino como sujetos de derechos políticos, jurídicos y sociales.

[14] Convención Op. Cit.14.

- **Enfoque de Derechos.**

El enfoque de derechos es una propuesta de mirada acerca de la realidad que se fundamenta en la relación existente entre la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y la Declaración Universal de Derechos Humanos, es decir, establece como esencial, el hecho de que los derechos del niño, la niña y los jóvenes son derechos humanos.

En tanto propuesta a ser aplicada a los programas y proyectos de desarrollo que realizan las instituciones que trabajan con y por los niños, niñas y jóvenes, el enfoque de derechos contiene ciertos elementos de conocimiento e interpretación de la realidad que permiten, por una parte, definir y reconocer en el espacio de intervención a los garantes de estos derechos, es decir, de las instituciones encargadas y responsables asegurar las condiciones para el ejercicio y respeto de éstos; y por otra, intencionar la promoción de la ciudadanía infantil y juvenil, como expresión práctica de ser sujeto de derechos[15].

El primer paso que Chile da en el año 2000 es la «Política nacional a favor de la infancia y la adolescencia» y los esfuerzos en la construcción y consolidación de Sistemas Locales de Protección de Derechos (SLPD) en las comunidades y espacios locales, dan cuenta del avance sustantivo en la materia. Pero al mismo tiempo, imponen un nuevo tipo de desafío de características específicas para la modernización.

Un aspecto sustancial del Enfoque de Derechos, está relacionado con el reconocimiento del rol de los garantes de derechos, en los diferentes niveles en que se da una intervención social. Coloca al Estado y a la sociedad como corresponsables en el diseño y la ejecución de las políticas públicas orientadas hacia la niñez.

Hay un Garante Principal de los derechos, este es el Estado y todos sus poderes. En el nivel nacional y desde las obligaciones que impone a los Estados la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño, al Ejecutivo, le corresponde la implementación de políticas públicas; al Legislativo la adecuación de la legislación a los postulados y espíritu de la Convención y demás tratados de derechos humanos, y; al Judicial que, deje de lado la doctrina de situación irregular empezando a considerar a los niños y niñas como verdaderos sujetos de derechos.

Además de los poderes del Estado, tienen rol de garante principal todas las instancias político administrativas; todas las dependencias estatales en el nivel regional, provincial y local. En el nivel local, el Municipio tiene las mismas

[15] Valverde, Francis, Apuntes sobre Enfoque de Derechos, ACHNU, 2004, p. 4, citado en Sistematizacion OPD Quillota 2011-2012.

responsabilidades que los demás órganos del Estado en tanto garante, es decir, hacer cumplir y generar condiciones de ejercicio de derechos en la comuna, y si es necesario, le corresponde exigir de las instancias superiores, los recursos humanos y económicos que requiera para cumplir su rol[16].

2.4.2) Normativa legal.

La ratificación por parte de Chile de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad tuvo como impacto la creación de una nueva ley acorde a los principios plasmados en esta, sobre todo en lo referente a la inclusión y no discriminación de las personas con discapacidad, es así como el 03 de febrero del 2010 se promulga la nueva *Ley n° 22.422 que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de personas con discapacidad.* Derogando a la *Ley n° 19.284 de 1994, que Establece Normas para la Plena Integración de las Personas con Discapacidad*.

Las diferencias entre estas dos normas jurídicas son bastantes, partiendo de la definición de discapacidad donde esta es vista de una manera integral donde la sociedad es la responsable de la discapacidad no solo la persona, también discrepan es el objetivo fundamental de cada una en la ley 19.284 es la Integración social de las PcD en tanto en la ley 20.422 es la inclusión social, así como también el modelo que sustenta la primera es el médico en tanto la segunda se sustenta en el modelo social de discapacidad. Otra diferencia importante a destacar es que la primera da origen al FONADIS el cual es reemplazado en la ley 20.422 por el SENADIS, las especificaciones de estos dos organismos se analizaran en el apartado siguiente.

En el siguiente cuadro se dan a conocer más detalladamente las diferencias entre estos dos instrumentos jurídicos.

[16] Valverde, Op. cit., p. 5 citado en Sistematización OPD Quillota 2011-2012.

❖ **Cuadro 5: comparación entre ley 19.284 y ley 20.422.**

Criterios de Comparación.	**Ley 19.284/1994.**	**Ley 22.422/2010.**
Nombre	Establece normas para la plena integración social de las personas con discapacidad	Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.
Concepto de Persona con Discapacidad.	Toda aquélla que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiere originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social.	Aquélla que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.
Objetivo	Establecer forma y condiciones que permitan obtener ***plena integración*** social de personas con discapacidad en la sociedad, y velar por pleno ejercicio de derechos que Constitución y leyes reconocen a todas las personas.	Asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, con el fin de obtener ***su plena inclusión*** social, asegurando el disfrute de sus derechos y la eliminación de cualquier forma de discriminación fundada en su discapacidad.
Principios.	No contempla.	Vida independiente, accesibilidad universal y Diseño Universal, intersectorialidad, participación y diálogo social.
Rol de Estado	Asistencial y Subsidiario.	Protección de Derechos.
Obligaciones del Estado.	Prevención y rehabilitación de la discapacidad.	Informar los derechos, promover la igualdad, mejorar la calidad de vida, accesibilidad igualitaria
Población Beneficiaria	Destinado a personas con discapacidad, de acuerdo a las características particulares de sus carencias.	Dan preferencia a las personas con discapacidad, sus familias y organizaciones
Políticas Públicas	No entrega directrices para las políticas públicas.	Entrega directrices en cuanto al diseño y ejecución de las P.P, teniendo como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.
Grupos Especialmente Vulnerables	No menciona a grupos en esta categoría.	Son considerados grupos especialmente vulnerables las mujeres y los niños con discapacidad, las personas con discapacidad intelectual y las personas en situación de dependencia.
Prevención y Rehabilitación.	Basado en el modelo médico.	Basado en el modelo social de la discapacidad.
Institucionalidad pública	Crea el Fondo Nacional de Discapacidad.	Crea el Servicio Nacional de Discapacidad.

Fuente: Elaboración propia, 2013.

2.4.3) Políticas públicas en torno a discapacidad.

La política pública de discapacidad en Chile y sus lineamientos, hoy no se encuentra declarada de manera explícita, Sin embargo uno de los desafíos para el año 2012 según el balance de gestión integral es oficializar la política pública de discapacidad. Dentro de ello se considera la elaboración del PLANDISC 2012-2020 que es el plan nacional de acción para la inclusión de las personas con discapacidad, se supone que con esto se actualizará los planes y programas públicos y sus modelos de acción en materia de discapacidad. Sin embargo, según el cronograma[17] de SENADIS para la elaboración del PLANDISC, se supone que el 13 de marzo debía estar aprobado el PLANDIC y también se obtendrían como productos de esta etapa un diagnostico situacional acerca de discapacidad y la Política Nacional de la Discapacidad , pero a la fecha no se conoce la información respecto a esto, lo que tiene como consecuencia que no se conozcan claramente los objetivos de esta política para que esta sea implementada de una manera coordinada en los distintos sectores que trabajan con discapacidad.

- Programa de Gobierno Sebastián Piñera 2010-2014 en materia de discapacidad.

Un programa de gobierno debe considerarse como una carta de navegación que contiene las acciones que se realizaran a lo largo de este.

De forma general el programa de gobierno de Sebastián Piñera en materia de discapacidad apunta a transformar a Chile en un país líder en integración, diseñando, implementando y fiscalizando políticas públicas para asegurar que las personas con discapacidad se integren a la sociedad en igualdad de oportunidades.

En el área educación apunta tanto a la capacitación de profesionales de la educación como a las personas con discapacidad, mejorando el acceso y eliminado las barreras que dificulten la plena integración de las personas con discapacidad a todos los niveles de educación tanto especial como regular, pero estas medidas no aseguran la calidad y la continuidad de la educación de las personas con discapacidad, en el balance de gestión integral[18](BGI) de SENADIS 2012 los alcances que hacen sobre educación hablan solo de cobertura, es decir, solo hacen mención a aspectos cuantitativos y no cualitativos.

En cuanto a la inserción laboral este programa se refiere a eliminar las barreras del acceso al trabajo tanto en acceso como en discriminación, otorgando subsidios a la contratación y priorizando la atención de las personas con discapacidad en las oficinas de intermediación laboral, si se contrasta con el BGI se puede valorar de manera positiva el proyecto Chile Inclusivo al cual se van adhiriendo más empresas

[17] Información disponible en: http://www.senadis.gob.cl/pag/202/630/cronologia capturado el 16 de mayo del 2013.
[18] El balance de gestión integral se encuentra disponible en http://www.senadis.gob.cl/cuentapublica/BGI2012.PDF, capturado el 25 de julio del 2013.

cada día, además se debe considerar que este proyecto tiene diversas categoría no solo el tema de contratación sino que también el accesibilidad entre otro.

Un punto de trascendencia a destacar es que el programa de Sebastián Piñera menciona modernizar el Fondo Nacional de Discapacidad, sin embargo esto se venía planteando desde mucho antes con la discusión la nueva ley de discapacidad que está en discusión desde el 2005 y además Chile al suscribirse en el año 2008 a la convención de derechos para las personas con discapacidad obligatoriamente debía cambiar el enfoque de discapacidad para estar acorde con los lineamientos, principios y objetivos de esta política.

En relación a la promoción de la autonomía de las Personas con discapacidad solo se habla de realizar una fiscalización para que las normativas se cumplan, olvidando que esta se basa en el principio de vida independiente, donde el Estado debe permitir a las personas con discapacidad tomar decisiones, ejercer actos de manera autónoma y participar activamente en la sociedad ejerciendo sus derechos, aunque se no queda estipulado en programa de gobierno se debe mencionar que en balance de gestión integral 2012 se reconoce las participación activa de personas condiscapacidad en los 16 diálogos ciudadanos realizados a lo largo del país con el fin de construir un diagnostico situacional y la política nacional de la discapacidad, donde se supone que esta política será creada considerando la perspectiva de los sujetos objeto de esta política.

En relación a la cuenta pública del 21[19] de mayo del presente año se puede argumentar que es escaza la referencia que se hace en materia de discapacidad.

En el discurso del presidente se puede encontrar solo tres veces de manera directa “Un Chile capaz de garantizar a todos, pero especialmente a los más vulnerables, a los enfermos, a los ancianos, a los que sufren una discapacidad, las seguridades de una vida digna, por el solo hecho de nacer en esta tierra bendita por Dios. Un país, en fin, fundado sobre sólidos valores, como la protección de la vida humana, desde su concepción hasta su muerte natural, el fortalecimiento de la familia, la promoción de la libertad, la justicia, la paz, el respeto, la igualdad de oportunidades, la tolerancia y el cuidado del medio ambiente, porque son estos valores los que habrán de guiarnos cuando la oscuridad de la noche, del pesimismo o de la división pretendan inundarnos el alma.”(Mensaje presidencial 21 de mayo 2013,4)

El otro punto donde se hace referencia a la discapacidad es en ítem de valores donde dice es deber de Chile “velar y promover el respeto y la inclusión de quienes vivan con capacidades diferentes” (Mensaje presidencial 21 de mayo 2013,28)

[19] Cuenta pública 21 de mayo del 2013 se encuentra disponible en: http://www.gob.cl/21-de-mayo-de-2013/cuenta-publica-2013/2013/05/21/cuentas-publicas-ministeriales-2.htm, capturado el 26 de mayo del 2013.

En el último apartado que se hace referencia directa a discapacidad es el punto enfocado a la tercera edad donde se indica que por los años las personas dejan de ser autovalentes a causa de deficiencias o discapacidades y que el Estado debe asegurar la subsistencia y bien estar de estos.

En el resto del mensaje presidencial se puede inferir que los anuncios que en este se hacen también beneficiaran a las personas con discapacidad ya que son un grupo vulnerable y la mayoría de las medidas hacen referencia a este grupo, ejemplo d esto es el cambio de enfoque de las políticas públicas desde una asistencialista a una de capacidades y a la no dependencia. También podría mencionarse la ley anti discriminación.

En general el mensaje de este año no hace anuncios importantes en la temática de discapacidad.

En síntesis se puede afirmar que existe un avance en integración en las políticas públicas desde el año 2010 a la fecha pero fuera de las declaraciones de buenas intenciones y los principios plasmados en los papeles es en la cotidianidad donde hace falta realizar la verdadera integración para avanzar hacia la inclusión ya que las personas que implementan y desarrollan las políticas públicas muchas veces no conocen o no comparten el modelo social y siguen mirando la discapacidad desde la óptica medica moviéndose en el continuo salud-enfermedad.

2.4.4) Instituciones Públicas que participan en la definición y ejecución de políticas públicas discapacidad en Chile.

La institucionalidad pública en este caso hace referencia a los organismos encargados de coordinar las acciones orientadas a las personas con discapacidad, acá se distingue el comité de Ministros e instituciones orientadas a discapacidad.

- Comité de Ministros de Discapacidad: Es una nueva institucionalidad pública creada mediante la ley 20.422, este comité tendrá relación directa con el Servicio Nacional de Discapacidad, la misión de este comité es: "hacer efectiva la participación y el dialogo social en el proceso de igualdad de oportunidades, inclusión social, participación u accesibilidad de las personas con discapacidad"[20]

- Registro Nacional de la Discapacidad:

El registro nacional de la discapacidad se crea en 1994 mediante la ley 19.284 el propósito y funciones de este se mantienen en la actual ley 20.422.

El registro nacional de la discapacidad está a cargo del Servicio de Registro Civil e Identificación, tiene por objetivo reunir y mantener los antecedentes de las personas con discapacidad, de las personas naturales y jurídicas y organismos que trabajan con discapacidad, a través de un reglamento dictado por el Ministerio de Justicia y de Planificación.

- **Fondo Nacional de Discapacidad (FONADIS).**

Mediante la ley 19.284 se crea en 1994 el Fondo Nacional de Discapacidad (FONADIS), este correspondía a una entidad autónoma del Estad, relacionada con el poder ejecutivo a través del ex ministerio de Planificación (actual Ministerio de Desarrollo Social), teniendo como finalidad administrar los recursos de que disponga en favor de las personas con discapacidad. Sus funciones eran:

- Financiar, total o parcialmente, adquisición de ayudas técnicas.

- Financiar, total o parcialmente, planes, programas y proyectos en favor de personas con discapacidad.

En el año 2010 mediante la ley 20.244 el FONADIS es reemplazado con el actual Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS).

- **Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS).**

Creado en el año 2010 por la ley 20.422 que establece normas sobre la igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.

[20] Ley 20.422, Titulo VII, Art. 63.

El SENADIS es un servicio público funcionalmente descentralizado y desconcentrado territorialmente el cual tiene como finalidad promover la igualdad de oportunidades, inclusión social, participación y accesibilidad de las personas con discapacidad.

SENADIS tiene como misión *" Velar por la igualdad de oportunidades, la inclusión social, el respeto de los derechos, la participación en el diálogo social y la accesibilidad de las personas con discapacidad y su entorno, a través de la asesoría, coordinación intersectorial y ejecución de políticas públicas."* (SENADIS, 2013)

Para dar cumplimiento a esta labor el SENADIS tiene los siguientes objetivos estratégicos[21]:

> Asesorar e integrar las políticas públicas hacia las Personas con Discapacidad en el marco de los lineamientos de la Política Nacional de la Discapacidad, con el objetivo de incorporar la discapacidad como parte de toda política pública, cumpliendo con lo señalado en la Ley y las Convenciones Internacionales.
>
> Coordinar el conjunto de prestaciones y acciones sociales para las Personas con Discapacidad, mediante acuerdos y convenios, con el objetivo de optimizar la oferta hacia las Personas con Discapacidad.
>
> Promover el diseño y la implementación de estrategias inclusivas para las Personas con Discapacidad, mediante la ejecución de programas y proyectos con pertinencia territorial que apunten al desarrollo de su autonomía, independencia, autovaloración y sociabilidad.
>
> Liderar acciones que contribuyan al desarrollo de una cultura de respeto de los derechos de las Personas con Discapacidad, a través de estrategias de información, educación y protección.
>
> Promover y proteger el cumplimiento efectivo de los derechos de las Personas con Discapacidad que favorezcan la inclusión social, creando mecanismos para la plena participación de las personas con discapacidad, mediante la evaluación y certificación de la inclusión social y el desarrollo de acciones para la defensoría de derechos.

Las funciones de SENADIS son las siguientes:

1) Coordinar el conjunto de acciones y prestaciones sociales ejecutadas por distintos organismos del Estado que contribuyan directa o indirectamente a este fin.

2) Elaborar y ejecutar, en su caso, el plan de acción de la política nacional para personas con discapacidad.

[21] Objetivos estratégicos capturados de http://www.senadis.gob.cl/pag/8/352/mision_y_objetivos_estrategicos

3) Estudiar y proponer al Presidente de la República, por intermedio del Ministro de Planificación, normas y reformas legales necesarias para ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad.

4) Velar por el cumplimiento de disposiciones legales y reglamentarias relacionadas con protección de derechos de las personas con discapacidad.

5) Financiar planes, programas y proyectos, y ayudas técnicas y servicios de apoyo.

6) Realizar estudios sobre discapacidad.

7) Promover y desarrollar acciones que favorezcan la coordinación del sector privado con el sector público en todas aquellas materias que digan relación con mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

8) Realizar acciones de difusión y sensibilización.

Es importante también destacar SENADIS en la actualidad se encuentra desarrollando un proyecto con la unión europea. Este proyecto es parte del Programa de Apoyo a la Cohesión Social UE-Chile, programa de cooperación ejecutado por diversas instituciones públicas para fomentar políticas que contribuyan a superar la desigualdad y promover el diálogo social. En su primera fase cuenta con un financiamiento de 20,5 millones de euros, aportados en partes iguales por la Unión Europea y el Gobierno de Chile, bajo la coordinación de la Agencia de Cooperación Internacional de Chile.(SENADIS, 2013).

Este proyecto está compuesto por los siguientes programas.

PLANDISC: El Plan Nacional para la Inclusión de las Personas con discapacidad debe recoger los compromisos de la institucionalidad pública en esta materia e incorporarlos en los planes y programas de cada ministerio y/o servicios para el periodo 2012-2020.

El Plan contribuirá a fortalecer territorialmente las tareas de la institucionalidad del Estado en materia de discapacidad, en la medida que se consoliden instancias de incidencia, participación y corresponsabilidad entre el Estafo y a Sociedad. (SENADIS, 2013).

Sello Chile Inclusivo: El Sello Chile Inclusivo es un reconocimiento que entrega el Gobierno de Chile, a través del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), a Organizaciones Públicas y Privadas que demuestren acciones concretas en materia de inclusión de personas con discapacidad. Tanto en accesibilidad universal, accesibilidad web e inclusión laboral.

Estudio Estadístico Integrado sobre Discapacidad en Chile (EEID): Este estudio tiene el propósito de facilitar, con datos rigurosos y actuales sobre la oferta pública y sobre las acciones concretas en discapacidad que debe realizar el Estado.

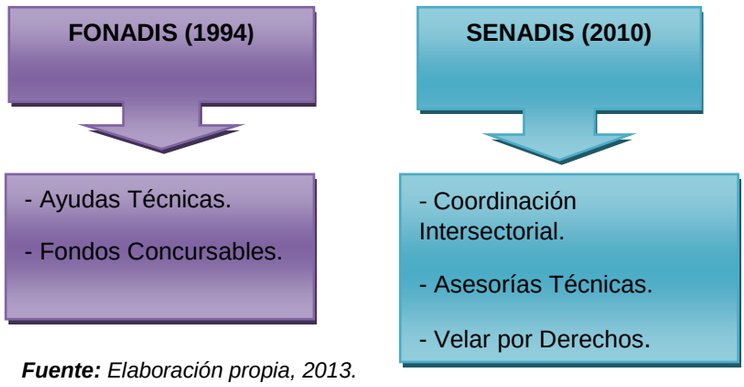
Como se puede observar las funciones de este servicio aumentan considerablemente y ya no se restringen a ser solo un organismo encargado de administrar y de distribuir los fondos orientados a discapacidad.

En síntesis, se puede afirmar que los objetivos y programas del Fondo Nacional de Discapacidad consistían principalmente en el financiamiento de programas implementados por otras organizaciones de y para personas con discapacidad, siendo estos solo beneficiarios de de los recursos económicos recibidos. Es decir, no existía una labor de coordinación entre los diferentes organismos asociados a discapacidad y tampoco se contribuía a la integración social de las PcD. Ya que solo se entregaba un beneficio sin considerar a la persona como un todo y entregarle otros elementos esenciales para la integración, o sea se apuntaba a apaliar la consecuencia mirada desde el enfoque médico y no desde el modelo social de discapacidad.

Por su parte las funciones del Servicio Nacional de Discapacidad no solo se encarga de administrar los fondos y redistribuirlos en programas y en ayudas técnicas, sino que también desarrolla una labor integrar en busca de la plena inclusión de las PcD a través de campañas de sensibilización a la población y por sobre todo basando su accionar en el modelo social de discapacidad donde la sociedad en su conjunto es responsable de las barreras que encuentra una persona con discapacidad y que no permiten su plena inclusión a la sociedad.

En resumen se puede decir que se ha avanzado en temática de discapacidad e cuanto al enfoque que se están orientando las políticas orientadas a discapacidad.

Figura 12: Cambio de Funcionalidad FONADIS- SENADIS.



Fuente: *Elaboración propia, 2013.*

2.4.5) Oferta en salud orientada a la discapacidad.

La oferta en salud para personas con discapacidad se centra en promoción, prevención, rehabilitación y apoyo a través de los distintos programas existes en los diversos centros de salud.

Sistema de Garantías Explicitas en salud (GES)[22]: El sistema de Garantías Explícitas en Salud es un complejo mecanismo que permite al Estado chileno otorgar prestaciones específicas en ámbitos prioritarios para las personas y la salud pública nacional. Este sistema comprende garantías en acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de enfermedades o condiciones de salud, que se señale a través de la norma legal correspondiente. Actualmente la cobertura es de 80 patologías, las que tienen relación con algún tipo de discapacidad son 14, a modo de ejemplo se pueden mencionar las cataratas, diabetes Mellitus I y II, epilepsia, hipoacusia, Ortesis para personas de 65 años o más, entre otras.

Programa de Salud Visual: El programa de especialidades de la atención primaria financia la consulta y la entrega de lentes ópticos para beneficiarios de 15 a 64 años, haciendo entrega de estos en hospitales o centros de diagnostico terapéuticos públicos, además se encuentra el programa ala adulto mayor, que financia lentes, fotocoagulación (laser) y todo lo necesario para efectuar cirugía de cataratas.

Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial de niños y niñas y Programa del retraso psicomotor: Consististe en la detección temprana de cualquier enfermedad o patología que pidiese desembocar en una discapacidad, se desarrolla a través del control niño sano, en colaboración con el programa Chile crece contigo.

[22] Capturado de http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_gesauge/presentacion.html

Programa de Atención a Postrados: Programa existente en los centros de atención primaria, orientado a adultos mayores que se encuentren 100% imposibilitados para asistir al centro de salud. Este programa consiste en la atención integral y continúa a estos pacientes, incluye visitas domiciliarias de diagnóstico y plan de intervención por parte del equipo de salud que está formado por asistente social, enfermero y en algunos casos un kinesiólogo, Capacitación o refuerzo al familiar cuidador de la persona postrada o con pérdida de autonomía, atención domiciliaria para toma de exámenes a pacientes con patología crónica y control médico.

Programa de atención en salud de la mujer, del niño y del adolescente: Estos son tres programas diferentes, ya que tiene como foco sujetos de atención diferentes pero el propósito de estos programas es común para los tres mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, articulados entre sí, que respondan a las necesidades de salud actuales de los diferentes grupos de usuarios, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad. (MINSAL, 2013).

El programa de salud de la mujer se ocupa de todas las etapas del ciclo de vida de la mujer, el programa de salud del niño se ocupa de todos aquellos niños menores de 10 años y el programa del adolescente se ocupa de todas aquellas personas mayores de 10 años y menores de 18.

Programa de Salud Mental: El Ministerio de Salud de Chile ha formulado el Plan Nacional de Salud Mental, este programa Reconoce la dimensión biológica, psicológica y social de las personas y trabaja a través de un enfoque que involucra la participación activa y responsable del paciente y sus familiares en una relación interpersonal. Informada, basada en el respeto mutuo y confianza entre estos y el profesional o equipo responsable

Centro Comunitario de Rehabilitación CCR: Estos centros surgen constituyen una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad. Se basan en el enfoque de la rehabilitación basada en la comunidad, el cual fue impulsado por el movimiento de vida independiente. La RBC se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas discapacitadas, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes.[23]

[23] http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/bravo_m/sources/bravo_m.pdf

Otros Programas: Campañas de prevención de VIH/SIDA, programa de prevención del uso de estupefacientes, a través de actividades de promoción y prevención en los distintos ámbitos de la comunidad.

Si bien en los párrafos anteriores se detalla una variada oferta de salud orientada a discapacidad, en la realidad puede apreciarse que esta no es suficiente, dado a que la oferta pública deja una gran cantidad de enfermedades incapacitantes sin cubrir o el tiempo que demora la atención es tan prolongado que las personas prefieren utilizar los servicios privados de salud, esto se transforma en un elemento excluyente y discriminatorio ya que las personas que no cuentan con los recursos para acceder a la salud privada, debe soportar esperas prolongadas que muchas veces no solo implica que su salud a causa de la patología vaya en deterioro, sino también su salud mental por no tener el acceso oportuno y de calidad.

2.4.6) Política de educación especial.

En lo referente a educación especial el sistema educativo contempla distintas opciones, entre las cuales se encuentran: las escuelas especiales, que atienden alumnos con discapacidad sensorial, intelectual, motora, de la relación y comunicación y trastornos específicos del lenguaje; los establecimientos de educación regular con proyectos de integración escolar, para aquellos alumnos que presen tan discapacidad y dificultades de aprendizaje. Otra opción que es muy importante en materia de equidad son las escuelas y aulas hospitalarias.

La Política Nacional de Educación Especial entra en vigencia el año 2005 y se basa en los siguientes principios[24].

- La educación es un derecho para todos.

- La diversidad es una fuente de riqueza para el desarrollo y aprendizaje de las comunidades educativas.

- Construcción de una sociedad más justa, democrática y solidaria.

- El Mejoramiento de la calidad, equidad y pertinencia de la oferta educativa exige atender a las personas que presentan necesidades educativas especiales.

- La participación activa e informada de la familia, los docentes, los alumnos y la comunidad en las distintas instancias del proceso educativo.

Se destaca que esta política está formulada para el período 2005-2010 a la fecha no existe una nueva política en materia de educación especial, si bien se han efectuado varias modificaciones e incorporaciones no se ha elaborado una política educacional acorde a la legislación en materia de discapacidad vigente.

---

24 http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/File/DOCUMENTOS%20VARIOS%202008/POLiTICAEDUCESP.pdf

En ley 20.422 (Art. 34, 2010) existen diferentes artículos que hacen referencia a la educación de las PcD, en el artículo de 34 de esta ley se establece que “el Estado garantizará a las personas con discapacidad el acceso a los establecimientos públicos y privados del sistema de educación regular o a los establecimientos de educación especial, según corresponda, que reciban subvenciones o aportes del Estado”.

En los artículos 36 y 42 de esta misma ley se establece que los colegios deberán incorporar innovaciones para facilitar el acceso de PcD y que deben adoptar medidas para promover el respeto a las personas con discapacidad.

Según esto todas las personas deben tener las mismas oportunidades para acceder a la educación y el Estado debe asegurar las condiciones necesarias y las modificaciones al entorno para que puedan acceder sin mayores dificultades.

Sin embargo en ley Nº 20.370, General de Educación, (2009) establece principios inclusivos y reconoce la modalidad de Educación Especial. Sin embargo, el derecho a la integración educativa de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad quedaría sujeto a la libertad de enseñanza, es decir, a la voluntad de los oferentes de los servicios educativos para desarrollar proyectos de integración a la educación regular o crear escuelas especiales lo que marca una contradicción con lo expuesto en el párrafo anterior donde se define que los establecimientos públicos y privados de educación regular, deben incorporar innovaciones y adecuaciones curriculares para el acceso a los cursos o niveles existentes a las personas con discapacidad.

En cuanto a la cobertura se puede establecer que en Chile el porcentaje de PcD que se encuentran con discapacidad es del 8.5% lo que equivale a 175.282 personas estos datos corresponden al primer estudio nacional de la discapacidad (ENDISC) del año 2004 a diferencia del 27,5% de la población total del país. Si se estudia más en profundidad este estudio que obtiene que a medida que se avanza en los años de estudio la cantidad de personas con discapacidad que se mantienen en el sistema educativo disminuye proporcionalmente lo que deja a la luz el bajo acceso que poseen las personas con discapacidad.

En el anexo n° 2 se hace mención a las distintas normas y decretos existentes a la fecha en materia de educación especial.

2.4.7) Política nacional a favor de la infancia y adolescencia (2001-2010).

El diseño de la Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia, responde a una sentida aspiración de los más diversos actores de la sociedad chilena, desde la ratificación por parte del Gobierno de Chile, el 14 de Agosto de 1990, de la Convención sobre los Derechos del Niño, que en su carácter vinculante, ha sido incorporada como Ley de la República.

La Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia y su Plan de Acción Integrado 2001 - 2010 han sido formulados sobre la base de las aspiraciones y

expectativas que tiene Chile, para llegar al bicentenario de su independencia como un país desarrollado, integrado y con el espíritu engrandecido.[25]

Esta Política, pone énfasis en considerar a los niños, niñas y adolescentes según sus atributos y sus derechos frente al Estado, la familia y la sociedad, y no en sus carencias. Enfatiza que ser niño, niña o adolescente, no es ser "menos adulto", ya que la niñez y la adolescencia no son sólo etapas de preparación para la vida adulta, sino que tienen el mismo valor que cualquier otra etapa de desarrollo de la vida.

La Política pretende ser un marco orientador y ordenador de todas y cada una de las acciones que el gobierno realice a favor de la infancia y la adolescencia, de manera de reconocer las necesidades básicas de los niños como derechos y de establecer las responsabilidades que tiene la sociedad en su conjunto para que sean respetados. Así, esta Política pretende cumplir una función orientadora y articuladora del conjunto de acciones que los actores gubernamentales emprenden y emprenderán a favor de la infancia y la adolescencia.

Tiene además un carácter estratégico pues por una parte, ofrece un marco de referencia que otorga sentido y coherencia a dichas acciones y, por otra, busca incidir en las acciones específicas que vayan teniendo lugar en los distintos sectores, instituciones y niveles de la administración del Estado.

Es posible identificar cuatro componentes centrales de la misión de la Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia

1) Servir de marco orientador de todas y cada una de las iniciativas desarrolladas a favor de los niños, niñas y adolescentes, particularmente aquellas de carácter público.
2) Generar los mecanismos e instrumentos que garanticen a todos los niños, niñas y adolescentes ser respetados y ejercer plenamente sus derechos.
3) Generar una institucionalidad propia para la Infancia, la Adolescencia y la Familia, con expresión en los niveles comunal, regional y central de la administración del Estado.

Promover y estimular el desarrollo de planes, programas y servicios sociales, tendientes a asegurar el desarrollo integral de los niños.

[25] Politca Nacional a Favor de la Infancia.

Así también, es posible identificar los principios rectores de esta política.

Principios Rectores y Orientadores.

- El niño sujeto de derecho especial
- El interés superior del niño
- Responsabilidad primordial de los padres y la familia en la crianza de sus hijos, e igualdad entre el padre y la madre.
- Respeto a la vida y al desarrollo integral del niño en cada una de sus etapas.
- Igualdad de derechos y de oportunidades.
- Autonomía progresiva del niño en el ejercicio de sus derechos.
- No discriminación y respeto de la propia identidad.
- Libertad de pensamiento y de expresión
- El Estado garantiza, promueve, asiste, y repara los derechos de los niños, niñas y adolescentes, mirando el interés superior del niño.
- Efectividad en la aplicación de los derechos del niño.

En materia específica sobre discapacidad, establece en su artículo 23, la CDN reconoce que “el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad”. Reconoce también el derecho de los niños, niñas y adolescentes discapacitados a “recibir cuidados especiales”, para lo que los Estados Partes se comprometen a “alentar y asegurar, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación de cuidados especiales al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él”

Por lo tanto Chile al ratificar la CDN y al basar los lineamientos de la Política Nacional a Favor de la Niñez de cumplir con los principios que esta establece, es así como el SENAME atiende a través de una red de instituciones colaboradores a más de 4.900 niños, niñas y/o adolescentes que presentan limitaciones psíquicas, físicas o sensoriales. Dicha red está compuesta por 260 instituciones, sin fines de lucro, con cerca de 800 establecimientos a lo largo del país. Esta institución cuenta con cuatro sistemas asistenciales, 34 destinados a la atención de niños y niñas que presentan déficit intelectual, desde los rangos leve a profundo. Dos de estos sistemas corresponden a la línea de protección: (García, 2010; 12).

2.5) Instrumentos de caracterización y cuantifación en torno a la discapacidad.

Contar con instrumentos que permitan caracterizar y cuantificar a la población con discapacidad es indispensable para poder desarrollar y focalizar las políticas públicas.

A continuación se describen una serie de instrumentos que en cierta manera permiten acercarse al fenómeno de la discapacidad de una manera objetiva.

2.5.1) **CENSO de población y vivienda.**

"El censo nacional de población y vivienda, es la enumeración de los habitantes del país, proporciona cifras sobre el estado de la población y sus condiciones de habitabilidad. El responsable la aplicación del censo es el Instituto Nacional de Estadística (INE) y se realiza cada 10 años". (Narváez 2006,3).

En año 2002 el censo arrojó como resultado que el 2,2% de la población del país presentaba una o más discapacidades, lo que correspondía a 33.377 personas con discapacidad, sin embargo en este instrumento se consideró a personas con discapacidad a aquellas que personas que tuviesen s ceguera total, sordera total, mudez, lisiado/parálisis y deficiencia metal (Narváez 2006, 3), es decir, aquellas personas que según la clasificación de la OMS (CIF-CIE10) serían considerados como personas con discapacidad grave (80% de discapacidad), dejando fuera a todas aquellas personas que presentan un grado de discapacidad inferior al entes señalado y que si son consideradas PcD según el COMPIN y que forman parte del Registro Nacional de Discapacidad. Este error fue corregido en el cuestionario del año 2012 ya sé que pregunta si la persona presenta algún tipo de dificultad para realizar distintas actividades ampliándose el rango de grados de discapacidad, sin embargo por problemas técnicos los datos de este estudio no están disponible por lo que no se puede conocer con exactitud cuántas son y que características presentas las personas con discapacidad del país.

2.5.2) Ficha de Protección Social.

La Ficha de Protección Social es un instrumento que tiene como objetivo identificar y priorizar con mayor precisión a la población sujeto de los beneficios sociales, considerando la vulnerabilidad de las personas como lógica de la nueva política social fundada en derechos. Es la puerta de acceso al sistema de protección social del Estado de Chile. (Ministerio de Desarrollo Social, 2013).

Las variables que utiliza la Ficha de Protección Social pertenecen a tres categorías.

1. Aquellas relacionadas con los recursos económicos.
2. Las que miden las necesidades de la familia.
3. Las relacionadas con los riesgos que enfrentan las familias, es en este último apartado donde se considera la discapacidad.

En este instrumento existen alrededor de 3 preguntas específicas sobre discapacidad, una en relación a una condición de salud de larga duración como por ejemplo Ceguera o dificultad visual, sordera o déficit auditivo, mudez, dificultad física, problemas mentales y psíquicos. Una segunda pregunta acerca de la inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad, La tercera corresponde a la evaluación de dependencia de la persona.

Con esto la Ficha de Protección Social permite identificar y priorizar a este grupo vulnerable a la hora de acceder a los beneficios de seguridad social. También permite la obtención de información acerca de la condición económica de las personas con discapacidad, pero no aporta información suficiente acerca de las carencias como por ejemplo en el área de prevención y rehabilitación.

2.5.3) Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN):

La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, Casen, es realizada por Ministerio de Desarrollo Social con el objetivo de disponer de información que permita conocer periódicamente la situación de los hogares y de la población, especialmente de aquella en situación de pobreza y de aquellos grupos definidos como prioritarios por la política social, con relación a aspectos demográficos, de educación, salud, vivienda, trabajo e ingresos. En particular, estimar la magnitud de la pobreza y la distribución del ingreso; identificar carencias y demandas de la población en las áreas señaladas; y evaluar las distintas brechas que separan a los diferentes segmentos sociales y ámbitos territoriales[26].

Así como también busca evaluar el impacto de la política social.

[26] http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen_obj.php

Su objeto de estudio son los hogares que habitan las viviendas particulares que se ubican en el territorio nacional, exceptuando algunas zonas muy alejadas o de difícil acceso, así como las personas que forman parte de esos hogares.

La Encuesta Casen es realizada por Ministerio de Desarrollo Social desde el año 1985 con una periodicidad; bianual o trianual. Hasta ahora, las encuestas aplicadas corresponden a los años 1985, 1987, 1990, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2003, 2006, 2009 y 2011.

Según los resultados de la Casen 2011 establece que el 6,3 de la población presenta algún tipo de discapacidad, concentrándose esa cifra en los adultos mayores.

En el modulo de temas emergentes se encuentran entre las variables orientadas a discapacidad: Origen y tipos de discapacidades, nivel de dependencia. Si bien estas variables podrían servir para lograr algún tipo de caracterización de la población con discapacidad, el enfoque de vulnerabilidad de la encuesta Casen, enfocado en la pobreza, deja fuera muchas variables que debieran ser consideradas al momento de formular las políticas sociales enfocadas a las personas con discapacidad.

2.5.4) Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI):

La primera Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud fue realizada en el año 2000, este instrumento permite conocer la percepción de los chilenos acerca de su estado de salud, y la presencia de diversos factores determinantes de la salud (estilos de vida, redes y apoyo social, entorno en que se desenvuelven las familias).

La encuesta tiene como objetivo: “disponer de información sistemática, confiable y oportuna, acerca de la calidad de vida y de la salud de la población chilena, para el diseño, desarrollo y evaluación de las políticas de intervención en salud” (MINSAL, 2006; 12).

Específicamente consta de 7 preguntas que se relacionan con discapacidad, denominándolas “dificultad para el desarrollo de actividades habituales”, entre estas considera las discapacidades sensoriales, discapacidades para la realización de actividades de la vida diaria y discapacidades que requieren órtesis.

Este estudio significó un gran aporte al conocimiento de las discapacidades por cuanto aportó una conceptualización más dinámica y ligada a las consecuencias de un estado negativo de salud a nivel de personas con discapacidad moderadas ausentes en otras estadísticas y un enorme número de discapacidades transitorias permanentes y transitorias que habían sido prácticamente invisibles hasta esta encuesta (ENDISC, 2005; 13). Sin embargo sigue siendo un instrumento que permite conocer solo de forma descriptiva la discapacidad.

2.5.5) Primer Estudio de la Discapacidad en Chile (ENDISC):

El Primer Estudio de la Discapacidad en Chile fue llevado a cabo en el año 2004, siendo desarrollado por el Instituto Nacional de Estadística en conjunto con el Fondo Nacional de Discapacidad. El objetivo de este estudio era "conocer la prevalencia de la discapacidad en sus diversos tipos y grados; y le medida en que esta condición afecta a las personas en las distintas dimensiones de su vida" (FONADIS 2005, 3).

Las principales variables que considera este estudio se pueden mencionar:

1. Caracterización general de la discapacidad.
2. Características socio demográficas y socioeconómicas.
3. Estado de salud y deficiencias.
4. Dificultades para el desarrollo de la vida diaria.
5. Restricciones para la participación social.
6. Acceso a servicios de salud y rehabilitación.
7. Situación de derechos: tiempo libre, presencia de maltrato, apoyos sociales, familiares y técnicos y barreras físicas y actitudinales.

Esta encuesta, fue de un gran aporte al tipo de caracterización de la discapacidad, definiéndola como un concepto dinámico, donde la sociedad es quien limita a la persona, el concepto de discapacidad plasmado en esta encuesta tiene su base en el modelo social de discapacidad.

A la fecha no se ha vuelto a repetir este estudio, se supone que el proyecto de colaboración entre la Unión Europea y SENADIS contempla la realización periódica del Estudio Estadístico Integrado sobre Discapacidad que supliría a la ENDISC, pero cuando se accede a este estudio los datos que aparecen son los del Estudio Nacional de Discapacidad.

En conclusión se puede argumentar que existe una diversidad de instrumentos para caracterizar y cuantificar la discapacidad en el país, pero como pudo observarse en los apartados anteriores, todos estos instrumentos presentan falencias en el estudio de la discapacidad, esto dado a que poseen distinto objetos de estudio, con variables diferentes, lo que te tiene como consecuencia una manera distinta de clasificar la discapacidad.

Se hace necesario la creación o modificación de un instrumento que conceptualice la discapacidad según los parámetros que tiene actualmente la OMS, principios que están plasmados en la actual ley de discapacidad 20.422, con el fin de tener un lenguaje uniforme y que entregue cifras certeras sobre la cantidad de personas con discapacidad y de todos los aspectos de la vida de este grupo vulnerable, no solo que indique cuantos son, sino también el acceso a la salud, educación, participación entre otros factores importantes.

2.6) Trabajo Social y Discapacidad.

Las ciencias sociales en general no han aportado mucho a la temática de discapacidad, es por esto que Trabajo Social como disciplina parte de las ciencias sociales, no posee un acervo propio en esta área y las intervenciones que realiza por lo general están orientadas desde el enfoque biomédico y asistencialista.

2.6.1) Enfoque de las ciencias sociales en Discapacidad.

"Las ciencias sociales incluyendo el Trabajo Social en su intento de establecer un trabajo teórico sobre discapacidad, ha avanzado históricamente en la adopción de enfoques teóricos basados en modelos conceptuales de discapacidad, ya que desde ahí se construye el quehacer profesional de las disciplinas que trabajan en esta materia" (Ahumada X y otros 2006,39).

En las siguientes páginas se expondrán dos modelos teóricos bajo los cuales el Trabajo Social se ha enmarcado para guiar su hacer profesional en discapacidad.

- Enfoque Funcionalista.

El principal precursor del enfoque funcionalista es David Parsons, quien asocia a las personas que están fuera de la conducta estandarizada a la desviación social, es así como los enfermos y deberán adoptar el papel de enfermos marginándose de la sociedad.

Siguiendo esta misma línea Merton desarrolla la Teoría de la Anomia, la cual explica que hay un quiebre en la estructura social, esto se produce cuando hay una disyunción aguda entre las normas y los objetivos sociales y las capacidades socialmente estandarizadas o normalizadas. (Barton 1998, cap VII).

Una variante dentro de este enfoque es la expresa Safilos-Rothshild (1970, citado en Ahumada, 2006; 40) la cual trata el papel de la rehabilitación que asume una persona con una deficiencia, es decir, la persona debe adquirir conciencia de su condición y debe aceptarla y aprender a vivir con ella, lo cual se consigue a través de la explotación máxima de las capacidades existentes, esto significa que las PcD debieran asumir tantas funciones normales como puedan.

Las conceptualizaciones anteriores ven a la persona netamente desde el enfoque biomédico moviéndose en el continuo salud-enfermedad, donde la persona con discapacidad debe rehabilitarse para cumplirlas funciones normales que requiere la sociedad, si bien la ultima teoría tiene una mirada desde las potencialidades pero siempre enmarcado dentro de la adaptación de las PcD a la normalidad.

- Enfoque Interaccionista.

"La teoría interaccionista ha explicado la discapacidad como una desviación social, esto surge dentro de la concepción de "ser enfermo", existe una ausencia total de obligaciones y responsabilidades sociales que está explicita en el actuar común de una persona sin discapacidad, por lo que bajo el constructo de las sociedades actuales, las personas con discapacidad se consideran un desviado, ya que cumplen con los ideales sociales de responsabilidad social y competencia" (Barton 1998,37).

Esta teoría acerca de discapacidad atenta contra la autonomía de las PcD para decidir respecto a su propia vida y elimina la equiparación de oportunidades.

Una segunda visión bajo el enfoque interaccionista, es la surgida bajo la lógica del modelo social y refuerza las pautas sociales de responsabilidad y argumenta que las personas con discapacidad no se encuentran incluidas en la sociedad estableciéndose limitaciones para asegurar la satisfacción adecuada de estas en la sociedad teniendo como consecuencia la marginación de estas. De esta manera Lamert citado en Barton(1998) establece dos tipos de desviaciones, la primera que solo tiene consecuencias marginales para el individuo y la secundaria que además de ocasionar la marginación del individuo también produce el etiquetamiento social de este como enfermo.

"Ambos enfoques teóricos de corte interaccionista, otorgan responsabilidad a la sociedad, entonces la sociedad ha etiquetado a las personas con discapacidad por su condición, produciendo el etiquetamiento social que muchas veces conlleva a la persona a encasillarse en su rol de enfermo" (Toledo y otros, 20011; 57).

Tal como se puede observar, el aporte teórico, tanto de las Ciencias Sociales, como en Trabajo Social en si no son suficientes en cuanto al repertorio teórico levantando desde estas disciplinas en relación a la discapacidad lo que dificulta las intervenciones sociales que se puedan realizar en esta área.

2.6.2) Tipos de Intervención.

El quehacer de Trabajo Social está marcado por el rol o roles que el profesional desempeña dentro de las instituciones y organizaciones orientadas a discapacidad, estos roles pueden clasificarse en ocho: consultor-asesor-orientador; proveedor de servicios; informador; investigador; planificador; evaluador; educador y animador-facilitador-movilizador-facilitador-concientización, pero en la realidad estos roles no se dan por separados sino que atreves de una mixtura según lo requiera la intervención a realizar de forma eficaz y eficiente.

Según esto tenemos los siguientes tipos de intervención:

Asistencial: Orientado a satisfacer las necesidades básicas como la prestación de servicios sociales directos, dirigidos a personas u organizaciones que requieren una respuesta inmediata, ejemplo de esto es la tramitación de ayudas técnicas.

Promocional: "Se caracteriza por el énfasis en el desarrollo social y humano, considerando al individuo como constructor de la realidad y sujeto activo de su propio bienestar. (Rivero y Vencinday, citado en Toledo y otros 2012, 75).

Este tipo de intervención puede desarrollarse en las comunidades con el fin de concientizar a las personas en torno a la discapacidad.

Preventiva: "La intervención preventiva aplicado a Trabajo Social designa el conjunto de actuaciones y mediadas de tipo social, político, cultural y administrativo, tomadas en el cuadro de una intervención sectorial especifica, o bien dentro del marco general de la política social. Estas actividades tienen el propósito de evitar o reducir el riesgos de aparición, agravamiento o extensión de algún problema social." (Ahumada, 2006; 66).

Rehabilitadora: Según las Normas Uniformes sobre igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, la rehabilitación es "un proceso encaminado a lograr que ellas estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social de manera que cuenten con los medios para modificar su propia vida y ser personas independientes" (SENADIS 2003,23).

Gestionadora: Hace referencia a la coordinación que realiza el trabajador social con otros sistemas y servicios, es decir, es el trabajo en red e interdisciplinario que en materia de discapacidad es esencial tener esta coordinación con el fin de elevar la calidad de vida de las personas con discapacidad, dado a que la discapacidad es problema social por lo que afecta todos los aspectos de la vida del individuo.

Para concluir este apartado se hará mención a una extensa cita de dos trabajadoras sociales que hablan de la intervención en materia de discapacidad desde la perspectiva del Trabajo Social.

> "*Trabajo Social, en el área discapacidad debe comprender que bajo el Modelo Social la tarea es estar inmiscuido en la temática desde la creación de soluciones partiendo de la premisa de que toda vida humana es igualmente digna, desde el modelo social se sostiene que lo que pueden aportar a la sociedad las personas con discapacidad se encuentra íntimamente relacionado con la inclusión y la aceptación de la diferencia. Esto presupuestos generan importantes consecuencias, entre las que se destacan las repercusiones en las políticas a ser adoptadas sobre las cuestiones que involucren a la discapacidad. Así, si se considera que las causas que originan la discapacidad son sociales, las soluciones no deben apuntase individualmente a la persona afectada, sino que deben encontrarse más bien dirigidos a la sociedad. De este modo el Trabajo Social ejercerá su profesión desde bases participativas con las personas con discapacidad, aportando a obtener una inclusión directa y permanente con la sociedad, aportando a la igualdad y a la justicia social. Haciendo valer así los principios fundamentales de los Derechos Humanos de todas las personas" (Urquieta, Castañeda y otros, 2005; 12).*

En la cita anterior queda claramente explicitado cual es el tipo de intervención que el trabajador social debe realizar, basada en el modelo social de discapacidad, en el cual se reconoce la autonomía, la dignidad e igualdad de las personas con discapacidad, fundamentando la intervención de los profesionales en los principios de inclusión y aceptación.

Si bien, ya se ha mencionado que las ciencias sociales en general han realizado un escaso aporte teórico en materia de discapacidad, la cita anterior de las profesionales entrega un referente, que sirve de guía para intervención profesional en materia de discapacidad.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO.

Consideraciones Preliminares.

El tercer apéndice de esta investigación corresponde al marco Metodológico.

El marco metodológico indica las técnicas y procedimientos que se han de seguir en una investigación, es decir, aporta los elementos necesarios para poder realizar una investigación en forma lógica y sistemática.

Es en el apartado marco metodológico, donde se explican y justifican las decisiones metodológicas, seleccionadas por la estudiante seminarista para llevar a cabo este estudio de una forma eficaz y eficiente.

Este tercer capítulo comienza con el planteamiento del problema, seguido del enfoque de investigación seleccionado, el diseño de investigación y el diseño muestral entre otros.

Sin más preámbulo se da paso al presente capitulo.

3.1) Planteamiento del Problema.

Delimitación del problema.

Según el Censo 2002 en Chile existen 334.377 personas con una o más discapacidades lo que equivale al 2,2% del total de la población. Se debe destacar que en este estudio estadístico solo se considera como personas con discapacidad a quienes presentan una discapacidad total ya sea física, intelectual o sensorial, por lo que un amplio espectro de personas con discapacidad no es considerada dentro de este porcentaje.

Las limitaciones de este estudio son basadas en relación al tiempo, territorio y población objeto de esta investigación.

- El tiempo es el periodo comprendido entre mayo y octubre del 2013.

- El territorio comprendido para la investigación corresponde a la zona urbana de la comuna de Quillota.

- La población objeto de esta investigación son los niños y adolescentes entre 6 a 18 años de edad, que presenten algún tipo de discapacidad y que hayan hecho uso de los servicios de salud y/o educación en el periodo antes señalado.

En síntesis, en este estudio se caracterizará socio-demográficamente a la población de entre 6 y 18 años de edad que presente algún tipo de discapacidad y que haya hecho uso los servicios de salud y/o educación de la zona urbana de la comuna de Quillota, en un periodo comprendido entre el mayo y octubre del 2013, con el fin de determinar si la oferta programática existente en salud y educación orientada a discapacidad está acorde con las características socio demográficas de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad de la comuna de Quillota.

3.2) Enfoque de Investigación.

Desde la mitad del siglo XX los enfoques de investigación que han tomado mayor preponderancia en la investigación social son el enfoque cualitativo y el enfoque cuantitativo.

El enfoque cuantitativo aporta a la investigación:

- Una mirada desde el paradigma empírico analítico.
- Un enfoque donde utiliza el número como dato.
- Una mirada desde lo matemático – estadístico, para la recolección, procesamiento y análisis de datos.
- Diseños de investigación orientados a la cuantificación.

Por su parte el enfoque cuantitativo otorga:

- Una mirada desde el paradigma interpretativo.
- Un fundamento basado en el discurso como dato.
- Una visión desde las técnicas discursivas y el análisis de contenido para la recolección, procesamiento y análisis de datos.
- Diseños de investigación orientados en la comprensión de los fenómenos.

El enfoque de investigación utilizado para abordar este estudio corresponde a un enfoque o modelo de tipo mixto, esto es “un modelo que constituye el mayor nivel de integración entre los enfoques cuantitativos y cualitativos, donde ambos se combinan durante todo el proceso de investigación” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006; 22).

El enfoque mixto:

- Permite mayor flexibilidad para adaptarse a las demandas de comprensión y explicación de una realidad.
- Este enfoque considera los constructos significantes del enfoque cualitativo, pero también utiliza el rigor lógico matemático de las técnicas estadísticas.
- Permite la utilización de variadas técnicas de recolección de datos utilizando diferentes métodos, lo que permite un mayor alcance de la información.
- Además se aprovechan todas las ventajas de ambos enfoques y se minimizan las desventajas de cada uno.

En síntesis, la selección de este enfoque permite que en el estudio no solo se caracterice y cuantifique la oferta programática entorno a la discapacidad existente en la zona urbana de la comuna de Quillota, sino que también otorga una mirada en relación a la percepción que tienen los usuarios de los servicios de salud y educación, de igual forma se da a conocer la visión de los profesionales que trabajan con esta temática.

El fin de este estudio es entregar no solo números y estadísticas, sino que también un significado sobre qué es ser una persona con discapacidad o trabajar en

directa relación con esta temática, es decir, conocer lo que está ocurriendo con la discapacidad en Quillota desde la mirada de los protagonistas.

3.3) Pregunta de Investigación.

¿Existe una correspondencia, entre el perfil socio demográfico de la población entre 6 a 18 años con algún tipo de discapacidad y la oferta programática existente en torno a la discapacidad en los servicios de salud y educación en la parte urbana de la comuna de Quillota?

3.4) Fundamentación de la Investigación.

A lo largo de la historia de la humanidad el concepto de discapacidad ha estado siempre presente. Es por este motivo que a nivel internacional se ha tratado a través de distintas iniciativas buscar la forma de incluir a las personas con discapacidad a la sociedad, considerando que la prevalencia de este fenómeno va en aumento.

Como se mencionó, en el párrafo anterior la prevalencia de la discapacidad va en aumento, realidad que deriva como consecuencia del progresivo envejecimiento de la población, destacando que el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos y adultos mayores, otra causa deriva del aumento mundial de enfermedades crónicas y los trastornos de la salud mental a esto se suma la tendencia y aumento de los accidentes automovilísticos y de diferente índole, factores ambientales, estilos de vida sedentarios, abuso de sustancias y catástrofes naturales, entre otros factores.

Según cifras entregadas por la Organización Mundial de la Salud (2011) en el mundo entero existen alrededor de mil millones de personas con discapacidad equivalente al 15% de la población mundial.

En cuanto a la realidad nacional el censo de población y vivienda del año 2002 arrojó como resultado que existe un total de 334.377 personas que presentan una o más discapacidades, lo que equivale al 2,2% de la población total del país.

Sin embargo si se contrasta esta cifra con la entregada por la ENDISC 2004 las cifras son totalmente dispares ya que este estudio arroja que en Chile existen 2.068.072 personas con discapacidad lo que equivale al 12,9% de la población nacional. Estas diferencias se deben principalmente a que la conceptualización de discapacidad ha cambiado a lo largo del tiempo, así como también la forma de cuantificar la discapacidad.

En la comuna de Quillota además del censo del 2002 no existe un catastro oficial o algún estudio respecto a la cantidad de población que presenta algún tipo de discapacidad y de las características de esta.

Haciendo un pequeño recuento histórico en octubre del año 2010 la comuna de Quillota fue sede del XV encuentro nacional de consejos de discapacidad y es bajo este evento que se crea la Oficina Comunal de Discapacidad y también se da inicio al Centro de apoyo para las personas con discapacidad visual (CEALIVI), centro que

tiene por objetivo convertirse en un centro comunitario de tratamiento no solo para las personas con discapacidad visual sino, ser el equivalente a la teletón en la comuna[27].

Es también bajo este contexto que decide realizarse el primer censo de discapacidad en la comuna, sin embargo los esfuerzos resultaron fallidos por problemas en la coordinación.

Según información entregada por distintos entrevistados en el proceso de recopilación de datos, estos coinciden que desde la realización del encuentro nacional la actividad o iniciativas enfocadas a discapacidad decayeron considerablemente al punto que CEALIVI a la fecha no posee usuarios.

Otro factor que justifica la realización de este estudio es que en el diagnostico comunal de niñez y adolescencia realizado el año 2011 por la OPD Quillota y que contó con la colaboración de la red de infancia y adolescencia de la misma comuna, arrojó entre los resultados que existe un total desconocimiento sobre la prevalencia y el estado de la discapacidad, así como también existe un alto grado de ignorancia por parte de la población en relación de los programas y servicios que la comuna ofrece en lo referente a esta temática.

Si se considera que a pesar del reconocimiento nacional e internacional de la igualdad de derechos de las personas con discapacidad, y de las medidas que se establecen para su plena integración, a lo largo de su vida tanto las personas con discapacidad como sus familiares, deben enfrentarse a grandes obstáculos que dificultan su vida, tales como la exclusión y discriminación en los distintos ámbitos de su vida, sobre todo el segmento infanto juvenil que es considerado por la ley 20.422 como un grupo vulnerable, dado a que aún no se avanza en un total reconocimiento de los niños como sujetos de derecho, un niño con discapacidad sufre más discriminación que un niño sin discapacidad.

Conocer el número de niños y adolescentes con discapacidad y sus características como pretende este estudio, puede aportar a mejorar los esfuerzos para eliminar obstáculos discapacitantes y proporcionar servicios que permitan la participación y plena integración de las personas con discapacidad a nivel comunal.

Este desconocimiento respecto a la temática hace necesario que se realicen investigaciones, estudios e intervenciones orientadas a la población con discapacidad, con el fin de entregar información actualizada a los servicios tanto públicos como privados que trabajan con discapacidad en pos de mejorar la oferta y la calidad de los servicios existentes ya sea a corto o largo plazo, para de esta manera contribuir en la mejora de la calidad de vida y el bienestar psicosocial de las personas con discapacidad y sus familias.

[27] Información recabada a entrevista realizada a la coordinadora de la Oficina Comunal de la Discapacidad el 16 de mayo del 2013.

3.5) Alcance de la Investigación.

Considerando la bibliografía revisada y las características de esta investigación social, se puede fundamentar que el alcance de esta investigación es ***Exploratorio – Descriptivo.***

En primer lugar, hay que definir qué se entiende por estudio exploratorio y por estudio descriptivo:

> "*Los estudios exploratorios se efectúan normalmente, cuando el objeto es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes" (Hernández, Fernández y Baptista, 2006; 115).*

Por otro lado, los estudios descriptivos:

> "*Pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a los que se refieren. Desde luego, pueden integrar las mediciones o información de cada una de dichas variables o conceptos para decir cómo se manifiesta el fenómeno de interés; su objetivo no es indicar como se relacionan las variables medidas*". (*Hernández, Fernández y Baptista*, *2006; 119).*

Al señalar que la investigación es exploratoria- descriptiva, se hace basado en los siguientes argumentos:

- En la comuna de Quillota la problemática de discapacidad es un tema nuevo, que no ha sido abordado, es decir, no existen estudios precedentes. Más aun la discapacidad enfocada a la niñez y juventud es un tema no explorado.

- Se fundamenta que el estudio es exploratorio ya que no se conoce las características y el estado de los niños, niñas y adolescentes que presentan algún tipo de discapacidad, así como también se carece de una sistematización de la oferta de programas tanto públicos como privados existentes en los servicios de salud y educación orientados a la discapacidad.

- También se puede decir, que el estudio tiene un alcance descriptivo ya que busca tipificar el perfil de los niños y adolescentes con discapacidad y cuantificar la oferta que ofrecen los servicios de salud y educación en torno a la discapacidad, tal cual estas variables se presentan en la realidad, es decir, caracterizar esta situación específica, destacando sus rasgos diferenciadores y peculiares, dicho de otra forma, según lo señalado por Ander- Egg (2003, 26) en su libro métodos y técnicas de la investigación social III, que en este tipo

de estudios se busca hacer un conteo, un inventario de la realidad, es decir, producir información útil a cualquier investigación social.

- En síntesis, el estudio es exploratorio – descriptivo ya que es una temática que en la comuna de Quillota ha sido poco abordada, es un tema nuevo en relación a los estudios realizados, es decir, este estudio permitirá un acercamiento a fenómenos desconocidos con el fin de aumentar el conocimientos sobre estos, por lo que se concluye que este estudio se centra en descubrir lo que está pasando en la comuna de Quillota en torno a la discapacidad que presentan niños, niñas y adolescentes.

  Una vez logrado el acercamiento a la temática, a través de la exploración, se busca desarrollar una imagen una representación de fenómeno estudiado basado en las características que presenta.

3.6) Diseño de la Investigación.

Se entiende por diseño de investigación "el esbozo, esquema, prototipo o modelo que indica el conjunto de decisiones, pasos y actividades que se realizarán para guiar el curso de una investigación" (Ander-Egg, 2000; 90).

En esta Investigación social no se intervendrán o manipularán intencionalmente las variables, solamente se observará y describirá como estas se presentan en el contexto estudiado, por lo que el diseño de Investigación a utilizar es No Experimental.

El diseño No Experimental se define como:

> *" Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos" (Hernández, Fernández y Baptista 2006, 269)*

A su vez los diseños no experimentales se dividen en transaccionales y longitudinales dependiendo del tiempo en que se realice el estudio.

Los diseños de investigación No Experimental transaccional o transversal "recolectan datos de un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado". (*Hernández, Fernández y Baptista* 2006, 270).

Para llevar a cabo el presente estudio se recolectaran los datos de los niños y adolescentes que hayan hecho uso de los servicios de salud y/o

educación entre el mayo y octubre del 2013, es decir, la recogida de datos se llevará en un periodo de tiempo determinado. Según estos antecedentes, se puede afirmar que el estudio es transaccional.

La presente investigación encuadra en los parámetros de los diseños transaccionales descriptivos, los cuales tienen como objetivo: *"indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables (dentro del enfoque cuantitativo) o ubicar, categorizar y proporcionar una visión de una comunidad, un evento, un contexto, un fenómeno o una situación (describirla, como su nombre lo indica, dentro del enfoque cualitativo)"*(*Hernández, Fernández y Baptist*a 2006,273).

Por lo tanto, considerando el alcance de la investigación y los antecedentes mencionados en los párrafos anteriores se concluye que la presente investigación es ***No Experimental Transaccional Descriptiva.***

3.7) SISTEMA DE OBJETIVOS.

Objetivo General:

"Establecer la relación existente entre el perfil socio demográfico de la población entre 6 a 18 años que presenta algún tipo de discapacidad, en el periodo comprendido entre los meses de mayo a octubre de 2013 y la oferta enfocada a la discapacidad en los servicios de salud y educación de la zona urbana de la comuna de Quillota, con el fin de organizar una red entre las instituciones enfocadas en esta temática"

Objetivos Específicos:

- Caracterizar socio demográficamente a la población entre 6 a 18 años que presenta algún tipo de discapacidad y que hagan uso de los servicios de salud y/o educación de la zona urbana de la comuna de Quillota.
- Analizar la oferta existente en torno a la discapacidad en los centros de salud urbanos de la comuna de Quillota, en relación a las características de los usuarios que estos atienden.
- Analizar la oferta existente en torno a la discapacidad en los centros educacionales urbanos de la comuna de Quillota, en relación a las características de los usuarios que estos atienden.
- Conocer la percepción de los usuarios, en relación la oferta existe en torno a la discapacidad en los centros de salud urbanos de la comuna de Quillota.
- Conocer la percepción de los usuarios, en relación la oferta existe en torno a la discapacidad en los centros educacionales urbanos de la comuna de Quillota.
- Conocer la visión que tiene el equipo de profesionales y técnicos de los centros de salud urbanos de la comuna de Quillota, en relación a la oferta existente en torno a la discapacidad.
- Conocer la visión que tiene el equipo de profesionales y técnicos de los centros educacionales urbanos de la comuna de Quillota, en relación a la oferta existente en torno a la discapacidad.
- Organizar la creación de una red entre las instituciones enfocadas en la discapacidad.

3.8) Operacionalización de variables.

Definición Operacional:

- Características socio demográficas de personas con discapacidad: Son los rasgos principales de una persona, que como consecuencia de una o más deficiencias ya sean congénitas o adquiridas e independientes del tipo de discapacidad, ve restringida sus capacidades y su participación en la sociedad.

- Oferta del área salud orientada a la discapacidad: Corresponde al conjunto de programas y servicios orientados a la discapacidad, que ofrecen los centros de salud públicos y privados.

- Oferta del área educación orientada a la discapacidad: Corresponde al conjunto de programas y servicios orientados a la discapacidad, que ofrecen los centros educacionales públicos y privados

❖ **Cuadro 6: Operacionalización de variables**.

Variable	Dimensión	Indicador	Subindicador	Categoría
Caracterizar socio demográficamente a los niños, niñas y adolescentes entre 6 a 18 años que presentan algún tipo de discapacidad y que se han hecho uso de los servicios de salud y educación entre marzo y octubre de 2013.	Demográfica.		Sexo	Femenino
				Masculino
			Rango etario	6 a 10 años.
				11 a 15 años.
				16 a 18 años.
		Educación	Modalidad de enseñanza.	Regular.
				Con integración
				Especial
				Ninguna.
			Años de estudio	Sin estudios
				1 a 3 años
				4 a y años.
				8 a 12 años.
				Más de 12 años.
			Nivel de estudio.[28]	Pre básica incompleta.
				Pre básica completa
				Básica incompleta.
				Básica completa.
				Media/técnica incompleta
				Media/técnica completa.
				Taller laboral incompleto.
				Taller laboral completo.
			Repitencia de cursos.	Si.
				No.
			Años repetidos.	Solo 1.
				Dos años
				Más de dos.
		Ocupación		Estudiante
				Estudiante y trabajador
				Trabajador dependiente
				Trabajador independiente
				Trabajador informal
				Dueño(a) de casa
				Cesante
				Sin ocupación.

[28] Basado en los niveles de educación regular y educación especial decreto 87.

Variable	Dimensión	Indicador	Subindicador	Categoría
Caracterizar socio demográficamente a los niños, niñas y adolescentes entre 6 a 18 años que presentan algún tipo de discapacidad y que se han hecho uso de los servicios de salud y educación entre marzo y octubre de 2013	Demográfica.			4 a 6.
				Más de 6.
			Tipo de familia[29]	Unipersonal[30]
				Nuclear simple[31]
				Nuclear monoparental[32]
				Nuclear biparental[33]
				Extensa simple[34]
				Extensa monoparental[35]
				Extensa biparental[36]
				Extensa amplia[37]
				Reconstituida[38]
			Jefe(a) de hogar	Padre.
				Madre.
				Abuelo/a
				Padrastro/Madrastra
				Otro.
			Ocupación del jefe(a) de hogar.	Trabajador dependiente.
				Trabajador independiente.
				Trabajador informal.
				Trabajador y estudiante.
				Pensionado.
				Cesante.
				Dueña de casa.
				Otro.
			Ocupación de la madre.	Trabajador dependiente.
				Trabajador independiente.
				Trabajador informal.
				Trabajado studiante.
				Pensionado.
				Cesante.
				Dueña de casa.
				Otro

[29] Clasificación MIDEPLAN, 2013.
[30] Hogar Unipersonal: Es el hogar particular integrado solo por una persona.
[31] Familia nuclear simple: Integrada por una pareja sin hijos.
[32] Familia nuclear monoparental: Integrada por solo uno de los padres con sus hijos.
[33] Nuclear biparental: Integrada por el padre y la madre con uno o más de sus hijos.
[34] Familia extensa simple: Es aquella integrada por una pareja, o uno de sus miembros, con o sin hijos y por otros miembros sean estos parientes o no.

[35] Familia extensa monoparental: Integrada por uno de los miembros de la pareja, con uno más hijos y por otros parientes.
[36] Familia extensa biparental: Integrada por el padre y la madre, con uno o más hijos, y por otros parientes.
[37] Familia extensa amplia: integrada por una pareja o uno de los miembros de esta, con uno o más hijos, y por otros miembros parientes y no parientes.
[38] Familia reconstituida: Sucede cuando uno de los padre vuelve e formar pareja, luego de una separación, de la que existía a lo menos un hijo de una relación anterior.

Variable	Dimensión	Indicador	Subindicador	Categoría
Caracterizar socio demográficamente a los niños, niñas y adolescentes entre 6 a 18 años que presentan algún tipo de discapacidad y que se han hecho uso de los servicios de salud y educación entre marzo y octubre de 2013	Demográfica.		Nivel de estudios del jefe(a) de hogar.	Sin estudio.
				Básica incompleta.
				Básica completa.
				Media Incompleta.
				Media completa
				Taller laboral incompleto
				Taller laboral completo.
				Técnica/superior incompleta.
				Técnica/superior completa.
			Nivel de estudios de la madre.	Sin estudio.
				Básica incompleta.
				Básica completa.
				Media Incompleta.
				Media completa
				Taller laboral incompleto
				Taller laboral completo.
				Técnica/superior incompleta.
				Técnica/superior completa.
			Relación de los padres	Casados.
				Convivientes.
				Separados/divorciados
				Nunca se casaron ni convivieron
				Viudo(a).
	Social.	Vivienda	Tenencia de la vivienda	Propia pagada
				Propia pagando dividendo.
				Arrendada.
				Comodato/ Cedida.
				Sucesión/ Herencia.
				Allegado.
				Usufructo.
			Tipo de vivienda.	Casa
				Departamento.
				Media agua.
				Otro.

Variable	Dimensión	Indicador	Subindicador	Categoría
Caracterizar socio demográficamente a los niños, niñas y adolescentes entre 6 a 18 años que presentan algún tipo de discapacidad y que se han hecho uso de los servicios de salud y educación entre marzo y octubre de 2013	Social.	Vivienda	Materialidad.	Sólida(cemento, hormigo, ladrillo)
				Mixta(sólido-madera)
				Ligera.
				Adobe.
				Desechos.
		Salud.	Tipo de discapacidad.	Física/ motora.
				Psíquica o intelectual.
				Sensorial.
				Física y psíquica.
				Física y sensorial.
				Psíquica y sensorial
				De la relación y comunicación.
				Multi déficit.
			Grados de discapacidad[39]	Discapacidad minina (10%).
				Discapacidad obvia (20%).
				Discapacidad seria (60%).
				Discapacidad muy seria (80%)
				Discapacidad total (100).
			Origen de la discapacidad	Congénita.
				Complicaciones durante el parto.
				Por enfermedad.
				Tumor.
				Secuela neurológica.
				Por accidente
				No especificado.
				Otro.
			Presencia de enfermedades asociadas a la discapacidad.	Si.
				No.
				No sabe.
			Presencia de enfermedades No asociadas a la discapacidad.	Si.
				No.
				No sabe.

[39] Categorización basada en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la OMS, detalle disponible en el capítulo 2 “marco teórico”.

Variable	Dimensión	Indicador	Subindicador	Categoría
Caracterizar socio demográficamente a los niños, niñas y adolescentes entre 6 a 18 años que presentan algún tipo de discapacidad y que se han hecho uso de los servicios de salud y educación entre marzo y octubre de 2013	Soacial.	Salud	Está inscrito/a en un centro de atención primaria	Si
				No
				No sabe.
			En qué tipo de centro de salud se atiende.	Atención primaria.
				Especialidades.
				Centro de salud privado.
				Centro especializado en discapacidad.
				Teletón.
				Otro.
			Requiere rehabilitación	Si.
				No.
				No sabe.
			Tipo de rehabilitación requerida	Física/motora
				Sensorial.
				Salud mental.
				No sabe.
			Recibe la rehabilitación que necesita.	Si.
				No.
				No sabe.
			Requiere actividad fisioterapéutica.	Si.
				No.
				No sabe.
			Tipo de actividad fisioterapéutica requerida.	Termoterapia.
				Masoterapia.
				Electroterapia.
				Mecanoterapia.
				Laserterapia.
				Kinesioterapia.
				Reducción postural.
				Ultrasonoroterapia
				Fototerapia.
				Hidroterapia.
				Crioterapia.
				Corriente rusa.
			Realiza actividad fisioterapéutica	Si.
				No.
			Requiere ayuda técnica.	Si
				No
				No sabe.
			Posee la ayuda técnica requerida	Si.
				No
			Tipo de ayuda técnica.	Prótesis.
				Silla de ruedas.
				Bastón ortopédico.
				Muletas.
				Bastón guiador.
				Lentes ópticos.
				Audífonos.
				Ortesis.
				Andador.
				Otros.

Variable	Dimensión	Indicador	Subindicador	Categoría
Caracterizar socio demográficamente a los niños, niñas y adolescentes entre 6 a 18 años que presentan algún tipo de discapacidad y que se han hecho uso de los servicios de salud y educación entre marzo y octubre de 2013	Social.	Salud	Vía de adquisición de la ayuda técnica.	Consultorio-Cesfam-Cecof.
				Oficina de la Discapacidad.
				SENADIS.
				Teletón.
				Medios propios.
				Arriendo.
				Regalo.
				Préstamo.
				Colegio.
				Otro.
				No sabe.
			Requiere apoyo a la salud mental.	Si.
				No.
				No sabe.
			Tipo de apoyo a la salud mental requerido.	Psicoterapia.
				Grupo de autoayuda.
				Grupo terapéutico.
				Tratamiento psíquico.
				Tratamiento psiquiátrico.
				Apoyo PIE.
				No sabe.
			Recibe el apoyo a la salud mental requerido.	Si.
				No
				No sabe.
			Estado de salud del Jefe/a de hogar	Sano.
				Enfermedad crónica.
				Con discapacidad.
				No sabe.
			Estado de salud de la madre.	Sano.
				Enfermedad crónica.
				Con discapacidad.
				No sabe.
		Seguridad Social.	Posee pensión de discapacidad	Si.
				No.
				En trámite.
				No corresponde.
				No sabe.
			Posee credencial de discapacidad	Si.
				No.
				No sabe.
			Estado de la credencial de discapacidad	Indefinida.
				Vigente.
				En trámite.
				Vencida.

Variable	Dimensión	Indicador	Subindicador	Categoría
Oferta programática del sector salud orientada a la discapacidad.			Tipo de institución.	Hospital.
				Clínica.
				Consultorio.
				CESFAM
				CECOF.
				Centro de tratamiento especializado.
				Centro de rehabilitación.
			Dependencia de la institución.	Pública.
				Privada.
				Mixta.
			Existencia de personal especializado en la institución	Si.
				No.
			Kinesiólogo	Si
				No
			Neurólogo	Si
			Neurólogo Infantil	Si.
				No.
			Fisioterapeuta	Si
				No
			Terapeuta ocupacional.	Si
				No
			Fonoaudiólogo	Si
				No
			Psicólogo	Si
				No
			Psicólogo Infantil.	Si.
				No.
			Psiquiatra	Si
				No
			Psiquiatra infantil	Si.
				No.
			Pediatra	Si.
				No.
			Tipos de discapacidad con los que trabaja.	Física/ motora
				Sensorial.
				Psíquica/ intelectual
				Física y sensorial
				Física y psíquica
				Sensorial y psíquica
				Todas.
				Multideficit.

Variable	Dimensión	Indicador	Subindicador	Categoría
Oferta programática del sector salud orientada a la discapacidad.			Grados de discapacidad.	Solo discapacidad minina (20%)
				Solo discapacidad obvia (20%)
				Solo discapacidad seria (60%)
				Solo discapacidad muy seria (80%)
				Solo discapacidad total (100%)
				Hasta discapacidad obvia.
				Hasta discapacidad seria.
				Hasta discapacidad muy seria.
				Hasta discapacidad total.
			Realiza rehabilitación.	Si.
				No.
			Tipos de rehabilitación que realiza	Fisica/motora.
				Salud mental
				Sensorial.
			Tipo de actividad fisioterapeuta.	Termoterapia.
				Masoterapia
				Electroterapia.
				Mecanoterapia.
				Laserterapia.
				Kinesioterapia.
				Reducción postural.
				Ultrasonoroterapia.
				Fototerapia.
				Hidroterapia.
				Todas.
			Entrega ayudas técnicas.	Si.
				No.
			Tipo de ayudas técnicas.	Prótesis.
				Silla de ruedas.
				Bastón ortopédico.
				Muletas.
				Bastón guiador.
				Andador.
				Lentes ópticos.
				Audífonos.
				Ortesis
				Ges.
				Otro.

Variable	Dimensión	Indicador	Subindicador	Categoría
Oferta programática del sector salud orientada a la discapacidad			Modalidad de entrega	Regalo.
				Arriendo.
				Préstamo.
				Comodato.
				Modalidad GES.
				Otro.
			Modalidad de adquisición de las ayudas técnicas por la institución.	Gobierno central.
				Gobierno regional.
				SENADIS.
				Municipio.
				Donaciones.
				Recursos propios.
				Otros.
			Tipo de rehabilitación salud mental.	Psicoterapia.
				Grupos de autoayuda.
				Grupos terapéuticos.
				Tratamiento psicológico.
				Tratamiento psiquiátrico.
				Otro.
			El centro cuanta con acceso universal para las personas con discapacidad	Si.
				No.
			El centro cuanta con la tecnología adecuada para diagnosticar y tratar las discapacidades de los usuarios	Si.
				No.
			Programa de salud visual	Si.
				No.
			Programa de detección temprana del retraso psicomotor	Si.
				No.
			Campañas de prevención del VIH/SIDA	Si.
				No.

Variable	Dimensión	Indicador	Subindicador	Categoría
Oferta programática del sector salud orientada a la discapacidad			Campaña de prevención del uso de estupefacientes	Si.
				No.
			Programa de atención de postrados.	Si.
				No.
Oferta programática del sector educacional orientada a la discapacidad			Dependencia administrativa.	Municipio.
				Particular subvencionado
				Particular pagado.
				Corporación privada.
			Tipo de financiamiento	Gratuito.
				Financiamiento compartido.
				Pagado.
		Educación con integración.	Nivel de educación.	Pre básico y básico.
				Solo básico.
				Solo media.
				Básica y media.
				Desde pre-básica a media.
			Número total de estudiantes por curso.	Entre 15 y 20
				Entre 21 y 30.
				Entre 31 y 40.
				Más de 40.
			Número de estudiantes con discapacidad transitoria por curso.	Menos de 5 estudiantes.
				5 estudiantes.
				Más de 5 estudiantes.
			Número de estudiantes con discapacidad permanente por curso.	Menos de 2 estudiantes.
				Dos estudiantes.
				Más de 2 estudiantes.
			Cuenta con profesionales relacionados con discapacidad	Si.
				No.
			Cuenta con educadora diferencial.	Si.
				No.
			Cuenta con fonoaudiólogo/a	Si.
				No.
			Cuenta con kinesiólogo/a	Si.
				No.
			Cuenta con terapeuta ocupacional	Si
				No.

Variable	Dimensión	Indicador	Subindicador	Categoría
Oferta programática del sector educacional orientada a la discapacidad		Educación con integración.	Cuenta con Psicólogo.	Si.
				No.
			Cuenta con psicopedagogo.	Si.
				No.
			Tipo de discapacidad con los que trabaja.	Física/motora.
				Sensorial.
				Psíquica/ intelectual.
				Física y sensorial.
				Física y psíquica.
				Sensorial y psíquica.
				Trastornos de la relación y la comunicación.
				Multi déficit.
			Grados de discapacidad con los que trabaja.	Solo discapacidad minina (10%)
				Solo discapacidad obvia (20%)
				Solo discapacidad seria (60%)
				Solo discapacidad muy seria (80%).
				Solo discapacidad total (100%).
				Hasta discapacidad obvia.
				Hasta discapacidad seria.
				Hasta discapacidad muy seria.
				Hasta discapacidad total.
			Cuenta con aula de recursos	Si.
				No.
			Cuenta con acceso universal para personas con discapacidad.	Si.
				No.
			Realiza talleres socieducativos para los apoderados de estudiante con discapacidad.	Si.
				No.

Variable	Dimensión	Indicador	Subindicador	Categoría
Oferta programática del sector educacional orientada a la discapacidad		Educación con integración.	Realiza actividades socieducativos para la comunidad educativa del establecimiento	Si.
				No
		Educación especial	Nivel	Pre básico.
				Básico.
				Laboral.
				Pre básico y básico
				Básico y laboral.
				Desde pre básico a laboral.
			Tipo de discapacidad con los que trabaja.	Física/motora.
				Sensorial.
				Psíquica/ intelectual.
				De la relación y la comunicación
				Multideficit/ multi retos
			Grados de discapacidad con los que trabaja	Solo discapacidad minina (10%)
				Solo discapacidad obvia (20%)
				Solo discapacidad seria (60%)
				Solo discapacidad muy seria (80%).
				Solo discapacidad total (100%).
				Hasta discapacidad obvia.
				Hasta discapacidad seria.
				Hasta discapacidad muy seria.
				Hasta discapacidad total

Variable	Dimensión	Indicador	Subindicador	Categoría
Oferta programática del sector educacional orientada a la discapacidad		Educación especial	Número de estudiantes por curso.	Menos de 15
				15
				Más de 15
			Cuenta con cursos multi retos	Si.
				No.
			Número de estudiantes por curso con multi retos	Menos de 8 estudiantes.
				8 estudiantes.
				Más de 8 estudiantes.
			Tipo de jornada escolar	Media jornada.
				Jornada completa.
				Diferenciada por edad
				Diferenciada para multi retos.
			Cuenta con educadora diferencial.	Si
				No
			Cuenta con fonoaudiólogo	Si
				No.
			Cuenta con un kinesiólogo.	Si
				No
			Cuenta con psicólogo.	Si
				No
			Cuenta con psicopedagogo.	Si
				No
			Terapeuta educacional.	Si
				No
			Tipo de taller laboral.	Panadería.
				Pastelería
				Chocolatería
				Lavandería.
				Encuadernación/ papelería
				Taller de mosaico.
				Decoración bolsas reciclables.
				Jardinería.
				Se crea de acuerdo a las necesidades e intereses de los estudiantes.
				Otro.

Variable	Dimensión	Indicador	Subindicador	Categoría
Oferta programática del sector educacional orientada a la discapacidad		Educación Especial.	Cuenta con algún tipo de terapia alternativa	Si
				No.
			Tipo de terapia alternativa	Hidroterapia.
				Kinesioterapia.
				Equinoterapia.
				Musicoterapia.
				Otro.
			Cuenta con plan complementario de apoyo[40]	Si.
				No.
			Tipo de plan complementario de apoyo.	Psicopedagogíco.
				Psicológico.
				Fonoaudiológico.
				Kinesiológico.
				Médico.
			Curriculum que imparte es	Común.
				Modificado.
			Realiza talleres complementarios	Si.
				No.
			Tipo de talleres complementarios.	Música.
				Deportes.
				Ecología
				Sexualidad.
				Danza.
				Otro.
			Cuenta con convenios de práctica para los estudiantes	Si.
				No.
			Se realizan talleres sicoeducativos para los apoderados.	Si.
				No.
			El establecimiento posee estudiantes egresados trabajando actualmente.	Si.
				No.
			Calificación inserción laboral de estudiantes egresados.	Muy buena.
				Buena.
				Regular.
				Malo.
				Muy malo.

Fuente: Elaboración propia, 2013.

[40] Plan complementario basado en el decreto 87 de 1990.

3.9) Diseño Muestral.

3.9.1) Diseño Cuantitativo.

- Universo y Muestra.

La siguiente sección, denominada universo y muestra, es el ítem donde se darán a conocer los procedimientos y elementos, que la estudiante utilizó para delimitar y seleccionar los sujetos con los cuales se desarrollará el presente estudio.

- Universo o sujetos de análisis.

Durante la formulación del problema se delimitó la población o sujetos de estudios, estos corresponden a los niños, niñas y adolescentes entre 6 y 18 años que presenten algún tipo de discapacidad y que hayan hecho uso de los servicios de salud y/o educación de la zona urbana de la comuna de Quillota en el período comprendido entre mayo y octubre del año 2013. Sin embargo al aproximarse a la realidad de la comuna se decidió trabajar solo con los colegios con integración y escuelas especiales de la zona urbana de la comuna de Quillota, esto por ser un universo cautivo y además por ser un sujeto análisis cruzado, es decir, la mayoría de los sujetos de estudio hace uso de los centros de atención primaria. En síntesis será el universo de estudio los niños, niñas y adolescentes de la comuna de Quillota que presenten algún tipo de discapacidad y que encuentren matriculados en los establecimientos con integración o escuelas especiales de la comuna, además se incluirá como sujetos informantes a los familiares directos o persona a cargo del cuidado personal de los estudiantes con discapacidad en el caso que estos no se encuentren capacitados para responder el cuestionario. También serán sujetos informantes, el personal que trabaja en los servicios orientados a la discapacidad (salud y educación). Estos sujetos serán denominados universo esto es," el conjunto de elementos de los que se quiere conocer o investigar algunas de sus características". (Ander-Egg, 2000, 112).

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

Las muestras probabilísticas, o muestras al azar, son aquellas en las cuales todas y cada una de las unidades de la población tienen una probabilidad conocida, distinta de cero, de ser incluida en la muestra. (Briones; 57)

Para este estudio se utilizará como procedimiento la muestra aleatoria simple, pero para que sea representativa del total de la muestra se seleccionaran aleatoriamente al 50% de los sujetos de colegios especiales y al otro 50% de colegios con integración.

Según esto se tiene lo siguiente:

Universo: 375 Margen de error:7%
Nivel de confianza: 90%
Muestra: 102 niños y adolescentes con discapacidad.

- Centros de salud urbanos[41] orientados a discapacidad.

En cuanto a los centros de salud, se trabajará con el 100% de estos. Para la aplicación del cuestionario se seleccionará un profesional por centro de salud que cuente con un tiempo mínimo de 6 meses trabajando en dicho centro.

Hospital San Martín
Centro de salud doctor Miguel Concha.
Centro de salud Cardenal Raúl Silva Henríquez.
CECOF Cerro Mayaca.
CECOF Santa Teresita.

- Centros educacionales orientados a discapacidad[42].

Se considerará como universo el total de los establecimientos con Programa de Integración Escolar (PIE), así como también los establecimientos especiales que manifiesten su voluntad de participar en el estudio. La muestra para este caso será un profesional por establecimiento que tenga una antigüedad mínima de 6 meses en el establecimiento.

Establecimientos especiales	4
Establecimientos con integración	11
Total universo	15

3.9.2) Diseño muestral Cualitativo.

El diseño muestral es no probabilístico. La selección del colectivo de análisis será dado a través de informantes claves. La representatividad temática de la muestra estará dada por el fenómeno de saturación, que implica que al superar cierto número de instrumentos aplicados, se llega a un punto en el levantamiento de información en el que no emergen nuevas categorías, nueva información en lo concreto.

[41] Ver detalle de los centros de salud urbanos en el anexo n°3, página
[42] Ver detalle en el anexo n°4 pagina

Criterios de Inclusión.

Para ser seleccionados como sujetos pertenecientes al colectivo de análisis, los informantes claves deben cumplir con los siguientes criterios de inclusión.

- Los niños, niñas y adolescentes deben presentar algún tipo de discapacidad.
- Los niños, niñas y adolescentes deben tener entre 6 y 18 años de edad.
- Deben haber hecho uso de los servicios de salud y/o educación de la zona urbana de la comuna de Quillota durante el período comprendido entre el mayo y octubre del presente año.
- Los informantes deben ser padres, familiares directos o tutores, o un adulto responsable encargado del cuidado personal de niños y adolescentes que presenten las características antes descritas.
- Los profesionales que trabajan en servicios destinados a la discapacidad, tanto de salud como de educación deben tener una antigüedad de a lo menos 6 meses en la institución.
- Todos los sujetos antes descritos, deben manifestar su voluntad de participar en este estudio de forma voluntaria, esta voluntad de participar quedará estipulada mediante la firma del entrevistado en un documento denominado consentimiento informado.

3.10) Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

En la presente investigación las técnicas e instrumentos a utilizar concuerdan con el enfoque metodológico que sustenta la investigación, esto es de carácter mixto, es decir, serán de carácter cuantitativo y cualitativo dependiendo de las variables de estudio.

Las técnicas a utilizar son: la encuesta, entrevista en profundidad, observación participante y la técnica focus groups.

3.10.1) Técnicas Cuantitativas.

Las técnicas de recolección de datos cuantitativas tienen como principal ventaja la gran economía de tiempo y personal que implican. Además que al utilizar la medición numérica, el conteo y el uso de la estadística permite establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población en estudio.

- La encuesta: Es una de las técnicas de recolección de datos más usadas. Como indica Bernal (2006) la encuesta se fundamenta en un cuestionario o conjunto de preguntas que se preparan con el propósito de obtener información de las personas.

El cuestionario a aplicar en esta investigación contiene preguntas de carácter cerrado y ha sido confeccionado en base a datos obtenidos de las primeras entrevistas realizadas a los profesionales que trabajan en torno a discapacidad.

3.10.2) Técnicas de recolección de datos cualitativos.

Las técnicas de recolección de datos cualitativas se orientan a captar, analizar e interpretar los aspectos y significados de la conducta y de las representaciones de los sujetos y/o grupos investigados. Incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal como son expresadas por ellos mismos y no como uno lo describe.

Se utilizarán técnicas de conversación y narración, específicamente la entrevista en profundidad; y observación y participación. (Valles Martínez, 2003).

Para efectos de este estudio se utilizará la entrevista de investigación (Valles 2003,181), esta entrevista es entendida como una técnica de obtención de información relevante para los objetivos de un estudio. Su campo de utilización se encuentra en las ciencias sociales, especialmente donde puede adoptar formatos y estilos variables a lo largo de un contenido más o menos variable.

Dentro de estas variaciones se puede distinguir la entrevista en profundidad, la cual será la técnica a utilizar para recolectar los datos necesarios para realización de la presente investigación.

- **Entrevista en profundidad:** es una técnica de recolección de datos en donde se obtienen los puntos de vista de los miembros de un grupo social o de los participantes de una cultura. La entrevista es uno de los medios para acceder a los conocimientos, las creencias, los rituales, la vida de esa sociedad o cultura, obteniendo datos propios del lenguaje de los sujetos.

Por ende, es posible definir la entrevista en profundidad como: “Una serie de conversaciones libres en las que el investigador poco a poco va introduciendo nuevos elementos que ayudan al informante a comportarse como tal”. (Spradley, 1979, citado en Rodríguez, Gil y García, 1999; 169).

Para efectos de este estudio y de acuerdo a los requerimientos para abordar los objetivos de este estudio es conveniente aplicar una entrevista estandarizada abierta *“caracterizada por el empleo de un listado de preguntas ordenadas y redactadas por igual para todos los entrevistados pero de respuesta libre o abierta*” (Valles 2003,180). Es conveniente la aplicación de esta entrevista bajo este formato debido a que es de interés para el estudio conocer la opinión de los sujetos seleccionados respecto a temas específicos de discapacidad.

- Focus groups.

Los focus groups o grupos de enfoque consisten en reuniones de grupos pequeños o medianos (5 a 10 personas), en las cuales los participantes conversan en torno a uno o varios temas en un ambiente relajado e informal, bajo la conducción de un especialista en dinámicas grupales.(*Hernández, Fernández y Baptist*a 2006, 465).

Se utilizará una estrategia grupal, con el fin de generar una instancia de discusión entre los participantes, logrando visualizar así la diversidad de opiniones en torno a la discapacidad desde diferentes miradas de los profesionales que trabajan en esta temática. Además, se opta por esta técnica de recolección de información en virtud del tamaño de la muestra, para sí, lograr utilizar de una manera optima los recursos de tiempo y espacio disponibles. Pues se trata de una encuesta cualitativa rápida.

❖ **Cuadro 7: instrumentos de recolección de datos.**

Enfoque de investigación	Objetivo	Instrumento	Temática a abordar
Cuantitativo	Caracterizar socio demográficamente a la población entre 6 a 18 años que presenta algún tipo de discapacidad y que hagan uso de los servicios de salud y/o educación de la zona urbana de la comuna de Quillota.	Encuesta. Aplicado individual a cada sujeto.	Características socio demográficas de niños, niñas y adolescentes con discapacidad
	Analizar la oferta existe en torno a la discapacidad en los centros salud urbanos de la comuna de Quillota, en relación a las características de los usuarios que estos atienden.		Oferta en torno a la discapacidad existente en los centros d salud urbanos.
	Analizar la oferta existe en torno a la discapacidad en los centros educacionales urbanos de la comuna de Quillota, en relación a las características de los usuarios que estos atienden		Oferta en torno a la discapacidad existente en los centros de educación urbanos
Cualitativo	Conocer la percepción de los usuarios, en relación la oferta existe en torno a la discapacidad en los centros educacionales urbanos de la comuna de Quillota	Entrevistas en profundidad, aplicadas de forma individual a cada individuo.	Percepción de los usuarios de la oferta existente en torno a la discapacidad en los centros educacionales
	Conocer la percepción de los usuarios, en relación la oferta existe en torno a la discapacidad en los centros de salud urbanos de la comuna de Quillota.		Percepción de los usuarios de la oferta existente en torno a la discapacidad en los centros de salud.
	Conocer la visión que tiene el equipo de profesionales y técnicos de los centros educacionales urbanos de la comuna de Quillota, en relación a la oferta existente en torno a la discapacidad		Visión de los profesionales que trabajan en los centros educacionales orientados en la discapacidad
	Conocer la visión que tiene el equipo de profesionales y técnicos de los centros de salud urbanos de la comuna de Quillota, en relación a la oferta existente en torno a la discapacidad		Visión de los profesionales que trabajan en los centros de salud orientados en la discapacidad
	Organizar la creación de una red entre las instituciones enfocadas en la discapacidad.	Entrevistas grupales o focus groups	Red en torno a la discapacidad.

Fuente: *Elaboración propia, 2013.*

3.11) Plan de análisis.

El plan de análisis para la presente investigación, para analizar las características socio-demográficas de la población en estudio, se basará, en el uso de la estadística descriptiva, lo que implica describir, los datos, los valores, las puntuaciones obtenidas por cada variable, es decir, determinar la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad.

Esto con el propósito de describir cuantitativamente el comportamiento de las variables en estudio y con estos datos poder realizar una análisis el conducirá a las conclusiones del estudio.

El cálculo de valores arrojado por las variables en las distintas mediciones será efectuado a través del programa computacional SPSS.

Para el análisis de datos cualitativos se propone realizar el análisis mediante categorías, estas categorías estarán dadas o más bien surgirán desde los instrumentos utilizados para recoger datos. Es decir, las temáticas que más resaltan en las entrevistas, en relación a los referentes teóricos desarrollados. La validación de la información obtenida se realizará mediante la triangulación de datos. Para ésta investigación, se señala que la triangulación de datos, se llevará a cabo con; los familiares de los niños, niñas y adolecentes con discapacidad, los profesionales de la salud y educación que trabajan en torno a la discapacidad, y con la visión de algún represente de la autoridad política de la comuna de Quillota es que estos tres actores, son relevantes para este estudio, puesto que son los puntos de referencia de ésta investigación.

❖ **Cuadro 8: Plan de Análisis.**

Enfoque de investigación	Objetivo	Instrumento de recolección de datos	Plan de Análisis.
Cuantitativo	Caracterizar socio demográficamente a la población entre 6 a 18 años que presenta algún tipo de discapacidad y que hagan uso de los servicios de salud y/o educación de la zona urbana de la comuna de Quillota.	Encuesta	Para el análisis de datos cuantitativos se utilizará como herramienta la estadística descriptiva para cada variable.
	Analizar la oferta existente en torno a la discapacidad en los centros salud urbanos de la comuna de Quillota, en relación a las características de los usuarios que estos atienden.		
	Analizar la oferta existente en torno a la discapacidad en los centros educacionales urbanos de la comuna de Quillota, en relación a las características de los usuarios que estos atienden		
Cualitativo	Conocer la percepción de los usuarios, en relación la oferta existente en torno a la discapacidad en los centros educacionales urbanos de la comuna de Quillota	Entrevistas individuales en profundidad.	Para el análisis de los datos cualitativos se utilizará la técnica de análisis de contenido. Ésta técnica está destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y validas que puedan aplicarse en su contexto (Klaus Krippenford, 1990) Como técnica de investigación, ésta herramienta produce conocimientos, nuevas interpretaciones y una representación de los hechos, estos resultados deben ser reproducibles para que sean fiables. El análisis del contenido se caracteriza por investigar el significado simbólico de los mensajes, los que no tienen un único significado, puesto que según menciona el autor “los mensajes y las comunicaciones simbólicas tratan en general de fenómenos distintos
	Conocer la percepción de los usuarios, en relación la oferta existente en torno a la discapacidad en los centros de salud urbanos de la comuna de Quillota.		
	Conocer la visión que tiene el equipo de profesionales y técnicos de los centros educacionales urbanos de la comuna de Quillota, en relación a la oferta existente en torno a la discapacidad		

Enfoque de investigación	Objetivos	Instrumento de recolección de datos	Plan de Análisis.
Cualitativo	Conocer la visión que tiene el equipo de profesionales y técnicos de los centros de salud urbanos de la comuna de Quillota, en relación a la oferta existente en torno a la discapacidad.	Entrevistas Individuales en profundidad	a aquellos que son directamente observados," Uno de los elementos de análisis de contenidos es que este es efectuado por medio de un proceso de codificación en donde se identifican separan, afinen estos datos. A través de este proceso, las características relevantes del contenido son transformadas a unidades que posibiliten su descripción y análisis con precisión. (Sampieri H. 2004). Para efectos de este estudio serán las categorías cada pregunta de la entrevista en profundidad. La validación de la información obtenida se realizará mediante la triangulación de datos. Para ésta investigación, se señala que la triangulación, se llevará a cabo con; los familiares de los niños, niñas y adolecentes con discapacidad, los profesionales de la salud y educación que trabajan en torno a la discapacidad, y con la visión de algún represente de la autoridad política de la comuna de Quillota es que estos tres actores, son relevantes para este estudio, puesto que son los puntos de referencia de ésta investigación.
	Organizar una red entre las instituciones enfocadas en la discapacidad.	Entrevistas individuales y grupales (focus groups) en profundidad	Análisis de la información entregada, con el fin de crear una propuesta de intervención desde la visión de los participantes.

Fuente: Elaboración propia, 2013.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y HALLAZGOS

CAPITULO IV: ANÁLISIS Y HALLAZGOS.

CONSIDERCIÓNES PRELIMINARES.

Este cuarto capítulo corresponde a los hallazgos realizados por esta investigación y a los análisis de estos hallazgos.

Los análisis de los datos se hará en conformidad al plan de análisis propuesto en el capitulo precedente.

Este capítulo se divide en dos subcapítulos, el primero corresponde al análisis cuantitativo de los datos, el cual se hará a través de la estadística descriptiva, por medio del programa SPSS.

El segundo subcapítulo corresponde al análisis cualitativo de la información recolectada a través de las entrevistas realizadas a los informantes claves, este proceso se realizará mediante el análisis de categorías, posteriormente se llevará a cabo la triangulación de los datos entregados por los usuarios, profesionales que trabajan con discapacidad, un representante de la autoridad política de la comuna.

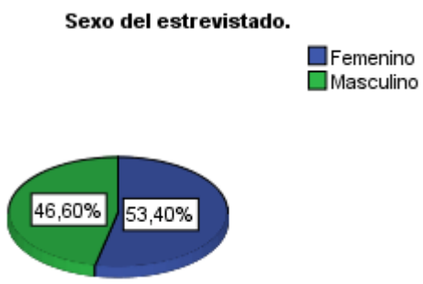
Sin más preámbulo se da paso al siguiente capítulo.

4.1) Análisis cuantitativo de datos.

En este subcapítulo se analizan los datos obtenidos a través de la aplicación de los cuestionarios aplicados a los usuarios y los profesionales que trabajan en los centros de la salud y educación que trabajan con discapacidad. Para realizar el análisis utilizarán los datos que se consideran más relevantes para la investigación, esto se llevará a cabo por medio de la estadística descriptiva.

Objetivo Específico 1:" Caracterizar socio demográficamente a la población entre 6 a 18 años de edad, que presentan algún tipo de discapacidad y que hagan uso de los servicios de salud y/o educación de la zona urbana de la comuna de Quillota".

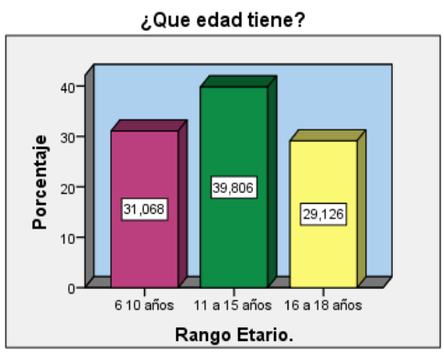
- **Figura 13: Gráfico Sexo del entrevistado.**



***Fuente**: Elaboración propia, 2013.*

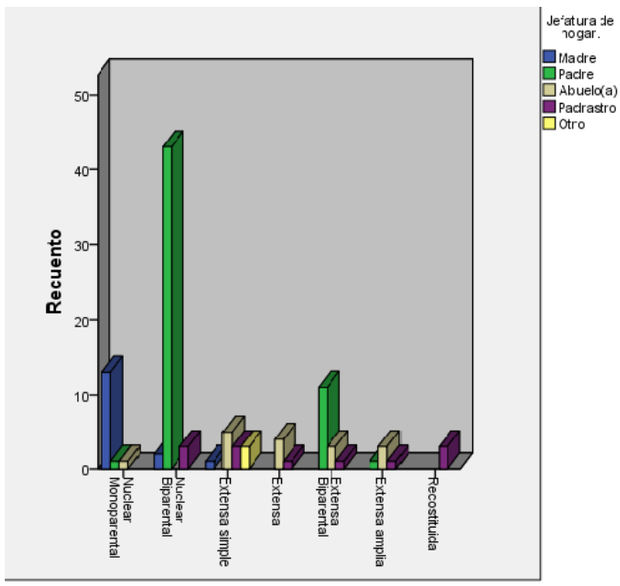
Según el gráfico, puede apreciarse que existe una prevalencia de la discapacidad en el sexo femenino, si se compara con las cifras a nivel nacional entregadas por la ENDISC 2004 y la CASEN 2011, estos valores son concordantes. Otro factor que puede explicar este resultado para el caso de este estudio, es que existen en la comuna de Quillota colegios con integración que son exclusivos para mujeres, por eso se realizaron más encuestas a mujeres

- **Figura 14: Gráfico sobre rango etario del entrevistado.**



En la figura 14, se aprecia la distribución por rango estéreo de niños, niñas y adolescentes con discapacidad, marcándose una prevalencia en el rango comprendido entre los 11 y 15 años de edad, se destaca que la muestra fue al azar basada en la voluntad de los apoderados para participar en este estudio, por lo que no fue posible estratificar la muestra por edades para que esta fuese representativa de todas las edades. Los datos aportados por la ENDISC 2004, señalan que entre más avanzada la edad aumenta la discapacidad, por lo que el rango etario sobre el cual se está realizando el estudio presenta una baja prevalencia, por otra parte el corte que se hace es de 0 a 14 y de 15 a 29, extremos que no son considerados en este estudio.

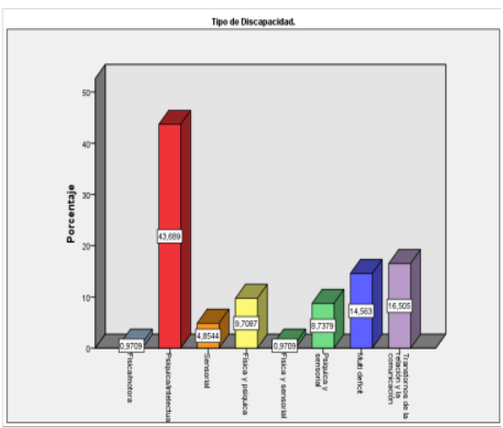
- **Figura 15 :Gráfico sobre tipo de hogar de las personas con discapacidad**.



Fuente: *Elaboración Propia, 2013*.

Los datos entregados en la figura 15, se refieren al tipo de hogar y a la jefatura de estos, el tipo de hogar que prevalece es el nuclear biparental, es decir, el compuesto por ambos padres, ya sean estos casados o convivientes y sus hijos, cuya jefatura de hogar corresponde al padre, en segundo lugar, se encuentran los hogares nucleares monoparentales, con jefatura de hogar femenina y en tercer lugar las familias extensas biparentales, el comportamiento de estos indicadores, en concordante con los entregados por el Censo 2002, donde prevalece el tipo de hogar tradicional, pero con un marcado aumento de la jefatura de hogar femenina. Otros instrumentos, como la CASEN (2011) y la ENDISC (2004), hacen referencia a la jefatura de hogar solo en comparación entre jefes de hogar con discapacidad y sin discapacidad.

- **Figura 16: Tipo de discapacidad.** **Cuadro 09: Tipo de discapacidad.**



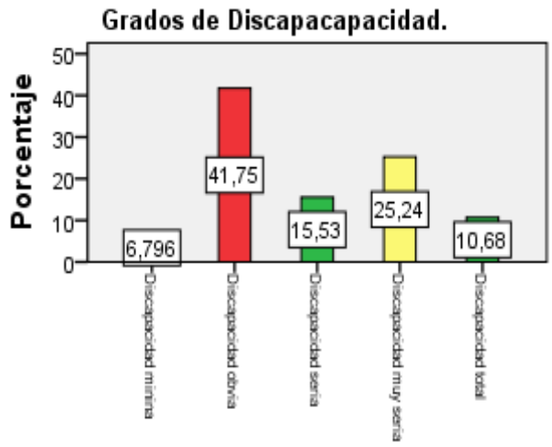
Tipo de Discapacidad	N° de sujetos.	Tipo de Discapacidad	N° de sujetos.
Física/ motora	1	Física y Sensorial	1
Psiquica/ Intelectual	45	Psíquica y Sensorial	9
Sensorial	5	Multi déficit	15
Física y Psíquica	10	Trastornos de la relación y la comunicación.	17

Fuente: *Elaboración Propia, 2013.* ***Fuente:*** *Elaboración Propia, 2013.*

El tipo de discapacidad que prevalece es la de tipo psíquica intelectual, esto es debido a que los colegios especiales tienen como requisito para poder aceptar a un

estudiante este debe tener discapacidad intelectual, si bien los trastornos de la relación y la comunicación ocupan un segundo lugar, esta cifra en la realidad es más alta, ya que dos colegios que trabajan específicamente con este trastorno no participaron de la investigación. Según la ENDISC, la mayor prevalencia de tipo de discapacidad que existe en el país es la física o motora, seguida de la sensorial.

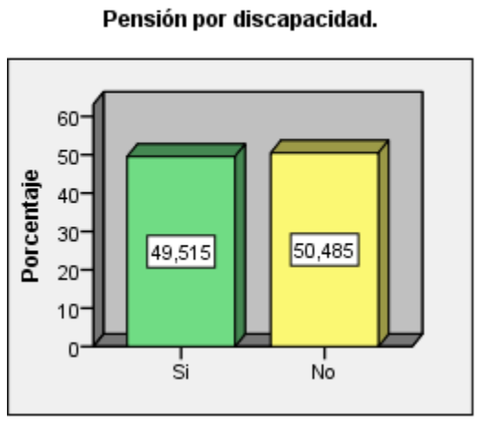
- **Figura 17: Grados de Discapacidad.**



Fuente: *Elaboración propia, 2013.*

El grado de discapacidad que presenta la mayoría de los encuestados es la discapacidad obvia o moderada, en parte, esto se debe a que los colegios con integración, solo pueden trabajar hasta discapacidad moderada; también destaca que la cifra de niños y adolescentes con discapacidad total, solo corresponde al 10,68%, esto se debe a que en los colegios es requisito que los estudiantes posean un grado mínimo de autovalencia. Según los datos aportados por la ENDISC (2004), en la región de Valparaíso existe mayor prevalencia de la discapacidad leve o mínima y en segundo lugar se encontraría la discapacidad obvia, por lo que se concluye, que los datos obtenidos en este estudio no mantienen relación con los datos regionales. No se consideró el Censo 2002, como criterio de comparación, esto porque en las preguntas correspondientes a discapacidad solo considera a las personas que poseen discapacidad total para realizar una función.

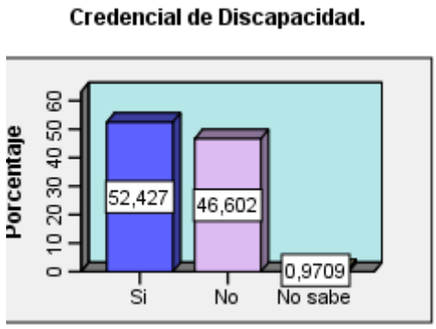
- **Figura 18: Gráfico pensión por discapacidad.**



La pensión por discapacidad a la que se hace referencia en este punto, es al subsidio por discapacidad intelectual para menores de edad, establecido en la ley 20.255 en su artículo 35. La mayoría de las personas entrevistadas poseen discapacidad intelectual por lo que debiesen acceder a este beneficio, no obstante se desconoce el puntaje en la ficha de protección social de los

sujetos, factor que podría explicar él porque, es mayor el número de las personas que no poseen pensión por discapacidad intelectual. Pero mediante la aplicación del instrumento se descubrió que la mayoría de los entrevistados no tiene conocimiento que puede acceder a este beneficio, es decir, existe desinformación en la población con discapacidad y en sus padres sobre los beneficios a los cuales pueden acceder.

- **Figura 19: Gráfico sobre la tenencia de credencial por discapacidad.**



Fuente: *Elaboración propia, 2013.*

La credencial por discapacidad, corresponde al instrumento oficial mediante el cual el Registro Nacional de la Discapacidad, reconoce que una persona tiene una o más discapacidades y el grado de estas, es decir, proporciona un catastro oficial sobre el número y tipo de discapacidades existentes en el país. En la figura 20, se aprecia que un porcentaje no menor, equivalente al 46, 602% de los encuestados no posee credencial, si a esta cifra se le suma el porcentaje de las personas que no saben si la poseen, el dato aumenta en un punto porcentual. De esta información se puede inferir, que al igual que en la pregunta anterior, existe un desconocimiento por parte de los usuarios sobre esta credencial y por otra parte, al realizar las encuestas, en los colegios con programa con integración, los estudiantes y los apoderados no se reconocen con discapacidad, por lo que no postulan a beneficios para personas con discapacidad, lo que tiene como consecuencia que en la comuna no exista un registro oficial del número de personas con discapacidad, ni del tipo y el grado de estas.

❖ **Cuadro 10: Tabla de contingencia: atención en salud según tipo de discapacidad.**

Centro de Salud	Tipo de Discapacidad							
	Física Motora	Psíquica Intelectual	Sensorial	Física y Psíquica	Física y Sensorial	Psíquica y Sensorial	Multi déficit	Tras. De la relación y la comunicación.
APS	Si: 1 No: 0	Si: 45 No: 0	Si: 5 No: 0	Si: 7 No: 3	Si: 1 No: 0	Si: 9 No: 0	Si: 5 No:10	Si: 16 No: 1
Especialidades hospital	Si: 0 No: 1	Si: 18 No: 27	Si: 4 No:1	Si: 3 No:7	Si: 1 No: 0	Si: 8 No:1	Si:4 No:11	Si:3 No:14
Centro privado	Si: 0 No:1	Si: 0 No:44	Si: 0 No:5	Si: 0 No:10	Si: 0 No:1	Si:1 No:8	Si: 0 No:15	Si: 0 No:17
Centro especializado discapacidad.	Si: 0 No:1	Si: 1 No:44	Si: 0 No: 5	Si: 0 No: 10	Si: 0 No:1	Si: 0 No:9	Si: 0 No:15	Si: 0 No: 17
Teletón	Si: 0 No:1	Si: 0 No:45	Si: 0 No:5	Si: 8 No:2	Si: 1 No: 0	Si: 1 No: 8	Si:14 No:1	Si: 0 No:17
Otro centro	Si: 0 No:1	Si: 0 No:45	Si: 0 No: 5	Si:1 No: 9	Si: 0 No:1	Si: 0 No:9	Si: 1 No:14	Si: 0 No:17

Fuente: *Elaboración propia, 2013.*

Según los datos obtenidos, mediante la aplicación del cuestionario, se obtuvo los resultados que se aprecian en el cuadro n°13, respecto al sistema de salud en el cual se atienden los niños, niñas y adolescentes con discapacidad. Las personas con discapacidad intelectual y trastornos de la relación y la comunicación, se atienden preferentemente en el sistema de atención primaria de salud y en especialidades del Hospital San Martín, esto se debe a que el Centro de salud Raúl Silva Henríquez, posee un programa especial para personas con discapacidad intelectual y no necesitan tratamientos complejos, ni tampoco infraestructura compleja para el tratamiento de la discapacidad, por otra parte personas que necesitan mayor cuidado e implementos médicos, una rehabilitación física, se atienden preferentemente en la Teletón de Valparaíso, la atención en centros privados no posee muchos usuarios.

En relación a las características socio demográficas de niños, niñas y adolescentes con discapacidad, de la zona urbana de la comuna de Quillota, solo se analizó las variables más relevantes, no el cuestionario total, antecedentes como la necesidad de rehabilitación y el acceso a esta, no fueron analizadas ya que los sujetos que señalan requerir rehabilitación, también afirman que la reciben, lo mismo ocurre con las ayudas técnicas, tampoco se consideró analizar la modalidad de enseñanza en la que estudian, esto porque en diseño metodológico se estableció que se encuestaría en igual proporción a estudiantes de enseñanza especial y con integración.

Las principales características que se pueden determinar con este estudio serían, que el tipo de discapacidad que tiene mayor prevalencia en el segmento estudiado es la discapacidad intelectual, seguida por el trastorno de la relación y la

comunicación, el grado de discapacidad que tiene mayor incidencia es la discapacidad obvia o moderada, los estudiantes con discapacidad psíquica y trastornos de la relación, reciben atención en salud mediante el sistema público, ya sea atención primaria o especialidades en el hospital, los estudiantes con discapacidad física y multi déficit, prefieren viajar a la teletón. El tipo de hogar mayoritario es el nuclear biparental cuya jefatura de hogar corresponde al padre, seguido de los hogares nucleares monoparentales con jefatura de hogar femenina.

Se debe mencionar, que esta investigación presenta un sesgo, esto debido a que se trabajo sólo con los colegios, no se consideró a los sujetos con discapacidad que no están escolarizados, por lo que la información obtenida no sería representativa de la realidad de la comuna, solamente lo será para los niños y adolescentes que están escolarizados.

Objetivo Específico 2: "Analizar la oferta existente en torno a la discapacidad en los centros de salud urbanos de la comuna de Quillota, en relación a las características de los usuarios que estos atienden".

- **Cuadro 11: Tabla de contingencia: personal según centro de salud.**

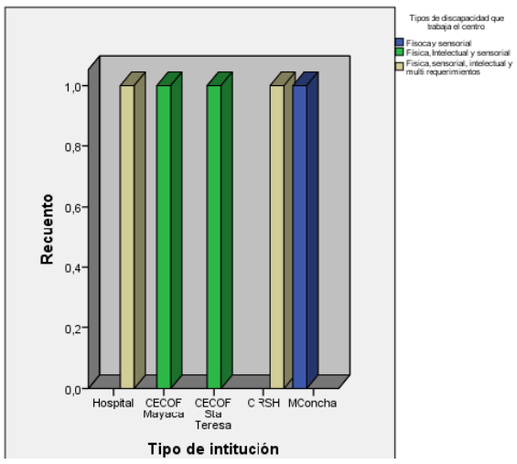
	CENTRO DE SALUD				
Profesionales.	Hospital	CECOF Mayaca	CECOF Sta. Teresita	Centro de Salud Raúl Silva Henríquez	Centro de Salud Miguel Concha
Kinesiólogo	Si.	Si.	Si.	Si	Si.
Neurólogo.	Si.	No.	No.	No	No.
Fonoaudiólogo	Si	No.	Si.	Si.	No.
Fisioterapeuta	Si.	No.	No.	No.	No.
Psicólogo	Si.	No.	Si.	Si	Si.
Terapeuta ocupacional	No.	No.	No.	No.	Si.
Psiquiatra	Si.	No.	No.	No.	No.
Pediatra.	Si.	Si.	Si.	Si.	No.

Fuente: *Elaboración propia, 2013.*

La tabla de contingencia precedente, da cuenta de los profesionales que se consideran especialistas en discapacidad y su presencia en los centros de salud. Los neurólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y psiquiatras son los profesionales más escasos, solo se encuentran presentes en un centro de salud, esta condición es negativa, dado a que una persona con discapacidad debe trasladarse a diferentes centros de salud para recibir atención, así como también la cantidad de profesionales es escasa para la demanda existente en la comuna, si se considera que la mayor cantidad de personas con discapacidad, presentan discapacidad intelectual, quienes requieren atención neurológica y psiquiátrica y estos profesionales solo trabajan en el hospital y es solo uno por especialidad, se

produce una sobre demanda del servicio, teniendo como consecuencia que no sean atendidas las necesidades de las personas con discapacidad oportunamente.

- **Figura 20: Gráfico: Tipo de discapacidad que trabaja cada centro de salud.**



Fuente: *Elaboración propia, 2013.*

En cuanto a con qué tipo de discapacidad trabajan los centros, se debe partir de la premisa, que todos los centros de salud pública deben asegurar el acceso oportuno a todas las personas sin importar su condición. El hospital y el Centro de salud Raúl Silva Henríquez, reconocen trabajar con todos los tipos de discapacidad, pero los CECOF solo admiten trabajar con discapacidad física, intelectual, pero no con multi défict, el Centro de salud Miguel Concha trabajan sólo con discapacidad física y sensorial, esto no significa que no atiendan a personas con otras discapacidades, sino que se especializan en un tipo especifico.

No se construirá un gráfico en relación a los grados de discapacidad con los que trabaja cada centro, esto es porque todos trabajan desde la discapacidad mínima o leve hasta la discapacidad total.

- **Cuadro12: Tabla de contingencia: sobre el tipo de rehabilitación que desarrollan los centros**.

	CENTROS DE SALUD				
Tipo de rehabilitación	Hospital San Martín	CECOF Mayaca	CECOF Sta. Teresita	Centro de Salud R.S.H	Centro de Salud Miguel Concha
Física/ motora	No	No	No	No	Si
Salud Mental	Si	Si	Si	Si	No
Sensorial	Si	No	No	Si	Si

Fuente: *Elaboración propia, 2013.*

Como se aprecia en la tabla precedente, en ninguno de los centros de salud se ofrece todos los tipos de rehabilitación, lo que significa que los usuarios deben trasladarse entre los distintos centros de salud en el caso que requieran más de un tipo de rehabilitación.

❖ **Cuadro 13: Tabla de contingencia: Programas orientados a prevenir la discapacidad.**

	CENTROS DE SALUD				
Programa	Hospital San Martín	CECOF Mayaca	CECOF Sta. Teresita	Centro de Salud R.S.H	Centro de Salud Miguel Concha
Salud visual.	Si	No	No	No	No
Detección del retraso Psicomotor.	No.	Si	Si	Si	No
Prevención del VIH/SIDA	Si.	Si	No	Si	No
Prevención del consumo de estupefacientes	No.	No	No	No	No
Atención a postrados.	No.	Si	Si	Si	Si.

Fuente: *Elaboración propia, 2013.*

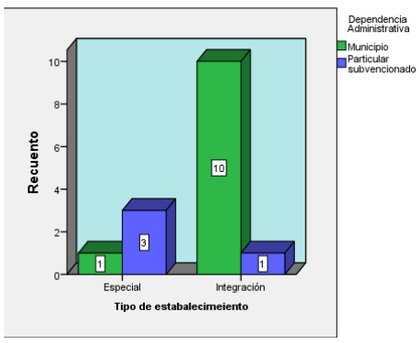
Los programas destacados en la tabla precedente son los más comunes a nivel nacional, que tienen relación con la prevención de la discapacidad, como puede apreciarse los programas no están presentes en todos los centros de salud, por lo que se infiere, que no todos los usuarios tienen la posibilidad de acceder a estos programas, lo que significa que estos programas no cumplan su objetivo de prevenir la discapacidad, esto debido a que no se produce la detección temprana de enfermedades que pudiesen resultar incapacitantes y la prevención de conductas que de igual modo pudiesen desembocar en discapacidades.

En síntesis, se puede resumir que los datos recogidos a través de las encuestas son los que se detallaron en las líneas precedentes, se recolectaron otros datos como el grado de discapacidad con que trabajan estos centros, pero no se elaboró un análisis detallado ya que todos los centros de salud indican, que atienden hasta discapacidad total, lo mismo ocurre con las ayudas técnicas todos las entregan mediante la modalidad GES.

Por lo tanto, se concluye que la oferta orientada a salud en los centros urbanos de la comuna de Quillota, no está en relación con las características socio demográficas de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, esto porque no existe el número de profesionales suficiente para cubrir la demanda existente.

Objetivo Especifico 3: "Analizar la oferta existente en torno a la discapacidad en los centros educacionales urbanos de la comuna de Quillota, en relación a las características de los usuarios que estos atienden".

➢ **Figura 21: Gráfico: Modalidad de enseñanza según dependencia administrativa.**



Fuente: *Elaboración Propia, 2013.*

En relación a la dependencia administrativa, los colegios con integración en su mayoría dependen del municipio, no así los colegios especiales donde la mayoría son particulares subvencionados, solo existe un colegio especial dependiente del municipio, por lo que se infiere que el municipio de la comuna ha centrado su esfuerzo en los cole-

gios con programa de integración y no en los colegios especiales.

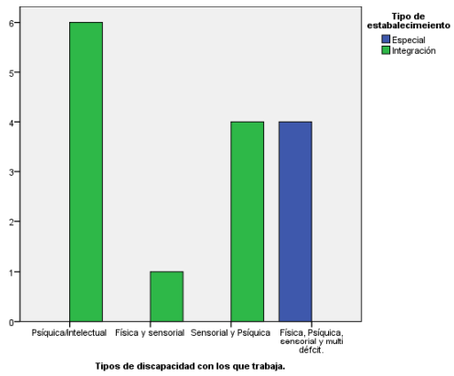
- **Cuadro 14: Tabla de contingencia personal especializado en discapacidad en los centros educacionales**.

	Modalidad de enseñanza	
Profesional	Especial	Integración
Educadora Diferencial	Si: 4 No:0	Si: 11 No: 0
Kinesiólogo	Si: 4 No:0	Si: 0 No: 11
Terapeuta Ocupacional	Si: 2 No:2	Si: 9 No: 2
Psicopedagogo	Si: 0 No:4	Si: 10 No: 1
Interprete de Lengua de señas	Si: 4 No:0	Si: 3 No:8
Fonoaudiólogo	Si: 4 No:0	Si:11 No: 0
Psicólogo	Si: 3 No:1	Si:11 No: 0

***Fuente**: Elaboración propia, 2013.*

Se puede apreciar, que los colegios especiales prescinden de los terapeutas ocupacionales y psicopedagogos, mientras colegios con integración lo hacen con los kinesiólogos, esto es porque el programa con integración está enfocado en la enseñanza y no en la rehabilitación, por otra parte la mayor demanda a estos colegios es de estudiantes con discapacidad intelectual, por lo que concentrar profesionales que tengan que ver con esa área.

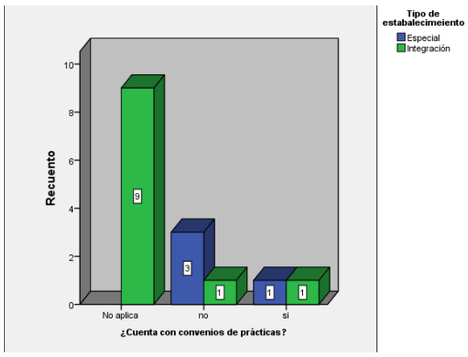
- **Figura 22: Gráfico sobre el tipo de discapacidad que trabajan los establecimientos educacionales.**



Los colegios con integración no trabajan todos con el mismo tipo de discapacidad como se aprecia en la figura 23, algunos colegios trabajan solo con discapacidad psíquica o intelectual, otros con sensorial y psíquica, en cambio los colegios especiales trabajan con todos los tipos d discapacidad, incluyendo los multi défict.

***Fuente:** Elaboración propia, 2013.*

➢ **Figura 23: Gráfico: Convenio prácticas para los estudiantes.**



Fuente: *Elaboración propia, 2013.*

En relación a los convenios que cuentan los establecimientos con empresas para que los estudiantes realicen sus prácticas se aprecia que solamente dos establecientes, uno especial y uno con integración cuentan con este convenio, esto denota, que en la comuna hace falta sensibilización para poder establecer este tipo de alianza, dado que los colegios han tratado de generar lazos con los empresarios pero no ha sido posible. La barra "no aplica" se refiere a establecimientos de educación básica.

Otros antecedentes que se pueden mencionar, en relación a esta área es que en relación al grado de discapacidad, los colegios especiales trabajan hasta discapacidad total, los colegios con programa de integración por decreto solo pueden trabajar hasta discapacidad moderada.

En síntesis, se puede argumentar que existe una oferta en educación en torno a la discapacidad, tanto el sistema público como privado y en las modalidades de integración y especial, según las características y necesidades de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad de la comuna.

4.2) Análisis Cualitativo de datos.

Antecedentes Preliminares.

En el presente subcapítulo, se procederá al Análisis e Interpretación de la información recabada mediante la aplicación de las entrevistas en profundidad declaradas en el capítulo precedente. Se realizaron 16 entrevistas, de las cuales 9 corresponden a los familiares de niños, niñas y adolescentes con alguna discapacidad, 4 a profesionales del área educacional que trabajen con discapacidad (2 educación con integración y dos educación especial), 2 a profesionales del área salud que trabajen con discapacidad y una a un representante de la autoridad política de la comuna. Las entrevistas mencionadas se realizaron entre el mes de julio y el mes de octubre del presente año. Dicho análisis se realizará en concordancia con los objetivos y categorías planteados en el capítulo denominado Marco Metodológico.

Análisis de la percepción de los usuarios en relación la oferta existente en torno a la discapacidad en los centros de salud y educación urbanos de la comuna de Quillota.

❖ **Cuadro 15: Descripción de los entrevistados.**

Fecha Entrevista	Participante	Relación sujetos de interés.	Tipo de discapacidad sujeto de interés	Edad sujeto De interés	Sexo	Tipo establecimiento educacional	Contexto de la entrevista.
10/07	Informante 1	Madre	Multi déficit	18	M	Especial Particular subvencionado	Las entrevistas se realizaron a los padres de niños, niñas y adolescentes con algún tipo de discapacidad, que han hecho uso por un periodo mínimo de seis meses de los servicios de salud y/o educación y que han manifestado su voluntad de participar en el estudio. Las entrevistas se realizaron de manera individual a cada sujeto de forma aleatoria y primando la voluntad de someterse al instrumento.
30/09	Informante 2	Madre	D.I Moderado	8	F	PIE Particular subvencionado.	
08/08	Informante 3	Padre	D.I Moderado, Def. auditiva severa	7	M	Especial Particular subvencionado	
10/08	Informante 4	Madre	Trastorno del espectro autista	15	M	PIE Municipal.	
24/09	Informante 5	Madre	D.I Severa	17	M	Especial Particular subvencionado	
26/09	Informante 6	Madre	D.I Severa (Síndrome de down)	14	F	Especial Municipal	
12/09	Informante 7	Madre	Discapacidad visual severa	17	F	PIE Municipal	
02/08	Informante 8	Madre	Multi déficit	12	M	Especial Particular subvencionado	
10/07	Informante 9	Madre	D.I Moderado	17	F	PIE Municipal.	

Fuente: *Elaboración propia, 2013.*

Análisis Cualitativo por objetivos específicos.

Objetivo Específico 4: "Conocer la percepción de los usuarios, en relación la oferta existente en torno a la discapacidad en los centros de salud urbanos de la comuna de Quillota."

- **Categoría: Concepto de discapacidad.**

Se da inicio a las entrevistas poniendo énfasis en el concepto de discapacidad, ya que para poder determinar con exactitud cuál es la percepción que tienen los usuarios de los servicios de salud y educación orientados a discapacidad, es necesario conocer lo que comprenden por este fenómeno, ya que al cambiar el significado del concepto, varía también la percepción de la oferta programática en el caso de haber servicios orientados a discapacidad que ellos no los consideran en este tópico por no encajar con la definición que ellos manejan, en síntesis, es necesario establecer la concepción de discapacidad de cada entrevistado para poder entender y contextualizar la percepción que estos tienen de la oferta existente orientada a esta problemática.

De los nueve informantes entrevistados, se aprecia claramente una visión negativa del concepto de discapacidad, solo desataca el informante 2 quien hace alusión a un concepto más positivo y moderno.

Se pueden distinguir frases como las siguientes:

> *"La discapacidad es no poder hacer lo que los demás hacen" (Inf.1)*
>
> *"La discapacidad es tener limitaciones" (Inf. 5)*
> *"Son personas con un impedimento que no les permite desarrollar su vida de una forma normal" (Inf. 7)*
> *"La discapacidad es una enfermedad" (Inf 8)*
>
> *"Discapacidad es tener un niño que depende 100% de mi, que nunca va a pode tener una vida normal, ser discapacitado es ser impedido" (Inf. 9)*

Como se puede apreciar, la mayoría de los informantes entrevistados ven la discapacidad como un estado de salud negativo, el cual no permite la realización de actividades "normales", esta concepción de discapacidad se asocia claramente con la propuesta por la OMS en 1980, donde discapacidad es toda restricción o impedimento del funcionamiento de una actividad, ocasionados por una deficiencia, en la forma o dentro del ámbito considerado normal para un ser humano, definición que por lo cierto, ya está obsoleta dado a que no considera al entorno como un elemento dicapacitante, lo mismo hacen los padres de los niños de este estudio estableciendo que la discapacidad corresponde a la carencia que presenta el niño, desvinculando esta condición de las trabas naturales del ambiente como causa del problema. Esta concepción de discapacidad, se relaciona con el modelo rehabilitador de discapacidad, en el que la discapacidad se mueve en el continuo salud-enfermedad, ligado a los grados más severos de esta y en las capacidades que posee el sujeto para rehabilitarse y realizar las funciones que en la sociedad se

consideran normales y no en los elementos y factores del medio y la sociedad que influyen directamente en la integración plena de las personas con discapacidad.

Respecto al concepto de discapacidad que se maneja en la comuna se obtiene lo siguiente.

> *"En la comuna no creo que haya un único discurso sobre discapacidad, pero el que más resalta es basado en la ignorancia (…) creo que hay mucha discriminación" (Inf. 3)*
> *"Es difícil saber qué es la discapacidad en la comuna porque donde tú vas tienen una idea diferente(…) Yo creo que no hay una definición de discapacidad en la comuna y eso es lo peor, porque si fuera una visión negativa tu sabes con lo que te vas a encontrar en los diferentes lados pero así no po"(Inf. 6)*

Según la percepción de los entrevistados en la comuna de Quillota, no existe claridad en lo que es la discapacidad, lo que tiene como consecuencia directa un desconocimiento general respecto a las líneas de acción que ésta tiene respecto al tema. Lo que los sujetos perciben del concepto de discapacidad, es que es discriminador, por otra parte, al no tener certeza de lo que es la discapacidad, también hay inseguridad de cómo van a ser tratados en las distintas instituciones públicas, así, esta concepción negativa de discapacidad genera necesariamente una influencia directa referente a la percepción de la oferta programática existente en la comuna, esto es un problema que tiene un origen macro, es decir, como país no se nos enseña que es la discapacidad, las personas no están acostumbradas a convivir con este fenómeno y lo más cercano que comúnmente se conoce es la Teletón entonces ese concepto de dependencia y hasta de lástima es el que se va reproduciendo en la sociedad.

Categoría: Oferta Pública orientada a discapacidad en la comuna

Esta pregunta está orientada a conocer la percepción en general de cómo está siendo abordada la discapacidad en la comuna, y apreciar si los informantes en sus discursos nombran el tópico salud o pasa desapercibido.

El 100% de los entrevistados reconoce no saber qué es lo que se está haciendo por la discapacidad en la comuna, y si se está haciendo algo, esto no se manifiesta de manera evidente, es decir, existe un total desconocimiento de la oferta pública en discapacidad.

> *"Mira, yo en la comuna no lo tengo claro, porque me atiendo en la teletón" (Inf.1)*
> *"Yo no sé qué es lo que están haciendo porque no se nota"(Inf.4)*

Ahora bien, referido específicamente a salud, solo tres informantes hacen mención a esta área y solo uno de forma positiva, este informante dice recibir la atención que requiere, los demás sujetos hacen una crítica superficial al área en estudio.

"En salud faltan especialistas.(Inf.6)

"Acá se trata de dar lo básico a los chiquillos como salud, educación, pero esos son derechos básicos para todas las personas"(Inf.3)

"Yo viajo a la teletón porque acá no encuentro lo que mi hijo necesita".(Inf.9)

Las opiniones emitidas no hacen referencia a una concepción negativa, pero tampoco profundizan en los detalles del porqué esta percepción, esto es consecuencia del desconocimiento de los programas existentes orientados a discapacidad.

- **Categoría: Oferta en Salud orientada a Discapacidad.**

En relación a la primera pregunta, el 100% de los entrevistados respondió no conocer cuál es la oferta pública orientada a discapacidad en el sector público, y al hacerles la contra pregunta de por qué no conocen los programas existentes, la respuesta general es: "por qué no hay", esta respuesta tiene una relación directa con el concepto de discapacidad manejado por los entrevistados el cual está ligado a las discapacidades más severas, además en la realización de las encuestas y como se describió en el subcapítulo precedente, la mayoría de las personas con discapacidades leves o moderadas no se reconoce como una persona con discapacidad, lo que significa que hacen uso de los programas de salud orientados a discapacidad, tales como salud mental, programa de déficit de aprendizaje pero no lo saben, ya que no se consideran en esta situación de discapacidad.

Otra falencia que se repite en las entrevistas realizadas, es la falta de especialistas infantiles en la comuna, y que a causa de este problema la periodicidad de los controles de los niños es muy lejana.

"*Yo creo que faltan especialistas, un neurólogo infantil es 100% necesario" (Inf.3)*

"Acá hay una deficiencia de médicos especialistas, neurólogo infantil, psiquiatra infantil (…) a los niños los debieran ver todos los meses, pero solo los vienen a ver solo una vez al año" (Inf.4)

"Lo negativo es que mi hijo hace mucho que no tiene control con psiquiatra, como 10 meses, solo retiro las pastillas" (Inf.5).

La salud pública en Chile ha sido históricamente cuestionada por la falta de especialistas y la demora en la atención y las listas de espera que se vuelven eternas, lo que significa que la percepción de los usuarios desde antes del uso de los centros de salud de la comuna está influenciada por el prejuicio que acarrea el sistema público de salud.

Sin embargo, la percepción de la oferta pública en salud orientada a discapacidad basada en el prejuicio que posee el sistema público se puede aplicar a las personas que no han hecho uso de este sistema y basan su opinión en ese prejuicio, pero en este caso, las opiniones precedentes corresponden a personas

que si han hecho uso de los servicios públicos y hablan desde su propia experiencia.

La falta de especialistas infantiles, especialmente neurólogos y psiquiatras, es una falencia que reconocen gran parte de los entrevistados, teniendo como consecuencias para el grupo objeto de estudio, la periodicidad de las atenciones y los controles médicos con neurólogos y psiquiatras infantiles, es de conocimiento general que los exámenes y diagnósticos médicos tienen una duración máxima de seis meses, entonces, si los controles médicos con especialistas son cada un año, se puede deducir que la atención que se les está dando no es en lo absoluto la adecuada, sobre todo en lo referido a la medicación de los usuarios, por último, otro factor importante que es consecuencia de esta carencia, son los errores en los diagnósticos de los niños.

> "*Y el problema más grave es cuando te dan el diagnóstico, que muchas veces está equivocado, son profesionales como no van a saber, entonces uno pierde tiempo valioso al no saber el diagnóstico real de tu hijo*"

De los entrevistados, los que hacen uso del servicio de especialidades del hospital San Martín muestran conformidad con el servicio recibido.

En síntesis, se puede estipular que en forma generalizada existe un desconocimiento por parte de los entrevistados respecto de la oferta existente en los centros de salud urbana orientada a discapacidad, esto, a consecuencia del concepto de discapacidad que los informantes manejan, ya que lo asocian a las discapacidades más severas. Por otra parte, existe consenso respecto a la falta de especialistas tales como psiquiatras y neurólogos infantiles, lo que tiene como consecuencia directa la poca periodicidad en los controles de los niños y adolescentes con discapacidad, además de la entrega de diagnósticos errados, lo que genera una pérdida de tiempo valiosa en el tratamiento de las patologías.

Por lo tanto, se pude aseverar que según la opinión de los usuarios, la oferta programática orientada a discapacidad en los centros de salud urbanos, no está acorde con las características y necesidades de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad de comuna.

Objetivo Especifico 5: *"Conocer la percepción que poseen los usuarios, en relación a la oferta que existe en torno a la discapacidad en los centros educacionales urbanos de la comuna de Quillota"*

Categoría: Oferta en Educación y Discapacidad.

La mayoría de los sujetos entrevistados reconoce la existencia de la modalidad de enseñanza especial y la modalidad con integración, pero sin conocer exactamente a que se refiere cada modalidad.

El análisis que a continuación se realiza, se dividirá en dos puntos, se analizará en primer lugar que es lo que entienden los apoderados de los colegios especiales, y posteriormente lo que entienden los apoderados de los colegios con integración.

De los cinco apoderados de los colegios especiales entrevistados, solo uno conoce la diferencia existente entre un colegio especial y uno con integración, los otros cuatro, si bien reconocen la existencia de los colegios con integración, no saben cuál es la función que estos realizan, y, por lo tanto, no pueden establecer cuál es la diferencia existente.

> "La verdad es que yo no tengo conocimiento de más colegios para niños así, a mi me derivaron de la Teletón para acá, así que no se que otros colegios hay"(Inf.6)

> "La verdad es que desconozco lo que son los colegios con integración, no sé qué es lo que hacen, los colegios especiales son para niños con discapacidades motoras, físicas, intelectuales, sensoriales" (Inf.4)

> "Los colegios especiales se llaman así porque son para niños que tienen problemas quinésicos más graves y de los colegios con integración he escuchado opiniones de que no son tan integración como dicen, que hay mucha discriminación por parte de los profesores".(Inf.1)

En lo referente a los colegios especiales, reconocen la orientación que poseen estos, ya que al ser usuarios de este tipo de institución, conocen lo que entregan, no hay opinión respecto a la labor de los colegios con integración debido al desconocimiento, solo en la informante 4 se aprecia una crítica negativa hacia esta modalidad de enseñanza basada en opiniones de terceras personas, quienes ven una actitud discriminatoria en los profesores de la educación regular.

El informante 3 establece que las diferencias en las dos modalidades de enseñanza son las siguientes:

> "*La diferencia está en el tipo de discapacidad con las que trabajan, los con integración se hacen cargo de las discapacidades leves a moderadas, donde el niño puede integrase a una sala común y los colegios especiales trabajan con niños con discapacidades permanentes y más severas y también realizan un trabajo más bien integral con los estudiantes"*

Esta opinión fue la única de todos los apoderados de colegios especiales entrevistados que sabía cuál es la diferencia entre un colegio especial y uno con integración, pero como se señaló anteriormente, este sujeto conoce esta diferencia debido a que se informó por sus propios medios.

En lo referente a los entrevistados que son apoderados de los colegios con programa de integración, todos conocen la diferencia de manera más o menos acertada entre un colegio especial y uno con integración.

> *"Los colegios especiales son para los discapacitados y los con integración son para los niños que tienen alguna dificultada par aprender"(Inf.2)*

> *"Los colegios especiales son para niños que tienen deficiencias mayores, que no pueden integrarse a un colegio normal y el con integración es para niños que tienen dificultades pero no tan graves, que necesitan una atención más personalizada, pero que con ayuda pueden realizar una vida normal".(Inf.4)*

En estos dos fragmentos se puede apreciar claramente la influencia del concepto de discapacidad predominante, con un marcado enfoque médico, donde la discapacidad es vista desde lo que es normal para la mayoría, es decir si la persona puede o no realizar ciertas actividades que para la mayoría de las personas son consideradas como normales esa persona posee una discapacidad. Si bien, es correcto afirmar que los colegios especiales trabajan con estudiantes con discapacidades más severas, no es correcto afirmar que los con integración no trabajan con discapacidad, ya que los estudiantes que poseen necesidades educativas permanentes, son personas con discapacidad y en ambas apreciaciones los apoderados entrevistados tratan de desmarcar a sus hijos de la discapacidad, sus hijos tienen un problema, pero no es discapacidad, aun cuando este se encuentra diagnosticado, ya que es requisito para estar en el programa PIE, entonces, al no reconocerse como personas con discapacidad tampoco acceden a los beneficios existentes, o si bien existen, no los consideran como orientados a discapacidad porque ellos o sus hijos no están bajo este criterio. En lo antes expuesto hay una falencia quizás en la entrega o aceptación del diagnostico de los estudiantes, falta de información de parte de los apoderados de los que es el PIE, ya que no hay un reconocimiento de la discapacidad.

En relación a la labor que realizan los establecimientos educacionales que trabajan con discapacidad, es una opinión generalizada de los entrevistados que estos realizan una buena labor y que en muchos casos llenan vacíos que no les corresponde, se destaca de voz de los entrevistados la labor realizada por los colegios especiales por sobre la labor desarrollada por los colegios con integración.

> *"Yo creo que realizan una buena labor, sobre todo los colegios especiales, que están supliendo labores que quizás les corresponden al municipio" (Inf.3)*

> *"Es un buena labor, aunque faltan los recursos yo creo para entregarle una mejor tención a los niños que tienen menos capacidades" (Inf.5)*

> *"Es una excelente labor, porque al final, el colegio es la única parte donde los niños están ralamente integrados" (Inf.6)*

> *"Yo creo que es una buena labor o si no los niños de los colegios especiales tendrían que estar en sus casas, porque en los colegios normales no los recibirían y los del PIE sin este programa estrían repitiendo y repitiendo".(Inf.7)*

Como se explicó en el primer párrafo se reconoce como positiva la labor desarrollada por los establecimientos educacionales, pero como se aprecia en la opiniones expuestas arriba, los establecimientos orientados a discapacidad son una necesidad ya que sin estos los niños con discapacidad severa no tendrían acceso a la educación y los niños con discapacidad intelectual leve o moderada al no existir el programa de integración escolar en el sistema regular no contarían con el apoyo complementario de psicopedagogos, psicólogos, educadores diferenciales necesarios para su integración al sistema escolar regular y serían estudiantes con una tasa de repitencia elevadísima.

Por lo que se estima que ambas modalidades con sus ventajas y desventajas son necesarias y realizan una buena labor desde el punto de vista de los entrevistados.

Entre los apoderados tanto de los colegios con integración y especiales, en relación a los elementos en que se fijan para seleccionar el colegio al cual asistirá su hijo, las respuestas entregadas a esta pregunta tienen un alto grado de coincidencia.

> *"En el acceso, en la infraestructura y que sea un colegio puertas abiertas" (Inf.1)*
>
> *"Que lo acojan bien, que le den una buena atención, que sea un colegio abierto, que lo traten con dignidad, y que se les respeten sus capacidades especiales" (Inf.3)*
>
> *"Que lo acojan, porque anduvo en todos los colegios particulares subvencionados y en todos me decían lléveselo, lléveselo" (Inf.4)*
>
> *"En la infraestructura del colegio y en lo que le podrían entregar"(Inf.5)*
>
> *"En que lo acepten, lo traten bien y le entreguen una educación integral" (Inf.6)*
>
> *"Que la acepten, que la integren sin discriminación y que pueda salir con una profesión" (Inf.7).*
>
> *"Que se sienta acogida, que hayan pocos niños y que le pongan exigencias muy grandes"(Inf.8)*

Llama la atención que la mayoría de los entrevistados no nombra elementos tales como calidad en la educación, calidad de los profesionales de la institución, reconocimiento académico, infraestructura, elementos que en general son considerados esenciales por la mayoría de las personas a la hora de seleccionar el establecimiento educacional de su hijo, pero en este caso estas características no ocupan un lugar relevante dentro de los criterios expuestos por los apoderados, por el contrario resaltan características tales como la acogida, aceptación, no discriminación y respeto a las capacidades especiales de sus hijos, es decir, es para ello más importante la emocionalidad del niño que la calidad en la educación, a raíz de estas prioridades que establecen los apoderados hacen surgir varias interrogantes que son preocupantes ¿estamos en una sociedad tan desigual, donde hay buscar la aceptación, la inclusión y el respeto a las diferencias y la no discriminación, bajo cualquier costo? ¿Hay que tranzar calidad en la educación con

aceptación?, hay que dejar en claro que acá no se está diciendo que los establecimientos educacionales orientados a discapacidad de la comuna de Quillota no son de calidad, sino que para los apoderados esto pasa a ser un factor secundario a la hora de seleccionar el establecimiento educacional de sus hijos, ya que han sentido la discriminación de de la sociedad y por eso buscan proteger a sus hijos, ese es el factor más importante, factor que no debiese ser considerado ya que todos los establecimientos educacionales debiesen ser accesibles, promover y practicar la aceptación de las diferencias y la no discriminación, estas características no debiesen ser buscadas por los apoderados porque debiesen existir y si es un establecimiento educacional su preocupación principal tendría que ser la educación integral que entregan y no la aceptación.

- **Categoría: Áreas en torno a la discapacidad que deben ser mejoradas en la comuna de Quillota.**

Esta última pregunta se les realizó a los informantes con el fin de confirmar la información entregada por los entrevistados, esto quiere decir, que a partir de esta pregunta se verá si las áreas salud y educación orientados a discapacidad son considerados por los entrevistados como temas que necesitan ser mejorados en un corto plazo en la comuna y a la vez ver si existen nuevas temáticas a abordar que puedan enriquecer este estudio.

En lo referente al área salud destacan los siguientes temas

> *"En salud hay que mejorar el tema de los especialistas infantiles como psiquiatras y neurólogos" (Inf.3)*

> *"Es importante mejorar el tema del diagnóstico temprano para no perder tiempo valioso" (Inf.8).*

> *"Lo otro es entregar apoyo psicológico a las familias" (Inf.9)*

En el área salud estas son las temáticas donde existe mayor saturación de información y según lo analizado anteriormente puede verse claramente que existe una congruencia entre lo expresado con anterioridad por los entrevistados, es decir, las criticas antes mencionadas son consideradas por los informantes como temáticas urgentes que necesitan ser mejoradas en la comuna.

En cuanto al área educación, resalta la problemática de la continuidad de estudios y oferta laboral para los estudiantes que terminan su ciclo estudio, esta problemática emerge con fuerza en la mayoría de los entrevistados.

> *"Lo que yo veo en los niños más grandes es el tema del trabajo, porque salen del laboral y no tienen para donde ir" (Inf.3)*

> *"Y el tema de la continuidad porque mi hijo está en octavo y no se donde llevármelo, ese es mi gran problema"(Inf.4)*

Como puede apreciarse acá resaltan dos temas uno es de los estudiantes que salen de los colegios especiales con un oficio, preparados para la vida y el trabajo y no tienen oportunidad de ingresar al mundo laboral, por falta de preparación, por falta de convenios, de oportunidades de empleo protegido. Y el otro aspecto es el de los estudiantes de los PIE que la mayoría de los colegios son de educación básica y se considera que por ley existe un máximo de estudiantes por curso con discapacidad, 5 transitorios y dos permanentes, queda expuesto que existe un desequilibrio entre la cantidad de estudiantes que salen de la enseñanza básica, más los repitentes, los colegios con enseñanza media municipales con integración no dan abasto para suplir la demanda, es cierto que igual pueden recibir a estos estudiantes pero estarían sin resolución, lo que significa un desmedro en la atención que reciben, ya que los especialistas como psicólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogos se les paga por hora trabajada, por lo que no podrían atender a los estudiantes sin resolución.

Otros temas emergentes son: el transporte tanto comunal como interurbanos, la infraestructura de la comuna, estacionamientos para personas con discapacidad, poca disponibilidad de la oferta programática orientada a discapacidad, la integración e inclusión real de las personas con discapacidad a la sociedad y la educación y sensibilización de la población hacia la discapacidad. Todos estos temas han sido considerados ya que se dio el fenómeno de saturación de la información.

❖ **Cuadro 16: Características emergentes de la percepción de los usuarios de la oferta programática en torno a la discapacidad existente en los servicios de salud y educación urbanos de la comuna de Quillota.**

Concepto de Discapacidad	- El concepto de discapacidad que se percibe que existe en la comuna, corresponde a un marcado enfoque médico, ligado al modelo rehabilitador, donde la persona es responsable de su rehabilitación y debe acceder a esta para poder desarrollar las actividades que son normales para la mayoría de las personas para de esta forma poder integrarse a la sociedad.
Oferta en Salud	- Existe una falta de especialistas infantiles tales como psiquiatras y neurólogos, lo que tiene como consecuencia l falta de controles de los usuarios, entrega de diagnósticos errados y la no detección temprana de las discapacidades. - Existe poca o nula información sobre la oferta orientada a discapacidad en el área salud. - Es necesario desarrollar programas de apoyo psicosocial para los familiares de las personas con discapacidad.
Oferta en Educación	- Existe mayor reconocimiento de la labor realizada por los colegios especiales que los con integración.
Otras temáticas emergentes	- Es necesario desarrollara estrategias para mejorar la incorporación al ambiente laboral de las personas con discapacidad egresados de los colegios especiales y con integración. - El transporte comunal e interurbano es deficiente y discriminador. - Es necesario educar a la población sobre la discapacidad, para de este modo lograr la sensibilización de la comunidad.

Fuente: *Elaboración propia, 2013.*

Visión que tiene el equipo de profesionales y técnicos de los centros de salud urbanos de la comuna de Quillota, en relación a la oferta existente en torno a la discapacidad.

Cuadro 17: Descripción de los entrevistados área salud.

Fecha	Sujeto	Sexo	Profesión	Centro de salud	Contexto de la entrevista.
14/08	Sujeto 1	F	Kinesióloga	Centro de salud doctor Miguel Concha.	Las entrevistas fueron realizas entre agosto y septiembre del presente año de forma individual a cada participante, el requisito de los participantes ser técnico o profesional con una antigüedad mínima de 6 meses de trabajo en el centro de salud.
09/09	Sujeto 2	F	Asistente Social	Hospital San Martín	

Objetivo Especifico 6: "Conocer la visión que tiene el equipo de profesionales y técnicos de los centros de salud urbanos de la comuna de Quillota, en relación a la oferta existente en torno a la discapacidad."

Categoría: Concepto de discapacidad.

En relación al concepto de discapacidad que predomina en la comuna, las entrevistadas argumentaron lo siguiente.

> *"Aunque existen varios enfoques de discapacidad yo creo que todavía no se posesiona el hecho de ser una persona con derechos y se le ve como discapacitada, no como una persona en situación de discapacidad, no hemos evolucionado todavía a ese nivel, porque todos en algún momento somos discapacitados y en la concepción anterior la persona está discapacitada" (S1).*

Lo primero que destaca la profesional es que no existe una visión unificada de lo que es la discapacidad en la comuna, reconociendo que aun no se instala o no se conoce el modelo social de discapacidad en la comuna, sino que prima el enfoque del modelo médico rehabilitador donde la discapacidad es un problema de la persona que la padece y no de la sociedad que la limita.

> *"Como comuna no existe una definición, una forma única de ver la discapacidad, pero para todos es algo desconocido hasta que les toque vivirlo de cera, si tú no te relacionas directamente con la discapacidad no tienes idea de lo que es, de lo que significa vivir con una o varias discapacidades" (S2)*

La segunda entrevistada coincide en decir que la comuna no posee una visión oficial o única de los que es la discapacidad y por la mayoría de las personas sigue siendo algo lejano y que no existe una concienciación de lo que es y lo que significa ser una persona con discapacidad, que es un tema reservado para las personas que trabajan en directa relación con esta problemática.

Categoría: Oferta pública en Discapacidad.

En relación a como esta siendo la abordada la discapacidad desde la oferta pública, se obtiene la siguiente información.

> *"En forma incompleta por que la persona con discapacidad no es vista como sujeto de derecho, usamos lenguajes incorrectos yo creo que todavía no estamos acostumbrados a la integración, yo creo que falta mucho en la parte escolar pero sobretodo en la laboral".(S1)*

Se reconoce que la oferta programática orientada a discapacidad no es suficiente, la profesional destaca que en el área más débil es educación, sobre todo lo referido a la inserción laboral de las personas con discapacidad. Lo interesante de esta afirmación es que la entrevistada no solo da a conocer su opinión sobre el estado de la oferta programática orientada a discapacidad, también hace un juicio de porque es incompleta la forma en que está siendo abordada esta temática, según ella esto se debe al concepto de discapacidad que predomina en la comuna, donde las personas con discapacidad no se les reconocen derechos y al no haber un reconocimientos no se trabaja en la difusión ni concientización respecto a estos.

> *No es suficiente lo que hay, en salud, en educación, en vivienda, en transporte, nosotros como programa tenemos una demanda excesiva para los profesionales que somos. No es suficiente lo que hay" (S2)*

La entrevistada reconoce que la oferta programática orientada a discapacidad no es suficiente para cubrir la demanda existente, existe una carencia de profesionales.

Categoría: Salud y discapacidad.

Al evaluarlos programas del área salud orientados a discapacidad, las entrevistadas responden lo siguiente.

> ***"****Yo creo que todos están dando su máximo posible, pero nos faltan recursos, nos faltan profesionales sobretodo en las especialidades, nos falta ir más a la comunidad, porque son programas que trabajan todavía mucho desde el centro, desde los consultorios entonces nos falta ir a la comunidad y ver a la persona más como sujeto de derecho que puede elegir y nosotros como profesionales trabajar con la persona o sea una atención más cercana mas individualizada" (S1)*

> *"Yo creo que están en relación a las características o necesidades de los niños en la medida de que existe una opción para cada patología, programas específicos y focalizados según edades, pero no es suficiente, se necesitan más recursos, mas profesionales para visitar a los postrados, para entregarle ayuda en leche en pañales a las mamitas que no tienen, falta mucho" (S2)*

En lo referente a los programas, existe un reconocimiento de la labor que realizan los profesionales en los diferentes centros de salud, el trabajo que ellos deben realizar se encuentra restringida por las funciones y los recursos que la institución les permite, destacan que, lo que aminora la calidad del servicio y también la cobertura que estos entregan es la carencia de recursos, problema que

no tiene una solución a corto plazo, la carencia de recursos no permite la contratación de especialistas en estos centros de atención primaria, lo que tiene como consecuencia que exista una sobre demanda de los especialistas que trabajan en el servicio de especialidades del hospital, esto también se ve reflejado en el acceso a exámenes complejos donde los tiempos de espera para acceder a estos, son prolongados lo que provoca dos fenómenos, uno es que las personas deban esperar mucho tiempo por una tención que muchas veces es urgente y lo otro es que se genera una migración al sistema privado, pero esto solo de las personas que pueden acceder económicamente a él.

Otro punto de acuerdo entre las entrevistadas es la necesidad de trabajar la discapacidad con un enfoque más comunitario, así como también llevar la atención de salud hacia los pacientes, potenciando el programa de atención a postrados.

En síntesis, se considera que la oferta pública es insuficiente apara las necesidades de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, le falta a ampliar su cobertura y llevar la atención de salud hacia la comunidad.

Otro punto a analizar en esta categoría, es la visión ideal o lo que las profesionales esperan, de cómo debiese ser abordada la discapacidad de niños, niñas y adolescentes en el área salud.

> *"Yo creo que lo primero para ver cómo abordar la discapacidad o focalizar programas hay que saber cuánta es la necesidad, porque yo no sé cuanta es, porque ahora lo que es la parte física hay una oferta que es el CCR y los profesionales están preparados para hacer adecuaciones en los colegios, pero pareciera ser que la demanda hacia nosotros no es tanta porque no sé si van hacia otros programas o no existe esa necesidad, entonces me cuesta ver como que sería lo ideal, pero así a priori diría que…, o bien es algo que no conocemos porque, en lo que estamos deficientes yo creo que es en los niños postrados porque no están recibiendo todo lo que deberían"(S1)*

Según la profesional existe un total desconocimiento acerca del estado de la discapacidad de niños, niñas y adolescentes en el centro de salud en el cual ella se desempeña, lo mismo respecto a la demanda que poseen otros centros o programas, este desconocimiento denota a su vez también una falta de coordinación en la red salud, la no existencia de una retroalimentación o de un trabajo colaborativo entre los profesionales, al no contar con la información de las características y necesidades de los niños no se puede en primer lugar, evaluar si la oferta existente en salud está acorde con las necesidades de la población objeto y tampoco se puede generar una propuesta de cómo debiese ser abordada esta problemática.

> *"De un forma más integral, nosotros como programa tratamos de hacerlo, pero no podemos abarcar tanto, con integral quiero decir que no se vea solo la parte física o la enfermedad del niños, sino que se vea si tiene los recursos para los pañales, para el suplemento alimenticio, plata para poder llegar al centro de salud, que la familia cuente con el apoyo necesario, porque todos estos factores influyen en la salud o rehabilitación de los chiquillos" (S2)*

En lo que respecta al sujeto 2, considera que la discapacidad de niños, niñas y adolescentes en el área salud debiera ser abordada de una forma integral, dejando de lado el modelo médico rehabilitador de discapacidad, esto debido que todo el entorno influye en el estado de salud y en la rehabilitación de las personas con discapacidad, denota que es necesario abordar la discapacidad desde un enfoque biopsicosocial, no importa cuál sea el tipo del programa que se desarrolle porque al basarse en este enfoque se estaría cubriendo las necesidades de las personas con discapacidad de manera integral.

- **Categoría: Áreas en torno a discapacidad a mejorar en la comuna de Quillota.**

En relación a las áreas que deben ser mejoradas en la comuna en un corto plazo, se puede apreciar lo siguiente.

> *"Lo primero es transporte porque tú hablas con las mamás de los niños y lo primero es transporte porque es algo cotidiano y que les complica mucho la existencia, porque no van a las terapias y tu le preguntas porque no llego y te dicen que no tienen quien los lleve. Y lo otro no sé si la redQ existe una real comprensión de lo que es la integración o la inclusión de los niños con discapacidad porque por lo que he escuchado la integración no se da en los colegios" (S1)*

> *"El transporte adaptado para las personas con discapacidad, la sensibilidad de las autoridades de la comuna hacia la discapacidad, porque hace dos meses estamos pidiendo hora con el alcalde para ver el tema de un convenio y todavía no hay respuesta"*

Cundo se pregunta con las áreas a mejorar ambas entrevistadas hacen referencia primeramente a las necesidades que presentan las personas con discapacidad física, porque la problemática del acceso al transporte a quienes más les afecta es a las personas con este tipo de discapacidad, esto se debe que ambas profesionales realizan un trabajo principalmente con personas con este tipo de discapacidad ya sea por si sola o asociada a otra discapacidad, como es el caso de las personas con multi déficit, la problemática del transporte influye directamente en el acceso a la salud, rehabilitación y educción de las PcD por este motivo es un tema que necesita una mejor urgente, en lo referente a la educación se hace una crítica a los establecimientos educacionales con integración diciendo que esto no se da en realidad, pero no se dan los argumentos del porque de esta crítica.

La entrevistada 2 hace referencia que hace falta sensibilizar a las autoridades de la comuna respecto a esta problemática, esto es esencial para instalar la inclusión en la comuna, porque si no existe voluntad política de parte de las autoridades, todos los esfuerzos que se realicen tienen menos posibilidad de ser fructíferos si no se cuenta con el apoyo de estas.

En conclusión, la oferta orientada a discapacidad en los centros de salud urbanos de la comuna de Quillota cuentan con una diversidad de programas orientados a discapacidad, enfocados a distintas patologías y focalizados por edad, la carencia de estos programas se refleja en que no dan abasto para cubrir las

necesidades de toda la población, porque existe una sobredemanda de las especialidades médicas pero por motivo de presupuesto no se cuenta con los especialistas necesarios para cubrir esta demanda.

Es necesario trabajar desde salud con una visión más integral de la discapacidad, basado en un enfoque biopsicosocial.

Por último, es fundamental contar con un registro de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad par de esta manera poder focalizar de forma efectiva los programas de salud.

- **Cuadro 18: Características emergentes sobre la visión que tiene el equipo de profesionales y técnicos de los centros de salud urbanos de la comuna de Quillota, en relación a la oferta existente en torno a la discapacidad.**

- No existe una visión única u oficial sobre discapacidad en la comuna, pero predomina la basada en el modelo médico-rehabilitador de discapacidad.

- La oferta pública orientada a discapacidad es incompleta e insuficiente, esto porque no existe un reconocimiento de los derechos de las PcD.

- Se reconoce como un nudo crítico sin solución en el área salud la falta de recursos, esto tienen como consecuencia la falta de especialistas, el difícil acceso a exámenes complejos.

- Existe un desconocimiento de la necesidad real en salud del segmento infanto juvenil con discapacidad, por lo que no se puede evaluar si los programas existentes son los adecuados o en qué áreas estos se deben focalizar.

- Es necesario en salud trabajar desde un modelo más comunitario y desde la integralidad, con un enfoque biopsicosocial.

- Las áreas prioritarias a mejora en la comuna son: el acceso al transporte, mejorar la integración el sistema escolar y sensibilizar a las autoridades respecto a la discapacidad.

Fuente: *Elaboración propia, 2013.*

Análisis de la visión que tiene el equipo de profesionales y técnicos de los centros educacionales urbanos de la comuna de Quillota orientados a discapacidad en relación a la oferta existente en torno a esta temática.

❖ **Cuadro 19: Descripción de los entrevistados área educación.**

Fecha Entrevista	Sujeto	Sexo	Profesión	Tipo de Centro Educacional	Contexto de la Entrevista.
09/09	Sujeto 1	F	Psicóloga.	Educación con integración Municipal.	Las entrevistas fueron realizadas en el periodo comprendido entre los meses de julio y septiembre del presente año a dos profesionales que trabajen en centros educacionales con programa de integración y dos profesionales de centros educacionales especiales, como criterio de inclusión de los sujetos, estos debían llevar trabajado en la institución un periodo mínimo de 6 meses, además debían expresar su voluntad de participar en este estudio mediante la firma de un documento denominado consentimiento asistido.
03/07	Sujeto 2	F	Educadora diferencial.	Educación Especial Particular Subvencionado	
14/08	Sujeto 3	F	Educadora diferencial.	Educación Especial Particular Subvencionado.	
14/08	Sujeto 4	F	Psicopedagoga.	Educación con Integración Particular Subvencionado.	

Fuente: *Elaboración propia, 2013.*

Objetivo Específico 7: ***Conocer la visión que tiene el equipo de profesionales y técnicos de los centros educacionales urbanos de la comuna de Quillota, en relación a la oferta existente en torno a la discapacidad*****.**

- **Categoría: Concepto de discapacidad en la comuna de Quillota.**

Respecto a esta pregunta no existe unanimidad desde las entrevistadas en relación lo que se entiende por discapacidad en la comuna, el sujeto 4 establece que la definición de discapacidad es la establecida en el decreto 170, el cual fija normas para determinar los estudiantes son necesidades educativas especiales.

> " *Yo creo que la definición que está en el decreto 170, que tiene que ver con alguna dificultad sensorial, física, intelectual que tiene el sujeto para adaptarse, incorporarse, integrarse a la educación regular".(S4)*

La opinión que expresa este sujeto es en primer lugar desde lo políticamente correcto, es decir, la entrevistada no entrega su opinión desde lo que ella percibe sino, desde lo que la institucionalidad determina que es la discapacidad, también delimita el concepto solo al ámbito y por otra parte le atribuye al sujeto con discapacidad la responsabilidad de adaptarse, integrase a la sociedad y no de la sociedad.

Por su parte los sujetos 2 y 3 tienen más bien una percepción negativa respecto del concepto de discapacidad.

> *"Es un concepto muy estigmatizador, muy discriminador, además está el tema de fomentar el asistencialismo y no el desarrollo de las competencias de los niños" (S2)*

> *"En la comuna aunque se hable de integración, de inclusividad esto no existe, la discapacidad sigue siendo entendida como un deficiencia de la persona y que esta persona necesita ayuda y por sobre todo sigue siendo un concepto muy estigmatizador" (S3).*

Ambas profesionales hacen un juicio del concepto de discapacidad al decir que es discriminador, también existe una coincidencia sobre que en la comuna hay un doble discurso sobre esta temática.

Otro punto a destacar, es que se reconoce que en la comuna se fomenta el asistencialismo, esto quiere decir, que no se practica la verdadera inclusión ya que no se potenciaría las capacidades de las personas, además si se le suma que hay un concepto estigmatizador sobre discapacidad inmediatamente queda excluida la integración.

En síntesis, se puede decir, que el concepto de discapacidad que manejan las encuestadas depende de la institución en donde trabajen y del grado de compromiso que tengan con la temática, porque mientras más se acerquen a la realidad cotidiana de las personas con discapacidad, más conocen las dificultades y las características del mundo que les toca enfrentar a los niños y jóvenes con discapacidad.

Categoría: Oferta pública en Discapacidad.

Respecto a la oferta pública en torno a la discapacidad en la comuna, no existe una visión común por parte de las entrevistadas, ya que sus opiniones se refleja un gradiente que va desde lo positivo a lo negativo.

La entrevistada 4 es quien posee una opinión más positiva.

> *"Se ha potenciado la integración de los niños con distintas discapacidades, a través de los programas de integración en la educación y a nivel de salud desconozco un poco, pero se está fortaleciendo el tema de la estimulación temprana"*(S4)

La entrevistada destaca que se ha ampliado la cobertura del programa de integración escolar y en el área salud se potencia la detección temprana de enfermedades para otorgar un tratamiento oportuno, la entrevistada no hace ninguna crítica.

El sujeto 1 expresa lo siguiente:

> *"No es como debiese ser, porque como te mencionaba antes no existe una integración de los chiquillos al mundo laboral, entonces hay un vacio súper grande entre lo que se dice y se hace"(S1)*

Esta profesional reconoce que la oferta pública orientada a discapacidad no es la adecuada, además vuelve a recalcar que existe una contradicción entre lo que se dice y lo que se hace, es decir, se habla de inclusión de integración pero en la realidad esta no existe.

Los sujetos 2 y 3 son quienes entregan una visión negativa sobre la oferta pública orientada a discapacidad en la comuna de Quillota.

> *"Le falta mucho a la comuna sobre todo en el tema del trabajo colaborativo, deberían haber instancias en que la instituciones que trabajamos con discapacidad pudiesen trabajar de manera más conjunta o que las redes de apoyo que existen funcionen como tal, porque trabajamos como estamentos tan independientes, yo acá no sé lo que está haciendo por ejemplo la OPD, o los otros colegios, en salud por ejemplo no se que están haciendo en el área de salud mental, el tema de los neurólogos ellos ven tan lejano la labor que nosotros realizamos y nosotros también la de ellos".(S2)*

Esta visión de cómo está siendo abordada la discapacidad en la comuna, destaca elementos que son transversales para todas las áreas que trabajan en esta temática, integra educación, salud y una institución que trabaja con niñez y juventud, es decir, ve la discapacidad de una manera integral, no solamente desde la parte médica, desde la enfermedad, sino que ve a la persona como un todo desde una arista biosicosocial, donde cada uno de los elementos es importante en el desarrollo y bien estar de la persona, además que a través del trabajo en red es única forma de lograr la inclusión real de las personas con discapacidad a la sociedad.

La entrevistada 3 también confirma que existe un doble discurso en la comuna y que es insensible y además agrega lo siguiente.

> "*Los profesionales, la gente que trabaja con discapacidad día a día, tiene claro el tema de la inclusión y todo eso, el problema es que la gente que manda, la que toma las decisiones, no lo tiene claro y cree que discapacidad es igual a Teletón (…) y hay asistencialismo enfermizo"(S3).*

Es por lo expuesto en esta opinión que se puede inferir que la causa del doble discurso, lo estigmatizador de este y la carencia en programas orientados a discapacidad, se debe a que la autoridad política de la comuna, quienes se encargan de dar los lineamientos de los programas y muchas veces de ejecutarlos, no tienen interiorizada la visión de discapacidad basada en el modelo social y en la actual legislación chilena, porque la sensibilización debe partir desde las instituciones públicas, de que los funcionarios den la información como corresponde, en que proporcionen un trato digno a las personas con discapacidad, que velen por la igualdad de derechos y no ser obstaculizadores de la labor que realizan las personas e instituciones que están trabajando por la verdadera inclusión de las personas con discapacidad a la sociedad.

- **Categoría: Fortalezas y debilidades de los establecimientos orientados a discapacidad.**

Las principales fortalezas que las entrevistadas reconocen en la educación especial son las siguientes:

> *"Entregan una educación especializada para discapacidades más complejas"(S4)*

> *"También realizan una atención integral a los estudiantes no solo en lo pedagógico". (S1)*

> *"El apoyo, el acompañamiento y en cierta medida también una capacitación para los padres, porque tener un niño con discapacidad requiere mucho esfuerzo, fortaleza y habilidades también".(S2)*

> *"Se trabaja en base a programas individuales de estudio, en los cuales uno trata de agrupar de acuerdo a las necesidades que haya y de las potencialidades de los estudiantes"(S3)*

Entre las principales fortalezas que destacan de la educación especial, se hace mención, a la labor que realizan estos establecimientos con los estudiantes con discapacidades más severas, que por sus características y requerimientos especiales no podrían ingresar a la educación regular, convirtiéndose la educación especial en la única alternativa para estos niños y jóvenes. También se reconoce la integralidad en el servicio que entregan estos establecimientos, los cuales no se enfocan solamente en lo pedagógico, porque también realizan planes complementarios médicos, kinésicos, artísticos musicales, entre otros, abarcando todos los aspectos del desarrollo del estudiante, de igual forma se destaca como una fortaleza los programas individuales de estudio que realizan estos establecimientos según las características y habilidades de cada estudiante, esto

quiere decir que aunque en una sala existan 5 alumnos con el mismo diagnostico no se puede aplicar el mismo plan de estudio a los 5 estudiantes, debido a que cada uno posee potencialidades y habilidades distintas, por lo que la educación personalizada de los colegios especiales se considera una fortaleza.

Entre las debilidades de estos establecimientos resaltan las siguientes:

> *"Puede ser la falta de convenios con instituciones o empresas para que los estudiantes hagan prácticas, en un ambiente real por decirlo de algún modo"(S2)*

> *"La estigmatización o que sufren los chiquillos por estar en la educación especial"(S4)*

> *"Los jóvenes que salen de los colegios especiales les falta harto en las habilidades sociales, muchas veces no son capaces de hacer cosas sin que se les diga"(S1)*

> *"El estudiante dentro del colegio está protegido, es un ambiente donde se les respeta sus características particulares pero cuando sale al mundo se encuentra con algo nuevo y discriminatorio".(S3)*

Las debilidades mencionadas por las entrevistadas no son del todo independientes, poseen una relación entre sí.

Los estudiantes sufren estigmatización por asistir a un colegio especial, por lo que son discriminados por el solo hecho de tener una discapacidad, esta discriminación se manifiesta en ámbito laboral, porque al salir del establecimiento a raíz de esta estigmatización las empresas no los contratan, en el caso de puedan acceder a un trabajo, siguen sufriendo discriminación en el trabajo, por no adaptarse al ritmo de este, esto es consecuencia de que las escuelas especiales no cuentan con convenios para que sus estudiantes realicen sus prácticas, por lo que el estudiante no conoce como es la realidad laboral, están acostumbrado a desenvolverse en el ambiente protegido del colegio, por lo que no posee las habilidades sociales, ni las herramientas, para poder resolver los problemas que se le presentan en el trabajo, a su vez la sociedad no está preparada para integrar a esta persona con discapacidad, por lo que la estigmatiza y discrimina, el estudiante al no contar con las habilidades sociales necesarias para desenvolverse en un mundo hostil fracasa, y de esta forma se interrelacionan las debilidades detectadas por las entrevistadas respecto a los colegios especiales.

Las fortalezas que presenta el programa de integración escolar (PIE) son las siguientes.

> *"La mayor ventaja es que ha permitido que niños con necesidades educativas permanentes han sido integrados a las escuelas regulares, lo que les da la posibilidad de acceder en términos a una educación más igualitaria"(S4)*

> *"Que hay horas especiales de los profesionales psicólogos, fonoaudiólogo destinadas a la atención de los niños"(S2)*

Con el acceso de los estudiantes con necesidades educativas especiales a la educación regular, se está eliminado en cierta manera el concepto estigmatizador de asistir a una escuela especial, además el estudiante accede al curriculum común de enseñanza, pero con el apoyo constante de profesionales que les entregan herramientas según los requerimientos de cada estudiante, para que de esta forma puedan ir mas menos a la par de los demás estudiantes.

> *"Hay recursos para neurólogo, psiquiatra, especialidades que antes nadie las cubría que había que esperar meses hasta años, por lo menos el programa ahora las atiende, los recursos se han invertido en salud y en el bienestar de los niños ."(S1)*

Esta fortaleza que se le reconoce al programa PIE es un gran avance, en primer lugar, porque se está considerando la discapacidad del estudiante desde todas sus dimensiones y se desarrolla un trabajo en forma colaborativa entre los profesionales de de las áreas educación y salud, también se le está facilitando el acceso a los estudiantes con discapacidad a especialidades que son de difícil acceso.

Las mayores debilidades detectadas en el PIE son las siguientes:

> *"Una de las dificultades que hemos detectado en el programa integración tiene que ver con el tema de la coordinación con los docentes, la planificación en conjunto con los docentes, que se entienda que el rol nuestro de entrar al aula (S4)*

> *"Me ha tocado ver también mucha resistencia de parte de los profesores de educación regular para realizar el trabajo conjunto con las educadoras diferenciales dentro de los colegios".(S2)*

> *"Los niños deambulan en el patio toda la mañana, toda la tarde porque son un problema para el profesor".(S3)*

Que exista una coordinación, un trabajo en conjunto con los profesores de educación regular, es esencial si se quiere entregar una educación de calidad a los estudiantes e integrarlos al sistema educacional regular, puede que esta resistencia o falta de comprensión por parte de los docentes del trabajo del PIE se deba al desconocimiento de la labor y de la función que este realiza, se debe considerar que la integración y la inclusión debe partir desde los profesores, porque si un profesor discrimina y envía al patio al estudiante con discapacidad para poder realizar su clase, con mayor razón lo harán los estudiantes, por lo que se torna fundamental buscar alternativas que fomenten el trabajo colaborativo entre educadores diferenciales y los docentes de educación regular.

- **Categoría: Entrega de habilidades para la vida y el trabajo a través de los talleres laborales de los colegios especiales.**

En este punto hay coincidencia entre las entrevistadas que los talleres laborales impartidos en los colegios especiales entregan habilidades para la vida y el trabajo, la discrepancia surge en que si son las adecuadas o no. Las profesionales de los colegios con integración son más críticas de los talleres laborales que las profesionales de los colegios especiales.

> **"***Los jóvenes que salen de los colegios especiales les falta harto en la habilidades sociales, muchas veces no son capaces de hacer cosas sin que se les diga, tienen problemas para relacionarse con los otros" (S1).*

La critica que hace el sujeto, a los talleres laborales de los colegios especiales, no va orientada a la parte técnica de los talleres, sino a las habilidades sociales que estos aportan, de cómo responder a la presión, como relacionarse con los otros compañeros de trabajo, según los antecedentes recabados en este estudio esta falencia puede deberse principalmente a la gran mayoría de los establecimientos especiales a excepción de la Escuela Los Paltos, no cuenta con convenios de prácticas para sus estudiantes de los talleres laborales, una forma de mejorar esta falencia, sería incorporar prácticas en trabajos reales para que los estudiantes de los talleres laborales se puedan adaptar al trabajo real de forma progresiva y protegida.

Otra crítica que hacen los profesionales que trabajan en la modalidad con integración es que los estudiantes cuando entran a trabajar quedan solos, no hay un acompañamiento del colegio especial ni tampoco del colegio con integración.

> *"No hay supervisión después que se contrata a los chiquillos, ellos necesitan de permanente supervisión y eso no se da y por eso no funciona."(S1)*

El tema de la supervisión permanente es un vacío existente, ya que al ser egresados del sistema escolar no le corresponde al colegio esta función, pero tampoco existe una institución que desempeñe esta labor, si bien la Oficina Comunal de la Discapacidad y la Oficina de Intermediación Laboral trabajan en conjunto el tema del empleo para las personas con discapacidad, ellos se ocupan de la inserción y no del acompañamiento ni seguimiento de los jóvenes y las empresas reconocen este abondo, ellos generan empleo protegido, reciben a una persona con discapacidad, pero no hay nadie que le diga contáctate conmigo si tienes dudas o necesitas ayuda, eso no existe, entonces en este ámbito hay una falencia que mejorar.

Desde la mirada de los colegios especiales, estos sí reconocen que entregan habilidades para la vida y el trabajo y que estos están estructurados según las características y necesidades de los estudiantes.

> *"El taller está bien estructurado y acorde con las necesidades de los estudiantes, claro que entregan y a la vez potencian las habilidades de los niños para desempeñarse posteriormente en algún trabajo"(S2)*

Las entrevistadas no dejan de reconocer que hay ámbitos que mejorar, como el convenio con empresas para la realización de prácticas y que las empresas y el sector público contraten a más personas con discapacidad.

> *"Debiese existir una ley que obligue a las empresas a contratar un determinado número de personas con discapacidad, porque en los colegios los preparamos efectivamente para el trabajo, pero la verdad es que no tienen donde desempeñarse porque en las empresas no los contratan por el simple hecho de tener una discapacidad, aún cuando existen funciones que ellos perfectamente pueden desarrollar, que están preparados para cumplirlas sin ninguna dificultad" (S3).*

Acá nuevamente queda al descubierto la importancia que tiene el concepto de discapacidad que se maneje, porque si la discapacidad fuese vista desde la inclusión no se generaría este problema de la integración laboral de los jóvenes con discapacidad. Actualmente en Chile no existe una legislación que obligue a las empresas ya sean públicas o privadas a contratar a personas con discapacidad, lo hoy existe es la iniciativa “Chile Sello Inclusivo” por parte de SENADIS, el cual consiste en otorgar un reconocimiento a las empresas que destaquen en inclusión, existen dos categorías una que premia a las empresas que han mejorado la accesibilidad a sus instalaciones a través del acceso universal para todas las personas con discapacidad y la otra modalidad que recompensa la contratación de personas con discapacidad por parte de estas empresas, entonces la duda que surge a raíz de este reconocimiento es ¿estas empresas están haciendo un favor a la sociedad con la contratación de PcD? , ¿Por qué debe premiarse a las empresas que contrate a PcD, si es una obligación de todos los ciudadanos fomentar y practicar la inclusión y la no discriminación, obligación que está estipulada en todos los acuerdos que Chile a suscrito y ratificado, así como también está estipulado en la legislación chilena?, entonces porque se debe premiar algo que es un deber cumplir, cuando debiese ser lo contrario castigar a quienes no cumplan, esa debería ser la excepción. Por lo tanto si la sociedad no está preparada para practicar la inclusión debiesen existir medidas coercitivas que obliguen a las empresas a contratar a PcD.

Categoría: Política Educacional orientada a Discapacidad.

> *“ La política de educación especial es del año 2005, con algunas modificaciones, decretos que se le han ido añadiendo, pero igual está desactualizada, los lineamientos que establece son de integración, cuando a nivel país se está promoviendo la inclusión”(S2).*

Las profesionales entrevistadas coinciden plenamente en esta reflexión, que la política está desactualizada y requiere ser reformulada y modernizada, si bien como señala el sujeto 2, se le han hecho modificaciones e incorporaciones, pero hay que recordar que la política tenía un vigencia hasta el año 2010, año en que entra en vigencia la nueva ley de discapacidad que reemplaza el concepto de integración por el de inclusión, pero a la fecha no se conoce una nueva política educacional especial acorde a los nuevos requerimientos de la sociedad.

Las observaciones respecto a la política en el ámbito integración son las siguientes.

> *“A mí personalmente no me gusta hacia donde se está orientando hoy en día la reforma en educación especial sobretodo en el tema de la integración, quieren sacar el aula de recursos, que yo creo que ese el único espacio donde los niños son un poco mejor atendidos, quieren forzar la inclusión, eso va a ser un completo fracaso”.(S3).*

El aula de recursos es el espacio físico donde los estudiantes pertenecientes al PIE, son llevados una cierta cantidad de horas semanales a reforzamiento de los

contenidos regulares, evaluaciones psicopedagógicas, talleres y horas de atención con especialistas como psicólogos, fonoaudiólogo, entre otros, según las necesidades de estos estudiantes, las modificaciones que se quieren hacer a esta política, es eliminar esta aula de recursos y realizar todas estas actividades en aula común, con todos los compañeros no pertenecientes al PIE, en ambiente que no va a estar alejado de ruidos ni distracciones y también los profesionales sospechan que puede aumentar la discriminación entre pares, por lo tanto lo que se quiere hacer con esto es forzar la inclusión, es decir, ofrecer a todos los estudiantes el mismo trato sin respetar las diferencias individuales.

> *"Siento que no da cobertura suficiente a la discapacidad que tenemos presente en estos momentos, nos limita a tener dos permanentes por curso Y 5 transitorios cuando a veces nos hemos encontrado que son más y por ley no podemos tenerlos, los atendimos pero afuera de la legislación entonces nosotros tampoco podemos entregarles el tiempo necesario"(S1)*

Entonces la oferta existente no alcanza a cubrir toda la demanda y los profesionales tratan de atender a los estudiantes sin resolución pero como los tiempos son acotados y en realidad hay un psicólogo par tres establecimientos, simplemente no se puede entregar un buen servicio a la población que lo necesita.

> *"Se está favoreciendo más la atención a los niños transitorios que a los permanentes"* (S4)

Si se está llevando a cabo esta práctica, quiere decir que se está cayendo en actitudes discriminatorias, dado a que bajo ningún concepto se puede privilegiar la atención de un estudiante sobre otro, es a partir de esto que surge la siguiente interrogante ¿se está privilegiando la atención de los transitorios debido a que con el apoyo profesional adecuado pueden superar la dificultad que poseen, en cambio los permanentes no, por lo tanto no hay que darles tanta atención?, si esta interrogante llegase a ser cierta, quedaría la descubierto que la inclusión es imposible dado a que si dentro de un programa que tiene como finalidad integrar a las personas con discapacidad no lo hace y discrimina entre sus usuarios, quiere decir que a nivel país no se va a poder avanzar en esta temática.

En lo referente a la educación especial se hacen las siguientes observaciones.

> *"A las escuelas especiales les hace falta una revisión de los talleres laborales, lo otro es que ellos no tienen un curriculum mínimo".(S1)*

En relación a los talleres laborales, la política de educación especial, no establece que talleres laborales deben realizarse, con que implementos deben contar, que relación deben establecer con las empresas, si se analizan los factores antes mencionados, se llega a la conclusión que sería recomendable, que la política de educación especial, estableciera estos lineamientos, por lo menos el tema de relación con las empresas para así poder establecer convenios de prácticas con estas y preparar mejor a los estudiantes para el mundo laboral. Con respecto al curriculum de enseñanza, si bien este debe ser diseñado acorde con las capacidades y necesidades de los estudiantes, sería conveniente que existiera un

curriculum mínimo por lo menos en las áreas de lecto-escritura y de de matemáticas, para de esta forma asegurar un nivel mínimo de conocimiento a los estudiantes o bien puede ser diferenciado por grado de discapacidad.

En síntesis, se puede establecer que a opinión de las entrevistadas la Política Nacional de Educación Especial, se encuentra desactualizada y requiere modificaciones urgentes.

- **Categoría: Áreas en torno a discapacidad a mejorar en la comuna de Quillota.**

Los temas que presentan mayor saturación son los siguientes:

> *"Y por supuesto el tema del transporte, porque hay muchas mamás que son solitas y no tienen los medios para llevar a su hijo a la teletón o para traerlo a clases todos los días, porque no tiene para pagar un taxi, el tema del transporte es un tema que hay que solucionar tanto a nivel comunal como interurbano".(S2)*
>
> *"El tema de la inserción laboral porque los niños con deficiencia moderada igual pueden trabajar, pueden ser muy buenos trabajadores"(S1)*
>
> *"Otra de las inquietudes súper grandes que nosotros tenemos es que pasa con aquellos chiquillos que por normativa ya no pueden estar escolarizados, es decir, tienen más de 25 años y no tienen por características personales, porque se discapacidad es más severa, sus necesidades educativas son más profundas, necesitan más apoyo, uno permanente, no tienen la posibilidad de incorporarse al trabajo"(S2)*
>
> *Que hay que cambiar dos ejes fundaménteles que son educación y sensibilizar respecto de lo que es la discapacidad, de lo que es vivir con una discapacidad y cambiando, mejorando eso se pueden cambiar muchas cosas" (S3).*
>
> *Yo creo que la inserción laboral, la educación psicosexual y habilidades, habilidades prácticas y sociales"(S1)*
>
> *"Una postura como comuna acerca de la discapacidad"(S4)*
>
> *El otro tema que para mí siempre ha sido súper importante, es el tema como se trabaja y como se aborda con las familias el tema de la discapacidad.(S2)*

Existe un alto grado de saturación en las áreas a mejorar que señalan los profesionales, se destaca la visión integral de las profesionales, porque amplían su visión no se limitan solo a educación, identifican todos los elementos que afectan la vida de las personas, no hacen una separación entre lo médico, lo social y lo psicológico, entendiendo que las personas no pueden ser divididas de esta forma, sino que son un todo que no puede ser separado en diferentes partes. Esta visión de integralidad es la que hace falta en la comuna para poder trabajar de forma real en la inclusión de las personas con discapacidad a la sociedad.

Si se hace una revisión de las temáticas a mejorar, se puede concluir que cada una de ellas es un necesidad y un derecho básico de todas las personas tales como el acceso al transporte, al trabajo, a la continuidad de estudio a, a la recreación, no

son regalías o bienes suntuarios los que se está pidiendo sino derechos indispensables para el desarrollo de todas las personas.

Un área a mejorar que resalta es la necesidad de trabajar en una definición oficial de discapacidad en la comuna, contando con una visión uniforme del concepto, se puede aunar esfuerzos en pos de la inclusión, dado a que con esto las instituciones orientadas a discapacidad pueden trabajar mancomunadamente.

Según la información recabada a través del instrumento de recolección de datos, se puede llegar a la conclusión, que en relación a la modalidad de enseñanza orientada a discapacidad, la especial y la con integración existe una correspondencia en la entre la existencia de estas dos modalidades y las características de los usuarios, no así en torno a la cobertura que la educación con integración ofrece ya que por ley tiene un límite de estudiantes por cursos, la cantidad de estudiantes con discapacidad permitida, es inferior a la demanda existente; en la modalidad de educación especial es necesario hacer una revisión de los talleres laborales existentes, para que estos puedan estar acorde con los requerimientos de los estudiantes y de las empresas. La política pública de educación especial necesita ser modernizada y reformulada para estar acorde con los nuevos requerimientos de la sociedad. En síntesis, se puede establecer que existe una percepción positiva de los establecimientos orientados a discapacidad, pero deben realizarse mejoras, porque poseen muchos elementos negativos que opacan la labor que estos realizan.

❖ **Cuadro 20: Características emergentes sobre la visión que tiene el equipo de profesionales y técnicos de los centros educacionales urbanos de la comuna de Quillota orientados a discapacidad en relación a la oferta existente en torno a esta temática.**

Características emergentes sobre educación y discapacidad	- El concepto de discapacidad que existe en la comuna es muy estigmatizador, discriminador, no existe la inclusión y se fomenta el asistencialismo. - Es necesario establecer un trabajo colaborativo entre las instituciones que trabajan con discapacidad. - Las principales fortalezas de la educación especial son el proporcionar una atención especializada e integral a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad. Mientras que la principal debilidad de este modelo es la carencia de convenios de prácticas para sus estudiantes. - Las fortalezas que más destacan de la educación con integración, es el permitir el ingreso de estudiantes con discapacidad a la educación regular, también destaca el apoyo interdisciplinario que entregan los profesionales a los estudiantes del PIE y por último entre las prestaciones del programa, está el acceso oportuno de los estudiantes con discapacidad a especialistas como neurólogos y psiquiatras, mejorando los tiempos de atención. La resistencia de los profesores de educación regular, al trabajo colaborativo con los profesionales del PIE, es una debilidad que tiene como consecuencia que no exista coordinación entre profesionales y que los docentes no cuenten con las herramientas necesarias para lograr una real integración de los estudiantes con discapacidad en el aula de clases. - La Política Nacional de Educación Especial, necesita ser modificada y modernizada de acuerdo a los lineamientos actuales sobre discapacidad y las características y necesidades actuales de las personas con discapacidad. - Las áreas prioritarias en torno a discapacidad que deben ser mejoradas en la comuna son: acceso al trasporte, inserción laboral de los estudiantes egresados del sistema escolar, apoyo psicosocial a las familias, educación y sensibilización de la población, crear una alternativa para los jóvenes que por normativa ya no pueden estar escolarizados pero por sus discapacidades no pueden acceder al mundo laboral, construir un discurso unificado sobre discapacidad en la comuna.

Fuente: *Elaboración propia, 2013.*

4.3) Triangulación de Datos.

La triangulación de datos se refiere a la confrontación de diferentes fuentes de datos en el estudio y se produce cuando existe concordancia o discrepancia entre estas fuentes. Esta triangulación se realizará, entre la visión proporcionada por los apoderados de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, es decir, los usuarios, los profesionales que trabajan en torno a la discapacidad de los servicios de salud y de educación urbanos de la comuna de Quillota y una representante de la autoridad política de la comuna, esto con el fin de responder a la pregunta de investigación planteada en el marco metodológico.

Pregunta de investigación.

¿Existe una correspondencia, entre el perfil socio demográfico de la población entre 6 a 18 años con algún tipo de discapacidad y la oferta programática existente en torno a la discapacidad en los servicios de salud y educación en la parte urbana de la comuna de Quillota?

- **Cuadro 21: Triangulación de Datos**.

Fuente	Datos
Usuarios.	"Yo en general son muy negativa con todo, muy crítica, yo creo que aquí en Quillota no hay integración, ni en salud, ni en los colegios y que los programas no están en relación con las necesidades de los niños con capacidades diferentes." (Inf.2) "Es que la forma en que está siendo atendida la discapacidad en la comuna tiene que ver en lo que se entiende con discapacidad, y acá es como que se trata de dar lo básico a los niños, salud, educación, que son derechos básicos para todas las personas. Entonces yo creo que os programas y todas las cosas asociadas a discapacidad buscan cubrir lo mínimo, como para que no digan que no hay nada" (Inf.3) "Programas así como específicos la verdad es que no conozco así como que hayan, en educación yo creo que está bien lo que se ofrece, en salud faltan especialistas, pero para los otros ámbitos de la vida de los chiquillos como entretención, trabajo no hay nada, en esas área falta avanzar" (Inf.6)
Profesionales	❖ **Área Salud:** "En forma incompleta es esta correlación entre lo que se necesita y lo que hay por qué la persona con discapacidad no es vista como sujeto de derecho, usamos lenguajes incorrectos yo creo que todavía no estamos acostumbrados a la integración, yo creo que falta mucho en la parte escolar pero sobretodo en la laboral" (S1) "No es suficiente lo que hay, en salud, en educación, en vivienda, en transporte, nosotros como programa tenemos una demanda excesiva para los profesionales que somos. No es suficiente lo que hay" (S2)

Fuente	Datos
Profesionales	❖ **Área Educación:** “Yo creo que no o no como debiese ser, porque como te mencioné antes no existe una integración de los chiquillos al mundo laboral. La mirada de la discapacidad que se tiene aquí es como bien no se… es que la mirada no está pensado incluso como país ni siquiera pensamos en tener a jóvenes con discapacidad incluidos dentro de la sociedad, en alguna actividad social, no están los recursos ni los medios como para atender a una persona que tiene discapacidad para caminar, para ver, no estamos nosotros preparados todavía nos falta mucho.”(S1) “Le falta mucho a la comuna, para que lo se ofrece sea lo que se necesita, sobre todo el tema del trabajo colaborativo. Creo que debería haber acá en Quillota principalmente instancias que las instituciones que trabajan con discapacidad pudiesen trabajar de manera más conjunta o que las redes de apoyo que deben existir funcionen como tal”.(S2) “No existe una relación entre las necesidades de los chiquillos y lo que ofrece la comuna y el problema radica en que los profesionales, la gente que trabaja con discapacidad día a día tiene claro el tema de la inclusión y todo eso, el problema es que la gente que manda, la que toma las decisiones no lo tiene claro y creen que discapacidad es igual a teletón (…) y a un asistencialismo enfermizo”(S3) “ Yo creo que si porque se ha potenciado la parte de la integración de los niños con discapacidad de distintas discapacidades ya sea en lo sensorial, en lo intelectual o en lo físico a través de los programas de integración, en términos del ámbito educacional y a nivel de salud desconozco un poco pero si se está fortaleciendo el tema de la estimulación temprana para evitar también dificultades o para dar mayor atención o cobertura a lo que son las discapacidades” (S4)
Autoridad Comunal.	“Mira, dentro de lo que nosotros esperamos, dentro de la visión que nosotros tenemos como municipio es que la discapacidad es parte de la diversidad, nosotros entendemos que las personas que tienen alguna capacidad diferente es parte de nuestra sociedad y no debe ser tratada como especial, sino que es parte de nuestra sociedad y su diversidad nos permite conocer el todo, porque nuestra misión habla de una comuna humana, saludable, innovadora y feliz donde todos y todas somos parte, entonces se genera un tema súper complejo porque eso es lo ideal, el discurso, es lo que permanentemente nuestro alcalde y también los equipos técnicos estamos propiciando, pero hay personas que consideran que la discapacidad…he…. Haber, hay personas que se victimizan con la discapacidad o al revés personas que victimizan a las personas con discapacidad. Entonces para nosotros es parte de la diversidad y es parte de la vida que hayan personas que tengan fortalezas distintas, en todos los ámbitos no solo físico, sino que también en el espectro autista, en el tema de las discapacidades intelectuales, en los motrices, de todo, **por lo que la oferta en salud en educación es amplia para cubrir todas las necesidades de todas las personas.**

Fuente	Datos
Autoridad Comunal.	En educación desde nuestra mirada comunal la educación con integración nos hace mucho más sentido, pero también comunalmente las personas necesitan una oferta para sus hijos e hijas con algún deterioro mayor sean atendidos de forma especial, pero solo cuando existe un deterioro mayor solo cuando se dificulta este tema de la integración. Pero estas dos modalidades siento que son complementarios, y además si vamos a avanzar a una sociedad donde todos y todas somos parte y en donde somos capaces de incluirnos a todos y a todas, es un proceso y esta sociedad quillotana y chilena aún no ha desarrolla ciertas habilidades de inclusión, sino que estamos hablando aún de tolerancia y para poder avanzar en este proceso debemos generar una cultura del reconocimiento del otro como alguien que tiene fortalezas distintas a las mías, pero q sus fortalezas nos permiten ver el todo, y eso que te acabo de decir son procesos, son procesos que no están instalados en la sociedad completamente, de ahí que tu **encuentras a mamás y a papás que exigen que hayan una atención especializada en los colegios, o sea colegio especial y la otra que exige que su hijo esté integrado y nosotros les damos en el gusto a todos.** En relación a la atención en salud acá nosotros **somos pioneros en proporcionar especialistas a quienes los requieren,** estuvo el programa fundación 2000, donde el inicio del centro Promo fue eso de mamás y papás que vieron un apoyo para poder trabajar la estimulación de sus hijos, niños con daño cerebral severo, entonces ellos se organizaron y nosotros como municipio le entregamos el espacio. Hoy tenemos que en CEALIVI que comparte el espacio con la casa de estimulación acá de Quillota, pero también está opción de que nosotros tenemos nuestros móviles de discapacidad que están habilitados para eso, comprados para eso, para que las personas se puedan trasladar, de acuerdo a lo que los papás y las mamás también opten. Pero la prioridad de nosotros es trabajar aquí, salud tiene mucha apertura en el tema y debemos trabajar la integración, está el centro Promo por ejemplo ahí coexisten las mujeres, los rockeros, pero no solamente coexisten sino que también se realizan acciones colectivas, se desmitifica que los roqueros son unos chiquillos son unos mete bulla ociosos hasta satánicos y los adultos mayores intolerantes que no aguantan el ruido, esas cosas van permeando entre ellos y se fomenta la tolerancia, la inclusión, entonces lo que yo percibo es que esta postura departe de la política local va a permeando en las diferentes áreas, pero como diría alguien que vino a certificarnos en calidad no están desarrolladas parejamente, hay algunos focos más desarrollados que otros”.

***Fuente**: Elaboración propia, 2013.*

CAPITULO V

CONCLUSIONES FINALES

CAPITULO V: CONCLUSIONES FINALES

ANTEDECEDENTES PRELIMINARES.

En el siguiente capítulo, se presentarán las conclusiones generales del proceso de Seminario de Título, considerando los aspectos más relevantes a lo largo de la experiencia.

El Seminario de Título denominado "Estudio exploratorio descriptivo sobre el estado de la discapacidad de niños, niñas y adolescentes en la comuna de Quillota", fue realizado con el patrocinio de la Oficina de Protección de Derechos de Quillota, en el periodo comprendido entre los mese de abril a octubre del años 2013.

Las diferentes acciones realizadas en el proceso tienen como fin alcanzar los objetivos propuestos, por lo tanto, en este capítulo se concluirá el proceso llevado a cabo y cómo aborda el Trabajo Social la problemática identificada.

5.1) Conclusiones Respecto al Proceso Metodológico.

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó el enfoque mixto, el cual corresponde al máximo grado de integración entre el enfoque cualitativo y cuantitativo. La utilización de este enfoque se justifica en que el estudio no solo pretendía caracterizar y cuantificar la oferta programática orientada a discapacidad existente en la comuna, porque no basta con decir, esto es lo que la comuna ofrece, estos son los programas, es una oferta variada para diferentes patologías y discapacidades, sino que por el contrario, pretende conocer cuál es la opinión de los usuarios y profesionales que trabajan en discapacidad, respecto a estos programas y también contrastar estas percepciones con lo que ve la autoridad de la comuna, con el fin, de determinar si existe una correspondencia entre los discursos de los diferentes sujetos, para poder lograr esto es necesaria la utilización del enfoque cualitativo, el cual permitió rescatar todos los significados y valoraciones asignadas por los familiares directos, los profesionales y una representante de la autoridad comunal, enriqueciendo de ésta forma la información para la obtención de los resultados, abarcando las fortalezas y deficiencias señaladas por la muestra obtenida, para así generar críticas constructivas sobre la oferta programática orientada discapacidad existente en las áreas de salud y educación de la zona urbana de la comuna.

En lo referente a los instrumentos y al proceso de recolección de información, se puede señalar lo siguiente, para la recolección de datos cuantitativo se utilizó un cuestionario cerrado, este instrumento no demostró problemas de comprensión por parte de los sujetos a los cuales se les aplicó, lo que si se descubrió fue que la mayoría de los estudiantes y también parte importante de los apoderados de los colegios con integración, no reconocen que sus hijos poseen un discapacidad, un cuando, estos ya poseen un diagnóstico que así lo compruebe. A través de las entrevistas cualitativas, se logró recoger a través de los distintos discursos la

percepción y opinión de los sujetos, información con la cual se pudo llegar a establecer los resultados de este estudio. Sin embargo el proceso de recolección de datos, tuvo un avance lento debido a la poca voluntad de los profesionales del área educación, se pudo apreciar una gran reticencia por parte de los establecimientos educacionales a participar del estudio, es por este motivo que dos establecimientos especiales y dos establecimientos con programa de integración de tipo particular subvencionado, se niegan a participar en la investigación, a esto se suma la escasa colaboración de los apoderados, por esto se debió extender el proceso de recolección de datos para poder alcanzar un número que sea representativo para la muestra.

Se concluye, que el diseño metodológico seleccionado por la estudiante seminarista fue el adecuado, según las características de este estudio y permitió desarrollar la investigación de forma lógica y ordenada, para que de esta manera la estudiante pudiera acercarse a la problemática planteada y poder de esta forma dar cumplimiento a los objetivos planteados en esta investigación.

5.2) Conclusiones Respecto a la Política Pública Orientada a Discapacidad.

Respecto a la política pública orientada a discapacidad, se puede establecer que no existen lineamientos claros y estructurados de esta, se suponía que este año en el mes de agosto se daría a conocer la Política Nacional de Discapacidad, donde los lineamientos de esta serian desarrollados de forma colaborativa con las personas con discapacidad, pero a la fecha de término de este estudio aún no se conocen los resultados del proceso.

Que no haya una política de discapacidad, no quiere decir que no exista una línea de acción oficial o institucional sobre discapacidad, esta existe y está enfocada hacia la inclusión de las personas con discapacidad a la sociedad, esto se refleja en la legislación existe sobre discapacidad e inclusión, en las iniciativas y programas que promueve el Servicio Nacional de la Discapacidad, tales como el sello Chile inclusivo, el proyecto de colaboración con la Unión Europea, el consejo de la discapacidad, el cual está formado por personas con discapacidad y se supone que estas personas con representantes que han sido elegidas desde sus bases.

También esta orientación que va teniendo la política pública se ve reflejada en la Política Nacional de Educación Especial, el Plan Nacional de Salud Mental, la Política Nacional de Salud, entre otras, todas estas políticas públicas se relacionan con la Política Nacional de Discapacidad, porque tienen coincidencia con el grupo sobre el cual se focalizan. Por este motivo, no se puede argumentar que no existe una Política de Discapacidad, esta existe pero no establecida bajo un solo nombre.

Es por este motivo que, en las instituciones, en la comunidad, no existe claridad sobre lo que es la discapacidad, cual es la oferta programática orientada a esta, cual

es el plan de acción que deben seguir los municipios, entonces se hace estrictamente necesario que se formule un concepto unificado y oficial sobre discapacidad a nivel nacional, para de esta forma poder actuar bajo el mismo enfoque, esto no quiere decir, que para todas las comunas sean los mismos programas, sino que el mismo enfoque, para que la discapacidad sea abordada de una manera eficiente, esta debe ser desde las particularidades de cada comuna, es esencial poner énfasis en los Centros Comunitarios de Rehabilitación para facilitar el acceso a todas las personas en sus comunas, y en conjunto con esto es necesario la creación de Planes Locales de Discapacidad, los que tienen que estar acorde con la Política Nacional, estos planes locales deben focalizarse en mejorar las áreas que la comunidad ha señalado como urgentes, en el caso de Quillota sería el acceso al transporte, al trabajo, la sensibilización de la comunidad, pero para otra comuna pueden ser otros factores, es por este motivo que deben ser planes locales, según la realidad concreta y específica de cada comuna.

Pero para poder avanzar en una Política Social más inclusiva es necesario un cambio cultural se debe enfrentar en todos los sectores de nuestra sociedad. La tolerancia y la no discriminación con las personas diferentes, debe llevar a emprender nuevas iniciativas.

En la ley acerca de la Integración de las Personas con Discapacidad, como también la Ley en contra de la Discriminación, deben incorporarse iniciativas legales que fomenten la inclusión social, pero al parecer la temática discapacidad no fue prioridad para este periodo porque en la cuenta pública del 21 mayo del presente año, no se hizo referencia a esta temática

Tampoco se ha desarrollado un catastro actualizado sobre la actual situación de la discapacidad en el país, estudio que está contemplado en el proyecto de colaboración con la Unión Europa y que debiese ser realizado de forma anual, pero a la fecha el estudio más reciente, es la ENDISC 2004, si no se cuenta con un registro actualizado de cuantas son las personas con discapacidad, cuáles son sus características, sus necesidades, su condición, es imposible elaborar o contar con un política pública eficaz y eficiente, porque se desconocen las características del grupo objeto de la política, por lo tanto es necesario, realizar más esfuerzos en esta problemática que por distintos factores aumenta cada día.

Contar con una Política Nacional de Discapacidad con lineamientos claros, es una necesidad de acuerdo a la realidad de Chile, esta política debe contar con un financiamiento acorde a las necesidades de la población. Se debe considerar la necesidad de provocar una concientización y una discusión nacional sobre el tema, a modo de corregir las dificultades que en son evidentes, tales como, la falta de recursos, la necesidad de más centros de atención y acceso, mejor infraestructura y más profesionales, entre otros.

5.3) Conclusión respecto a la Oferta programática en Salud y Educación orientada a Discapacidad en la zona Urbana de la comuna de Quillota.

Mediante los instrumentos de recolección de datos aplicados, durante el desarrollo de este estudio, se logró obtener la información suficiente para responder a la pregunta de investigación planteada y poder cumplir los objetivos propuestos.

Respecto a la oferta en el área salud orientada a discapacidad, se puede concluir que existen diversos programas para cubrir distintos tipos de discapacidad, se destaca el Centro Comunitario de Rehabilitación dependiente del Centro de Salud Miguel Concha, en hospital San Martin el servicio de salud mental, psiquiatría, psicología y neurología, pero la falencia que presentan todos estos programas es que no cuentan con especialistas infantiles, también en el mismo hospital, en el área de especialidades, existe una oferta orientada a las discapacidades sensoriales como programa de salud visual y auditiva, el programa que más destaca de este servicio es el programa para niños y adolescentes con necesidades especiales en salud NANEAS, es el único programa del centro de salud que está orientado específicamente a este segmento de la población, donde la mayoría de los usuarios presentan una o varias discapacidades y también un alto grado de dependencia, la falencia de este programa es que posee una sobre demanda, porque no atiende solo a los usuarios de la comuna, sino que de toda la provincia que son alrededor de 500 niños y adolescentes, los profesionales con los que cuentan estos programas no dan abasto para cubrir la demanda, lo que influye directamente en la calidad de la atención recibida por los usuarios. También destaca en la oferta existente en torno a la discapacidad el centro de salud Raúl Silva Henríquez, con los programas de salud mental y el programa de apoyo al desarrollo psicosocial de niños y niñas, programa enfocado a la detección temprana de enfermedades o patologías que pudiesen convertirse en una discapacidad a lo largo del tiempo. Los otros centros de salud urbanos no cuentan con programas específicos enfocados a discapacidad.

La evaluación, respecto a la oferta pública orientada a discapacidad, es que existen diferentes programas cuyo objetivo es cubrir la mayor cantidad de patologías y discapacidades que presenta la población, las falencias encontradas en esta área es que si bien existe una diversidad de programas estos no se encuentran en todos los centros de salud, lo que genera que se produzca una sobre demanda de estos servicios, otra falencia es la falta de especialistas infantiles. Por el motivo antes señalado se produce la discordancia entre la visión de la autoridad política de la comuna y la percepción de los usuarios y la opinión de los profesionales, porque efectivamente hay una oferta variada orientada a discapacidad en la comuna como lo indica la representante del Municipio, el problema radica en el acceso a esta, por eso la percepción de los usuarios en negativa y está disconforme, porque a causa de la sobredemanda existente se les dificulta el acceso a la atención oportuna.

Otro factor, que sin ser del área salud, tiene una influencia directa sobre el acceso a esta, es la precariedad y poca sensibilidad los conductores de la

locomoción colectiva, este punto tiene directa relación con lo tratado en el párrafo anterior, esto porque los programas orientados a discapacidad no están presentes en todos los centros de salud, por ejemplo los programas de salud mental se dan solo en Centro de salud Raúl Silva Henríquez y los de rehabilitación física motora en el Miguel Concha, entonces para una persona que necesita estos programas y es usuaria del Centro de Salud Familiar, CECOF cerro Mayaca, no puede recibir la atención que necesita en el consultorio al cual pertenece, sino que tiene que trasladarse a dos centros de salud distintos y si no cuenta con los medios para hacerlo no podrá recibir la atención requerida.

Por este motivo, se sostiene que si bien existe una diversidad de programas el acceso a estos está restringido por diversos factores, lo que tiene como consecuencia que los usuarios se formen una percepción negativa sobre la oferta programática orientada a discapacidad en la comuna.

En educación, existe en la comuna dos modalidades de estudio para los niños y adolescentes con discapacidad entre 6 y 18 años de edad, esto es la educación especial para estudiantes con discapacidades severas y el programa de integración escolar PIE que posibilita el acceso a la educación regular a estudiantes con discapacidades leves a moderadas y con discapacidad sensorial no ligada a una discapacidad intelectual.

Por la información recogida se establece que, si existe una relación entre las características socio demográficas de los niños y adolescentes con discapacidad y la oferta existente en educación, sin embargo existen múltiples áreas que requieren mejoras, en la educación especial, es necesario una reformulación de los talleres laborales, porque muchas veces se preocupan solo de entregar habilidades técnicas a los estudiantes y las habilidades sociales no son desarrolladas como debiese ser, por lo que el estudiante al enfrentarse al mundo laboral muchas veces no cuenta con las herramientas necesarias para poder integrarse al mundo del trabajo, esta falencia antes mencionada, es consecuencia de que los establecimientos no cuenten con convenios con instituciones para la realización de las prácticas de los estudiantes, por lo que estos no aprenden a desenvolverse en el mundo real, lo que muchas veces termina en el fracaso de los estudiantes. Los colegios con integración deben mejorar el trabajo colaborativo entre los profesionales del PIE y los profesores de educación regular, porque si no existe un trabajo en conjunto, la inclusión de los estudiantes con discapacidad se ve dificultada.

También existe la modalidad de aulas hospitalarias, pero no se consideró en este estudio porque está orientada a niños menores de 6 años.

Si bien, existe una oferta programática acorde con las características socios demográficas de los niños y adolescentes de la comuna, hay un área que no está siendo cubierta, esta área hace referencia a los niños con discapacidades sensoriales tales como déficit visual y auditivo que no esté ligado a una

discapacidad intelectual, esto porque las personas con este tipo de discapacidad no pueden por decreto acceder a un colegio especial y la educación regular no cuenta con los recurso materiales, ni profesionales para poder entregar una educación de calidad y en igualdad de condiciones a estos estudiantes, por lo que se hace necesario que en la comuna se cree una opción para estos estudiantes.

Por los datos arrojados en esta investigación existe un labor reconocida como buena y en algunos casos como excelente por los usuarios respecto a la labor realizada por los colegios orientados a discapacidad, pero todo este trabajo no tiene sentido si en la comuna no se mejora el tema de la inclusión de las personas con discapacidad, sobre todo en el ámbito laboral, que es donde más sufren discriminación, por lo que es necesario sensibilizar a la población respecto a esta temática, para poder de esta forma avanzar hacia la inclusión de las personas con discapacidad.

En síntesis, se puede establecer que si bien existe una variada oferta programática en los centros de salud de la comuna de Quillota, esta no está acorde a las necesidades y características de la población infanto juvenil de la comuna, debido a la sobre demanda existente.

Se considera que la oferta en educación está acorde con las necesidades de los niños y adolescentes con discapacidad de la comuna, pero debe mejorar algunos aspectos, tales como la cobertura de los programas de integración, los convenios de prácticas, el trabajo colaborativo entre los profesionales del PIE y los profesores de educación regular, entre otros, con el fin de entregar un mejor servicio.

También se concluye que no importa los esfuerzos que se hagan por separados en estas áreas, porque si no existe un trabajo colaborativo la discapacidad no puede ser tendida de forma integral, los profesionales y las autoridades deben entender que al sujeto no se puede separar por áreas, que es un ser biopsicosocial por lo tanto tiene que ser mirado como tal y que todos los componentes biológicos, psíquicos y sociales influyen de igual manera en el estado de salud y en la rehabilitación del sujeto por lo que no se puede priorizar uno sobre el otro y que la discapacidad no es un problema médico sino que es una problemática social.

5.4) Conclusiones Trabajo Social y Discapacidad.

El trabajo social tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas, esta labor se hace fundamental en la atención de personas con discapacidad.

Según lo observado durante la investigación, se ha podido establecer que el rol del Trabajador Social en el área discapacidad está ligado principalmente a una intervención de tipo asistencialista y gestionadora, esto quiere decir que los profesionales se encargan principalmente de gestionar beneficios y ayudas técnicas, en algunos casos también cumplen una labor orientadora.

Este encasillamiento de los profesionales, tiene que ver con la discapacidad es vista como una temática perteneciente al campo de la medicina y en muchos casos la labor del trabajador social sigue estando relegada a la entrega de beneficios.

Los profesionales ligados al área salud,siguen viendo la discapacidad como un problema netamente biológico y por ende médico, no comprenden que la discapacidad es también un problema de carácter social.

Es necesario trabajar la discapacidad desde un enfoque integral, con las familias, potenciando las habilidades de la persona con discapacidad.

Es necesario el desarrollo de competencias, con lógicas de intervención multidisciplinarias, basadas en el modelo social de discapacidad, para de esta manera poder proyectar la profesión en el ámbito de la discapacidad.

5.5) Conclusiones Generales.

El primer punto a destacar es que existe una correspondencia entre las opiniones de los usuarios y los profesionales de las áreas de salud y educación, ellos concuerdan en que la oferta programática orientada a discapacidad en la comuna no es suficiente y que no está en relación a las características y necesidades del segmento infanto juvenil de la comuna. También coinciden en que la discapacidad es vista desde un enfoque en el cual no considera a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, es una mirada estigmatizadora, discriminatoria, donde la integración y la inclusión no son parte de la cotidianidad, es decir, son principios que se proclaman pero que no se llevan a la práctica

Existe una total discordancia entre el discurso de los usuarios y profesionales y el de la representante del Municipio, como se señaló anteriormente los usuarios y profesionales consideran que la oferta orientada a discapacidad es insuficiente, en cambio la funcionaria considera que la oferta existente está acorde a los requerimientos de las personas con discapacidad, que todas las áreas están siendo cubiertas unas con más desarrollo que otras, pero están siendo cubiertas, reconoce que aún falta avanzar en la inclusión pero que las áreas de salud y educación están en relación con el perfil socio demográfico se los niños, niñas y adolescentes con discapacidad de la comuna y que las familias tienen la opción de elegir entre distintas alternativas la que más le acomode.

Según los hallazgos realizados en esta investigación se puede determinar que en el área salud no existe una correspondencia entre características socio demográficas y oferta existente, sobre todo en los sujetos con discapacidades más severas, se reconoce una carencia de especialistas, neurólogos y psiquiatras infantiles, el acceso a exámenes médicos complejos es casi imposible, los controles con especialistas tienen una periodicidad en promedio de un año, el paciente está durante un año sin control, también existe un desconocimiento respecto a la

necesidad real de salud de este grupo etario, porque no existe un registro de cuantos son, que tipo de discapacidad presentan, porque muchos optan por atenderse en Teletón, esta causal dificulta que se haga una evaluación de los programas existentes en torno a discapacidad para poder focalizarlos de una mejor manera.

En educación efectivamente existe una relación entre características y oferta, esta la opción de los colegios especiales para los estudiantes con discapacidades más severas y los con integración para las discapacidades leves a moderadas, pero falta avanzar en el tema de la inclusión, porque los esfuerzo realizados por la familia y los profesionales de educación se ven mermados o son infructuosos cundo el estudiante termina su ciclo educacional porque no puede incorporase al mundo laboral debido a la discriminación y a la falta de oportunidades.

En síntesis, existe una variada oferta en salud y educación orientada a discapacidad pero la demanda es muy alta lo que hace que esta sea insuficiente.

CAPITULO VI

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

CAPITULO VI: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

ANTECEDENTES PRELIMINARES.

La presente propuesta de intervención, se enmarca dentro de las deficiencias detectadas por la estudiante seminarista a lo largo del proceso de investigación y tiene como objetivo responder al objetivo específico 7 planteado en el diseño metodológico.

- **Objetivo Especifico:** "Organizar la creación de una red entre las instituciones enfocadas en la discapacidad que promueva la participación de niños, niñas ya adolescentes con discapacidad, a través del enfoque de derechos."

❖ **Cuadro 22: Planificación por fases:**

Fase 1: Inserción en la Institución y acercamiento a la temática. Esta primera fase tiene como objeto hacer un catastro de las instituciones orientadas a discapacidad existentes en la comuna y conocer cuál es la labor que estas realizan y también dar a conocer la investigación a estas instituciones e invitarlas a participar del proceso.
Fase 2: Diagnostico. Esta fase corresponde a identificar las principales problemáticas identificadas por las instituciones, profundizar en el trabajo que realizan. ✓ Actividades: Raelización de entrevistas indivuales. Relización de un focus groups atraves de la utilización de la dinámica de los sombreros de Bono, con el fin de ordenar la discusión. ✓ Evalución: Durante el desarrollo de esta etapa 3 colegios se niegan a participar de la investigación. A traves de las entrevistas individuales asi como tambien el focus groups se recoelcta la información suficiente para elaborar la propuesta de intervención.
Fase 3: Elaboración propuesta de intervención. En base a los antecedentes recabados y considerando las fortalezas, las debilidades y las potencialidades aportadas por los participantes se procede a elaborar la propuesta de intervención.

Propuesta de Intervención.

- **Cuadro 23: Propuesta de Intervención a través de una Matriz de Marco Lógico.**

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
Fin: Fortalecer la participación de las instituciones, agrupaciones, familiares y personas con discapacidad en la comuna de Quillota, a través de la articulación de una red de intersectorial, que promueva los derechos de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad de la comuna.	Al año 2017 se realizan en la comuna de Quillota encuentros entorno a la discapacidad de niños, niñas y adolescentes, desde la perspectiva de derechos, con el fin de construir un plan local entorno a la discapacidad.	- Sistematización de los encuentros en torno a la discapacidad con enfoque de derechos. - Lista de asistencia a los encuentros en torno a la discapacidad con enfoque de derechos. - Registros fotográficos. - Evaluación semestral y retroalimentación de encuentros en torno a la discapacidad con enfoque de derechos.	El Municipio promueve y facilita a través de la OPD y la Oficina Comunal de la discapacidad la participación del segmento infanto juvenil con discapacidad en la comuna de Quillota.
Propósito: Organizar la creación de una red entre las instituciones enfocadas en la discapacidad que promueva la participación de niños, niñas ya adolescentes con discapacidad, a través del enfoque de derechos.	-Entrevistas individuales realizadas - Focus groups realizado.	- Audio de las entrevistas. - Transcripciones de las entrevistas. - Registros fotográficos. - Lista de asistencia al focus groups.	Las instituciones y agrupaciones que trabajan en torno a la discapacidad promueven la participación de niños, niñas y adolescentes con discapacidad a través del enfoque de derechos.
Componentes/Productos: Producto 1: Entrevistas individuales realizadas. Producto 2: Focus groups realizado.	Que las entrevistas realizadas correspondan al menos al 90% del total de las instituciones y agrupaciones contactadas. Que al focus groups asistan al menos el 30% del total de las invitaciones repartidas.	- Audio de las entrevistas. - Lista de asistencia al focus groups. - Audio del focus groups. - Registros fotográficos.	Las instituciones y agrupaciones que trabajan en torno a la discapacidad, están dispuestas a conceder las entrevistas individuales y a asistir al focus groups.

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
Actividades: Producto 1: - Contactar a las organizaciones, agrupaciones e instituciones que trabajan en torno a la discapacidad en la comuna de Quillota. - Seleccionar para la realización de las entrevistas a aquellas organizaciones, agrupaciones e instituciones que tengan relación con la discapacidad del segmento infanto juvenil. - Gestionar la realización de las entrevistas individuales. -Realización de las entrevistas individuales. Producto 2: - Realizar la convocatoria vía electrónica a las instituciones que trabajan en torno a la discapacidad. - Repartir personalmente las invitaciones a las instituciones que trabajan en torno a la discapacidad. - Gestionar los materiales fungibles y el coffe break para la realización de la actividad. - Ejecución de la actividad.	Recursos: Recursos Humanos: La estudiante seminarista, quien debe contar con una amplia disponibilidad de tiempo, para acomodarse al horario de los y las entrevistados y las personas que accedan a realizar las entrevistas. Recursos Materiales. Grabadora de audio. Materiales fungibles para el focus groups. Materiales comestibles y bebestibles para el focus groups. Recursos Financieros. Solo los recursos necesarios para la locomoción.	Tiempo: Del 06 de mayo al 30 de septiembre. Tiempo: 5 semanas Del 23 de mayo al 27 junio.	Contar con los recursos de manera efectiva y eficiente y en el tiempo requerido.

Fuente: *Elaboración propia, 2013.*

CAPITULO VII

OPD Quillota
más derechos
Niños, Niñas y Adolescentes

BIBLIOGRFÍA

CAPITULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

LIBROS

- Ander-Egg, E. (2000) *Métodos y técnicas de la investigación social III, Como organizar el trabajo de investigación* Argentina: Editorial Lumen

- Ander-Egg, E. (2003) *Métodos y técnicas de la investigación social IV, Técnicas para la recogida de datos e información* Argentina: Editorial Lumen

- Barton, L. (1998). *Sociología y discapacidad: algunos temas nuevos*. En L. Barton (Ed.), Discapacidad y sociedad (pág. 24). Madrid: Morata/Fundación Paideia.

- Bernal C. (2006) *Metodología de la investigación* México: Pearson Prentice Hall.

- Biriffi J (2207) *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.* Ediciones Cica S.A.

- FONADIS (2004). *Estudio nacional de la discapacidad en Chile*.Satiago de Chile. OGRAMA.

- FONADIS (2006). *Discapacidad en Chile. Pasos hacia un modelo integral de funcionamiento humano*. Santiago de Chile.

- GARCÍA, C. (2010). *La discapacidad en chile: Situación actual y perspectivas*. Chile: Ministerio de Salud.

- Hernández R (2006) Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill Interamericana.

- OMS, OPS (2001). *Clasificación internacioanl del funcionamiento de la discapacidad y la salud*. España. MERSO

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

- Urquieta y Castañeda (2005). Lógicas de Intervención: Una mirada desde el Colectivo Profesional. Valparaíso: Universidad de Valparaíso. Escuela de Trabajo Social.

- Valles, M. (2007) Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Madrid: Editorial Sintesis.

SEMINARIOS DE TÍTULO.

- Ahumada Novoa, Andaur Vargas, Araya Parada Cáceres Cachana y Vergara Loaiza 2006. Sistematización de situaciones profesionales del trabajo social en el área de la discapacidad. Seminario para optar al titulo de asistente social y al grado de academico de licenciado en tranajo social. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Valparaíso.

- Ojeda Gallardo Cristina, 2012, Análisis Comparado de la política de discapacidad en Chile en el periodo 2006-2011. Administración Pública, Universidad de Valparaíso.

- Toledo R y otros (2006). *Estudio Descriptivo Explicativo sobre la Población Discapacitada usuaria de la Oficina de Discapacidad de Valparaíso.* Seminario para optar al titulo de asistente social y al grado de academico de licenciado en tranajo social. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Valparaí

ARTICULOS DE REVISTAS

- .Verdugo, M. (2005). Siglo cero revista española sobre discapacidad intelectual
-

OTROS DOCUMENTOS.

- Bases técnicas. Linea de acción Oficinas de Protección de Derechos de niños, niñas y adolescentes. Trienio 2012-2015, documento pdf
- Sistematización OPD Quillota 2011-2012, documento pdf.
- Unidades vecinales comuna de Quillota 2011. I. Municipalidad de Quillota. Documento. pdf.

DOCUMENTOS DIGITALES Y PÁGINAS WEB:

- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con discapacidad. http://www.un.org/es/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf . (2013).

- Declaración Universal de los derechos Humanos. http://www.un.org/es/documentos/udhr/ . (2013).

- Ley 19.284, de integración social de las personas con discapacidad. http://www.fnd.cl/Ley_19.29...pdf. Capturada el 30 de abril del 2013.

- Ley 20. 422, Establece normas sobre la igualdad de oportunidades y la inclusion social de las personas son discapacidad.
  capturado de http://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20422.
  30 de abril del 2013.

- Política Nacional de Educación Especial
  Nahttp://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/File/DOCUMENTOS%20VARIOS%202008/POLiTICAEDUCESP.pdf, capturado el 10 de mayo del 2013.

- Programa de Gobierno Sebastián Piñera 2010- 2014. http//www.minsegpres.gog.cl/wpconteent/2011/01/Programa_de_Gobierno_2010.pdf ,consultado el 07 de mayo del 2013.

ENTREVISTAS.

- Castillo Waleska, Directora de la DIDECO, entrevista realizada en las dependencias de la OPD Quillota, el 29 de octubre del 2013.
- Espinoza Elizabeth, Psicóloga programa integración escolar de los colegios Santiago Escuti y CEIA, entrevista realizada en las dependencias del CEIA, el 11 de septiembre del 2013.
- Gómez Karina, Directora colegio CEDIP, entrevista realizada en las dependencias del establecimiento, el 05 de agosto y el 03 de julio del 2013.
- González Sandra, Asistente Social programa NANEAS del hospital San Martín, entrevistas realizadas en la oficina de la profesional, en las dependencias del hospital. El 16 de mayo y el 09 de septiembre del presente año.
- Herrera Gloria, Coordinadora de la Oficina Comunal de la Discapacidad de Quillota. Entrevista realzada en las dependencias de la Oficina el 11 del julio del2013.
- Olguín Claudia, kinesióloga del Centro comunitario de rehabilitación del Centro de Salud Miguel Concha. Entrevistas realizadas en el centro de salud, el 27 de mayo y el 14 de agosto del 2013.

CAPITULO VIII

ANEXOS.

CAPITULO VIII: ANEXOS.

Anexo n°1: Marco Legal de educación Especial.

Fuente: *Elaboración propia, en base a la información recabada en www. educacionespecial.mineduc.cl*

Materia	Norma	Especificaciones.
Normativa General	Ley 20.201, de 2007. Modifica normas que regulan el financiamiento estatal de la Educación Especial.	Esta ley establece una subvención para alumnos con Necesidades Educativas Especiales de Carácter Transitorio, incrementa la subvención de educación especial para discapacidades más severas y perfecciona la normativa que regula a la educación especial.
	La Ley Nº 20.370, General de Educación, de 2009.	Esta ley establece principios inclusivos y reconoce la modalidad de Educación Especial. Sin embargo, el derecho a la integración educativa de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad quedaría sujeto a la libertad de enseñanza, es decir, a la voluntad de los oferentes de los servicios educativos para desarrollar proyectos de integración a la educación regular o crear escuelas especiales.
	La Ley Nº 20.422, de 2010. Deroga la ley Nº 19.284 y establece normas para la plena integración social de las personas con discapacidad.	En particular, define que los establecimientos públicos y privados de educación regular, deben incorporar innovaciones y adecuaciones curriculares para el acceso a los cursos o niveles existentes a las personas con discapacidad. Esta norma marca un contrapunto con la Ley Nº 20.370, LGE.
	El Decreto 221, de 2008. Promulga Convenio Internacional suscrito por Chile sobre integración de personas con discapacidad	Mediante este instrumento Chile reconoce y reafirma la universalidad, e interrelación de todos los derechos humanos, garantizando en particular que las personas no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad.
	Decreto Nº300,	Autoriza la organización y funcionamiento de cursos talleres básicos de nivel o etapa de orientación o capacitación laboral de la educación básica especial o diferencial, pare mayores de 26 años con discapacidad, en establecimientos comunes o especiales.
Integración escolar de estudiantes con NEE.	**Decreto Supremo N° 332/2011.**	Determina edades mínimas para el ingreso a la Educación Especial o Diferencial, modalidad de Educación de Adultos y de adecuaciones de aceleración curricular.
Discapacidad visual	**Decreto Supremo Nº170/2009**.	El Decreto N° 170 es el reglamento de la Ley Nº 20201 y fija normas para determinar los alumnos con necesidades educativas especiales que serán beneficiarios de la subvención para educación especial
	Decreto Exento Nº 89/1990.	Aprueba Planes y Programas de Estudio para alumnos con discapacidad visual.
	Decreto Exento Nº 637/1994.	Modifica Decreto Exento Nº 89/1990.
Discapacidad auditiva	**Decreto Exento Nº 86/1990**.	Aprueba Planes y Programas de Estudio para alumnos con discapacidad auditiva.
Discapacidad motora.	**Decreto Supremo Nº 577/1990**.	Establece normas técnico pedagógicas para la atención de alumnos con discapacidad motora.
Discapacidad por graves alteraciones en la capacidad de la relación y en la comunicación.	**Decreto Supremo Nº 815/1990.**	Aprueba Planes y Programas de Estudio para personas con autismo, disfasia severa o psicosis
	Decreto Exento Nº 87/1990.	Aprueba Planes y Programas de Estudio para alumnos con discapacidad intelectual.
Discapacidad Intelectual.	**Decreto Exento Nº 1300/2002.**	Aprueba Planes y Programas de Estudio para alumnos con trastornos específicos de lenguaje.
Trastornos específicos del lenguaje.	**Instructivo Nº 0610.**	Sobre atención de alumnos con trastornos específicos del lenguaje
	Decreto Nº 291/1999.	Reglamenta el funcionamiento de los grupos diferenciales en los establecimientos educacionales del país.
Escuelas y aulas hospitalarias.	Publicación Diario Oficial Nº20201.	El artículo 3º de esta Ley reemplaza el art. 31 de la Ley 19.284/95 sobre la atención de estudiantes hospitalizados
	Ordinario 702 del 06/12/2000.	Envía orientaciones técnico-administrativas para Escuelas y Aulas Hospitalarias
	Decreto Supremo Nº 374 /99	Complementa Decreto Supremo de Educación Nº 01/1998, autorizando la atención de los escolares hospitalizados.

Anexo 2: Universo y Muestra.

Listado de colegios orientados a discapacidad.

- **Colegios Especiales.**

Nombre Establecimiento.	Total Estudiantes.	Entre 6 y 18 años.	Encuestas realizadas	Observación.
Centro Integral de Educación Los Paltos.	96	75	25	Se dio la posibilidad de realizar las encuestas durante una reunión de apoderados.
Centro integral de desarrollo de las potencialidades CEDIP.	130	80	26	Se cito a los apoderados 2 veces especialmente para realizar la actividad solo llegaron 26.
Alguien dentro de mí.	12	8		No acepta a participar del proceso
Andalúe.	29	20	0	Se niega a participar de la investigación argumentando que el cuestionario no se ajusta a las características de los estudiantes.
Arcoíris Bajo el Sol.	62	56	20	Se cito a los apoderados 3 veces para realizar la actividad, solo llegaron en total 10 apoderados, se asistió en dos ocasiones a reuniones de apoderados pero los sujetos eran los mismo, solo se pudo hacer un máximo de 20 encuestas.
Centro de capacitación laboral Juan Pablo II.	30	10	10	En reunión de apoderados se pudo hacer el total de las encuestas.
TOTAL	359	221	81	

Fuente: *Elaboración propia, 2013.*

- **Escuelas Con Integración (PIE)**
- ✓ **Colegios Particulares Subvencionados.**

Nombre Establecimiento	Total estudiantes NEEP	Encuestas realizadas	Observación.
Colegio Terra Nova	¿?	¿?	No acepta participar de la investigación desde un principio por lo que se desconocen todos los datos.
Colegio Tierra del Fuego	54	0	Acepta participar de la investigación pero al momento de aplicar las encuestas no responden a la solicitud de la estudiante.
Colegio Cristiano de Quillota	6	5	Se realizan durante 3 días en las reuniones de apoderados.

Fuente: elaboración propia, 2013.

✓ **Municipales.**

Nombre del Establecimiento	Total Estudiantes NEEP	Encuestas realizadas	Observación.
Rep. De México	17	10	Apoderados no asisten en dos ocasiones.
Abraham Linconl	20	6	Apoderados no asisten en 4 ocasiones
Arauco	16	12	Realizadas en reuniones de apoderados.
Niñas Canadá	22	10	Se cita en dos ocasiones a los apoderados.
Nuestro Mundo	13	10	Se realiza en reuniones de apoderados.
Ramón Freire.	16	6	Se da la oportunidad de solo citar una vez a los apoderados.
Rep. Argentina	10	7	Se cita a los apoderados solo una vez.
Valle de Quillota	4	3	Se realiza en reunión de apoderados.
S.E.O	11	6	La realizan los estudiantes.
CEIA	19	10	Se da la posibilidad de aplicarla durante dos días a los estudiantes presentes.
TOTAL	148	80	

Fuente: *Elaboración propia, 2013.*

➢ **Centros de Salud Urbanos de la Comuna de Quillota.**

Centro	Principales Programas
Hospital San Martín	- NANEAS. - Salud mental (psiquiatría, psicología) - Neurología. - Salud Visual. - Deficiencias Auditivas
Centro de salud Dr. Miguel Concha	- Centro de rehabilitación comunitaria. -Programa postrados.
Centro de SALUD C.R.S.H	- Apoyo al desarrollo biopsicosocial de niños y niñas - Salud mental. - Atención a postrados. - Detección temprana del retraso psicomotor
Centro de promoción de la salud y la cultura (PROMO)	No posee programas orientados a discapacidad.
CECOF Cero Mayaca	- Atención a postrados. - Detección temprana del retraso psicomotor
Centro de Plataforma de Gestión familiar	Trabaja con mujeres embarazadas y no posee programas orientados a discapacidad.
CECOF Sta. Teresita	- Atención a postrados. - Detección temprana del retraso psicomotor
Centro de acogida Quillota Beatita Benavides	Atiende a personas terminales carentes de recursos, actualmente no posee usuarios entre 6 y 18 años con discapacidad.

Anexo 3: Instrumentos de Recolección de datos Cuantitativos.

Cuestionario para niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad de la zona urbana de la Comuna de Quillota

El presente cuestionario corresponde a un instrumento de recolección de datos que responde a la necesidad de conocer por parte de la OPD Quillota, el estado de la discapacidad en niños, niñas y jóvenes de la Comuna de Quillota.

El presente cuestionario es de carácter anónimo y la información recabada a través de este es de carácter confidencial y solo será utilizada con fines investigativos y estadísticos.

A continuación usted encontrará una serie de preguntas, cuyo propósito es caracterizar a los niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad, con esta información recabada ayudará a mejorar los programas existentes en salud y educación orientados a la discapacidad.

Muchas gracias por su colaboración.

Instrucciones:

1) La encuestadora es quien realizará las preguntas.
2) Si la persona con discapacidad, no se encuentra en condiciones para responder, podrá responder la encuesta los padres, familiares o cuidadores que estén a cargo de este.
3) Marque quien responderá el cuestionario.
   ------- Padre o Madre.
   ------- Otro familiar.
   ------- Cuidador
   ------- Persona con discapacidad.

No olvide que las preguntas se refieren a niños, niñas y adolescentes con discapacidad.

1) Datos del encuestado

Establecimiento:

1.1) Sexo:	**1.2) Rango Etario.**
----- Femenino ----- Masculino	----- 6 a10. ----- 11 a 15 ----- 16 a 18.

2) Educación.

2.1) ¿En qué modalidad de enseñanza estudia o estudió?	**2.2) ¿Cuántos años lleva estudiando?**
----- Normal ----- Con Integración. ----- Especial. ----- Nunca asistió .	----- Nunca asistió ----- 1 a 3. ----- 4 a 7. ----- 8 a 12

2.3) ¿Cuál es el nivel de estudio a la fecha?
----- Pre Básica Incompleta.
----- Pre Básica Completa.
----- Básica incompleta.
----- Básica completa.
----- Media/técnica incompleta.
----- Media/técnica completa.
----- Taller laboral Incompleto.
----- Taller laboral Completo.
----- Superior Incompleta.

3) Ocupación.

¿Cuál es su ocupación actual?
----- Estudiante.
----- Trabajador dependiente.
----- Trabajador Independiente.
----- Trabajador informal.
----- Dueña de casa.
----- Cesante.
----- Sin ocupación.

4) Composición del grupo familiar.

4.1) ¿Cual es el número de integrantes de su grupo familiar?	**4.2) ¿Cuál es su tipo de hogar?**
----- 1 a 3. ----- 4 a 6. ----- Más de 6.	----- Unipersonal. ----- Nuclear Simple. ----- Nuclear Monoparental. ----- Nuclear Biparental. ----- Extensa simple. ----- Extensa. ----- Extensa biparental. ----- Extensa Amplia. ----- Reconstituida.

4.3) ¿Quien es el jefe(a) de hogar? ----- Madre. ----- Padre. ----- Abuelo(a). ----- Padrastro. ----- Otro	**4.4) ¿Cuál es la ocupación del jefe(a) de hogar?** ----- Trabajador dependiente. ----- Trabajador Independiente. ----- Trabajador Informal. ----- Trabajador y Estudiante. ----- Pensionado. ----- Cesante. ----- Otro.
4.5) ¿Cuál es la ocupación de la madre? ----- Trabajadora dependiente. ----- Trabajadora Independiente. ----- Trabajadora Informal. ----- Trabajadora y Estudiante. ----- Pensionada. ----- Dueña de Casa. ----- Cesante. ----- Madre Ausente. ----- Otro.	**4.6) Nivel de Estudio del/a Jefe/a de hogar.** ----- Sin Estudio. ----- Básica Incompleta. ----- Básica Completa. ----- Media Incompleta. ----- Media Completa. ----- Laboral Incompleta. ----- Laboral Completa. ----- Técnica/ Superior Incompleta. ----- Técnica/ Superior Completa.
4.6) Nivel de Estudio de la madre. ----- Sin Estudio. ----- Básica Incompleta. ----- Básica Completa. ----- Media Incompleta. ----- Media Completa. ----- Laboral Incompleta. ----- Laboral Completa. ----- Técnica/ Superior Incompleta. ----- Técnica/ Superior Completa	
4.7) Relación de los padres. ----- Casados. ----- Convivientes. ----- Separados. ----- Nunca se casaron ni convivieron. ----- Viudo (a).	

5) Vivienda.	
5.1) ¿La vivienda que ocupa es? ----- Propia Pagada. ----- Propia pagando dividendo. ----- Arriendo. ----- Comodato/Cedida ----- Allegado. ----- Sucesión/Herencia. ----- Usufructo.	**5.2) ¿Qué tipo de vivienda ocupa?** ----- Casa. ----- Departamento. ----- Media agua. ----- Otro.
5.2) ¿Cuál es la materialidad de su vivienda? ----- Sólida (cemento, hormigón, ladrillo). ----- Mixta (sólida-madera) ----- Ligera. ----- Adobe. ----- Desechos.	

6) Salud.	
6.1) ¿Qué tipo de discapacidad presenta?: ----- Física/ Motora. ----- Psíquica/ Intelectual. ----- Sensorial. ----- Física y Psíquica o Intelectual. ----- Física y Sensorial. ----- Psíquica y Sensorial ----- Multideficit. ¿Cuál es su diagnostico? _____ _____	**6.2) ¿Cuál es su grado de discapacidad?:** ----- Discapacidad mínima (10%). ----- Discapacidad obvia (20%). ----- Discapacidad seria (60%). ----- Discapacidad muy seria (80%) ----- Discapacidad total. (100%). ----- No sabe. O también puede ser: ----- Leve. ----- Moderada. ----- Severa. ----- Muy Severa o Total. ----- No sabe.
6.3) ¿Cuál es el origen de su discapacidad? ----- Congénita. ----- Complicaciones en el parto. ----- Por Enfermedad. ----- Tumor. ----- Secuela neurológica. ----- Accidente. ----- No especificado. ----- Otro. ----- No sabe	**6.4) ¿Tiene alguna enfermedad asociada a la discapacidad?** ----- Si. ----- No. ----- No sabe
6.5) ¿Tiene alguna enfermedad NO asociada a la discapacidad? ----- Si. ----- No ----- No sabe	**6.6) ¿Está inscrito/a en un centro de atención primaria?** ----- Si. ----- No.
6.7) ¿En qué tipo de centro de salud se atiende? ----- Atención primaria. (Consultorio, CESFAM, CECOF). ----- Especialidades Hospital ----- Centro de salud Privado. -----Centro especializado en discapacidad. ----- Teletón. ----- Otro.	**6.8) ¿Usted requiere rehabilitación?** ------ Si. ------ No. ------ No sabe. **6.9) ¿Qué tipo de rehabilitación requiere?** ----- Física/ Motora. ----- Sensorial. ----- Salud Mental.
6.10) ¿Usted recibe la rehabilitación requerida? ------ Si. ------ No. ----- No sabe.	**6.11) ¿Necesita tratamiento fonoaudiológico?** ----- Si. ----- No. ----- No necesita.

	----- No sabe.
6.12) ¿Recibe el tratamiento fonoaudiológico requerido? ----- Si. ----- No. ----- No necesita. ----- No sabe.	**6.13) ¿Usted requiere actividad fisioterapéutica?** ----- Si. ----- No ----- No requiere. ----- No sabe.
6.14) ¿Qué tipo de actividad fisioterapéutica requiere? ----- Termoterapia. ----- Masoterapia. ----- Electroterapia. ----- Mecanoterapia. ----- Laserterapia. ----- Kinesioterapia. ----- Reducción postural. ----- Ultrasonoroterapia. ----- Fototerapia. -----Hidroterapia. ----- Crioterapia. ----- Corriente Rusa. ----- No requiere. ----- No sabe.	**6.15) ¿Usted realiza actividad fisioterapéutica?** ----- Si. ----- No. ----- No requiere. ----- No sabe.
6.16) ¿Usted requiere ayuda técnica? ----- Si. ----- No ----- No sab	**6.17) ¿Usted posee la ayuda técnica requerida?** ----- Si. ----- No. ----- No requiere. ----- No sabe.
6.18) ¿Qué tipo de ayuda técnica necesita? ----- Prótesis ----- Silla de ruedas. ----- Bastón ortopédico. ----- Muletas. ----- Bastón guiador. ----- Lentes ópticos. ----- Audífonos. -----Ortesis. ----- Andador. ----- Otros. ----- No requiere. ----- No sabe	**6.19) ¿Cuál fue la vía de adquisición de la ayuda técnica?** ----- Consultorio/ CESFAM/ CECOF. ----- Oficina de la discapacidad. ----- Teletón. -----SENADIS ----- Medios propios. ----- Arriendo. ----- Regalo. ----- Préstamo. ----- Otro. ----- No sabe.
6.20) ¿Requiere apoyo a la salud mental? ----- Si. ----- No. ----- No sabe	**6.20) Tipo de apoyo requerido.** ----- Psicoterapia. ----- Grupo de autoayuda. ----- Grupo terapéutico. ----- Tratamiento psíquico. ----- Tratamiento psiquiátrico. ----- PIE. ----- No sabe. ----- No requiere.

6.22) ¿Recibe el apoyo a la salud mental requerido? ---- Si. ---- No. ---- No sabe. ---- No requiere.	**6.23) ¿Posee declaración de interdicción?** ----- Si. ----- No ----- No sabe.
6.24) Estado de salud del padre o el jefe de hogar. ----- Sano. ----- Con Discapacidad. ----- Con enfermedad crónica. ----- No sabe.	**6.25) Estado de salud de la madre.** ----- Sana. ----- Con Discapacidad. ----- Con enfermedad crónica. ----- No sabe.

7) Seguridad Social.	
7.1) ¿Usted posee pensión por discapacidad? ------ Si. ------ No. -----No sabe.	**7.2) ¿Usted posee credencial de discapacidad?** ----- Si ----- No ----- No sabe. .
7.3) ¿Cuál es el estado actual de su credencial de discapacidad? ----- Vigente. ----- Indefinida. ----- En trámite. ----- Vencido. ----- No sabe.	

Cuestionario para aplicar a Profesionales y Técnicos del área educacional que trabajan en discapacidad. (Educación Especial).

El presente cuestionario responde a la necesidad de investigación por parte de la OPD Quillota y la estudiante seminarista de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, y tiene como fin entregar información certera respecto al estado de la discapacidad en la Comuna de Quillota.

A continuación usted encontrará una serie de preguntas, el propósito de estas conocer cuál es la oferta programática existente en el área salud orientada a la discapacidad.

La información recabada será comparada con el perfil socio demográfico de los niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad de la comuna.

Instrucciones.

1) Las preguntas de este cuestionario serán aplicadas por la estudiante seminarista.
2) Es requisito de la persona que responda llevar trabajando un periodo mínimo de 6 meses, en temáticas relacionadas con la discapacidad.

Recuerde que las preguntas están orientadas a conocer la oferta programática en torno a la discapacidad en el área salud para niños, niñas y adolescentes de entre 5 a 18 años.

1) Datos del encuestado
Profesión:
Cargo:
Institución:
Dirección Institución:
Teléfono:
Correo:
Tiempo que lleva en la institución.

2) Antecedentes Generales.	
2.1) ¿Cuál es la dependencia administrativa de la institución? ----- Corporación Municipal. ----- Particular Subvencionado. ----- Particular pagado. ----- Corporación privada.	
2.2) Nivel ----- Pre básico ----- Básico ----- Pre básico hasta Básico. ----- Laboral. ----- Pre básico hasta laboral. ----- Básico hasta laboral.	**2.3) Tipo de financiamiento**. ---- Gratuito. ---- Financiamiento compartido. ---- Pagado.

3) Discapacidad y Educación.	
3.1) ¿Con que tipos de discapacidad trabaja? . ----- Física/Motora. ----- Sensorial ----- Psíquica/Mental. ----- Física y Sensorial. ----- Física y Psíquica. ----- Sensorial y Psíquica. ----- Trastornos de la relación y la comunicación ----- Multi déficit. ----- Física, Psíquica, señorial ----- Física, Psíquica, señorial, y Multi déficit.	**3.2) ¿Con que grados de discapacidad trabaja?** ----- Solo discapacidad minina (10%). ----- Solo discapacidad obvia (20%). ----- Solo discapacidad seria (60%). ----- Solo discapacidad muy seria (80%) ----- Solo discapacidad total (100%). ----- Hasta discapacidad obvia (20%). ----- Hasta discapacidad seria (60%). ----- Hasta discapacidad muy seria (80%). ----- Hasta discapacidad total (100%)
3.3) Numero de estudiantes en el nivel pre básico ----- Menos de 15 -----15 ----- Más de 15 estudiantes	**3.4) Número de estudiantes nivel básico.** ----- Menos de 15 ----- 15. ----- Más de 15.

3.5) Numero de estudiantes en el nivel laboral. ----- Menos de 15. ----- 15. ----- Más de 15.	**3.7) Numero de estudiantes con multi déficit/ multi requerimientos por curso.** ----- Menos de 8. ----- 8 ----- Más de 8.
3.6) ¿Cuenta con curso exclusivo para multi déficit? -----Si ----- No	
3.8) Tipo de jornada escolar. ----- Media Jornada. ----- Jornada Completa ----- Diferenciada por edades ----- Diferenciada para multi retos.	**3.9) ¿El establecimiento cuenta con educadora diferencial?** ----- Si. ----- No.
3.10) ¿El establecimiento cuenta con psicólogo? ----- Si. ----- No.	**3.11) ¿El establecimiento cuenta con Psicopedagogo?** ----- Si. ----- No.
3.12) ¿El establecimiento cuenta con Kinesiólogo/a? ----- Si. ----- No.	**3.13) ¿El establecimiento cuenta con Fonoaudiólogo/a?** ----- Si. ----- No.
3.14) ¿El establecimiento cuenta con terapeuta ocupacional? ----- Si. ----- No.	**3.15) ¿Que talleres laborales se realizan en el centro?** ----- Panadería. ----- Pastelería. ----- Chocolatería. ----- Lavandería. ----- Encuadernación/ Papelería. ----- Taller de mosaico. ----- Decoración de bolsas Reutilizables. ----- Jardinería. ----- Otro. ----- Se crean según las necesidades de los estudiantes.
3.16) ¿Cuenta con algún tipo de terapia alternativa? ----- Si. ----- No.	**3.17) ¿Con que tipo de terapia cuenta?** ----- Kinesioterapia. ----- Hidroterapia. ----- Equinoterapia. ----- Musicoterapia. ----- Otro.
3.18) ¿Cuenta con un plan complementario de apoyo? ----- Si. ----- No.	**3.19) ¿Qué tipo de plan complementario de apoyo realiza?** ----- Psicopedagógico. ----- Psicológico. ----- Fonoaudiológico. ----- Kinesiológico. ----- Médico.
3.20) ¿El curriculum que imparte es? ----- Común. ----- Modificado.	**3.21) ¿Realizan talleres complementarios?** -----Sí. ---- No.

3.22)¿Qué tipo de taller realiza? ----- Música. ----- Deporte. ----- Ecología. ----- Danza. ----- Sexualidad. -----Otro.	**3.23) ¿Cuenta con convenios de práctica con instituciones o empresas para los estudiantes?** ----- Si ----- No
3.24) ¿Se realizan talleres de psico educación para los padres? ----- Si. ----- No.	**3.25) ¿Cuenta con acceso universal en el edificio para facilitar el acceso a las personas con discapacidad?** ----- Si ----- No
3.26) ¿El colegio posee estudiantes egresados trabajando en la actualidad? ----- Si. ----- No	**3.27) ¿Cómo calificaría el resultado del proceso de inserción laboral de los estudiantes egresados del establecimiento?** ----- Muy bueno. ----- Bueno ----- Regular ----- Malo. ----- Muy Malo.

FECHA DE APLICACIÓN:_____

Cuestionario para aplicar a Profesionales y Técnicos del área educacional que trabajan en discapacidad. (Educación con Integración).

El presente cuestionario responde a la necesidad de investigación por parte de la OPD Quillota y la estudiante seminarista de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, y tiene como fin entregar información certera respecto al estado de la discapacidad en la Comuna de Quillota.

A continuación usted encontrará una serie de preguntas, el propósito de estas conocer cuál es la oferta programática existente en el área salud orientada a la discapacidad.

La información recabada será comparada con el perfil socio demográfico de los niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad de la comuna.

Instrucciones.

3) Las preguntas de este cuestionario serán aplicadas por la estudiante seminarista.
4) Es requisito de la persona que responda llevar trabajando un periodo mínimo de 6 meses, en temáticas relacionadas con la discapacidad.

Recuerde que las preguntas están orientadas a conocer la oferta programática en torno a la discapacidad en el área salud para niños, niñas y adolescentes de entre 6 a 18 años.

1) Datos del encuestado	
Profesión:	
Cargo:	
Institución:	
Dirección Institución:	
Teléfono:	
Correo:	
Sexo: ----- Femenino ----- Masculino	**Tiempo que lleva en la institución.**

Datos Programa PIE.
Coordinador/ra:
Profesión:
Correo:
Teléfono:

2) Antecedentes Generales.	
2.1) ¿Cuál es la dependencia administrativa de la institución? ----- Corporación Municipal. ----- Particular Subvencionado. ----- Particular pagado. ----- Corporación privada.	**2.2) Tipo de financiamiento:** ----- Gratuito. ----- Financiamiento Compartido. ----- Pagado.
2.3) Tipo de Establecimiento ----- Científico Humanista. ----- Técnico. ----- Sin especialidad.	**2.4) Nivel educacional.** **-----** Pre básico y básico. ----- Básico. ----- Medio. ----- Básico y medio. ----- Desde pre básico a media.
2.5) Número total de estudiantes por curso. ----- Entre 15 y 20. ----- Entre 21 y 30. ----- Entre 31 y 40. ----- Más de 40.	

<table>
<tr><td colspan="2">3) Discapacidad y Educación.</td></tr>
<tr><td>3.1) ¿Cuál es el número de estudiantes con discapacidad transitoria por curso?

----- Menos de 5.
----- 5.
----- Más de 5.</td><td>3.2) ¿Cuál es el número de estudiantes con discapacidad permanente por curso?

----- Menos de 2.
----- Dos.
----- Más de 2.</td></tr>
<tr><td>3.3) ¿El establecimiento cuanta con personal especializado en discapacidad?
----- Si.
----- No.</td><td>3.4) ¿El establecimiento cuenta con educadora diferencial?

----- Si.
----- No.</td></tr>
<tr><td>3.5) ¿El establecimiento cuenta con Kinesiólogo/a?

----- Si.
----- No.</td><td>3.6) ¿El establecimiento cuenta con Fonoaudiólogo/a?

----- Si.
----- No.</td></tr>
<tr><td>3.7) ¿El establecimiento cuenta con terapeuta ocupacional?

----- Si.
----- No.</td><td>3.8) ¿El establecimiento cuenta con psicólogo?

----- Si.
----- No.</td></tr>
<tr><td>3.9) ¿El establecimiento cuenta con psicopedagogo?
----- Si.
----- No.</td><td rowspan="2">3.11) ¿Con que tipos de discapacidad trabaja?
----- Física/Motora.
----- Sensorial
----- Psíquica/Mental.
----- Física y Sensorial.
----- Física y Psíquica.
----- Sensorial y Psíquica.
----- Multi déficit.
----- Física, Psíquica, señorial.
----- Física, Psíquica, señorial y Multi déficit.</td></tr>
<tr><td>3.10) ¿El establecimiento cuenta con interprete en lengua de señas?
----- Si.
----- No</td></tr>
</table>

3.12) ¿Con que grados de discapacidad trabaja? ----- Solo discapacidad minina (10%). ----- Solo discapacidad obvia (20%). ----- Solo discapacidad seria (60%). ----- Solo discapacidad muy seria (80%) ----- Solo discapacidad total (100%). ----- Hasta discapacidad obvia (20%). ----- Hasta discapacidad seria (60%). ----- Hasta discapacidad muy seria (80%). ----- Hasta discapacidad total (100%)	**3.13) ¿Cuenta con aula de recursos?** ----- Si. ----- No. **3.14) ¿Cuenta con talleres socio educativo para los padres o cuidadores de los estudiantes con discapacidad?** ----- Si ----- No.
3.15) ¿Se realizan actividades de socio educación sobre discapacidad a los estudiantes sin discapacidad del establecimiento? ----- Si. ----- No.	**3.16) ¿Cuenta con acceso universal en el edificio para facilitar el acceso a las personas con discapacidad?** ----- Si ----- No.

FECHA DE APLICACIÓN_____

Cuestionario para aplicar a Profesionales y Técnicos del área salud enfocados a la discapacidad.

El presente cuestionario responde a la necesidad de investigación por parte de la OPD Quillota y la estudiante seminarista de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, y tiene como fin entregar información certera respecto al estado de la discapacidad en la Comuna de Quillota.

A continuación usted encontrará una serie de preguntas, el propósito de estas conocer cuál es la oferta programática existente en el área salud orientada a la discapacidad.

La información recabada será comparada con el perfil socio demográfico de los niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad de la comuna.

Instrucciones.

5) Las preguntas de este cuestionario serán aplicadas por la estudiante seminarista.
6) Es requisito de la persona que responda llevar trabajando un periodo mínimo de 6 meses, en temáticas relacionadas con la discapacidad.
7) Recuerde que las preguntas están orientadas a conocer la oferta programática en torno a la discapacidad en el área salud para niños, niñas y adolescentes de entre 6 a 18 años.

1)Datos del encuestado
Profesión:
Cargo:
Institución:
Dirección Institución:
Teléfono:
Correo:
Tiempo que lleva en la institución.

2) Antecedentes Generales.	
2.1) ¿La institución en que ud trabaja se encuentra dentro de los siguientes tipo? ----- Hospital. ----- Clínica. ----- Consultorio. ----- CESFAM. ----- CECOF. ----- Centro de tratamiento especializado. ----- Centro de rehabilitación.	**2.2) Dependencia de la institución.** ----- Pública. ----- Privada. .

3) Discapacidad y Salud.	
3.1) ¿El centro posee personal especializado en discapacidad? ----- Si ----- No	**3.2) ¿El centro de salud cuenta con kinesiólogo?** ----- Si ----- No
3.3) ¿El centro cuenta neurólogo? ----- Si ----- No.	**3.4) ¿El centro cuenta con fonoaudiólogo?** ----- Si. ----- No.
3.5) ¿El centro cuenta con Fisioterapeuta? ----- Si. ----- No.	**3.6) ¿El centro cuenta con psicólogo?** ----- Si. ----- No.
3.7) ¿El centro cuenta con Terapeuta ocupacional? ---- Si ---- No.	**3.8) ¿El centro cuenta con psiquiatra?** ----- Si. ----- No.

<table>
<tr><td>3.9) ¿El centro cuenta con pediatra?

----- Si.
----- No</td><td>3.10) ¿Con que tipos de discapacidad trabaja?

----- Física/ motora.
----- Sensorial.
----- Psíquica/ mental.
----- Física y sensorial.
----- Física y psíquica.
----- Sensorial y psíquica.
----- Física, Intelectual y Sensorial.
----- Física, Intelectual y Sensorial y multi requerimientos.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3.11) ¿Con que grados de discapacidad trabaja?
----- Solo discapacidad minina (10%).
----- Solo discapacidad obvia (20%).
----- Solo discapacidad seria (60%).
----- Solo discapacidad muy seria (80%)
----- Solo discapacidad total (100%).
----- Hasta discapacidad obvia (20%).
----- Hasta discapacidad seria (60%).
----- Hasta discapacidad muy seria (80%).
----- Hasta discapacidad total (100%).</td><td>3.12) ¿En el centro se realiza rehabilitación?

----- Si.
----- No.</td></tr>
<tr><td>3.13) ¿Qué tipos de rehabilitación realiza?

----- Fisioterapia.
----- Salud mental.
----- Sensorial.</td></tr>
<tr><td colspan="2">3.14) ¿Qué tipo de actividad fisioterapéutica realiza?
----- Termoterapia.
----- Masoterapia.
----- Electroterapia.
----- Mecanoterapia.
----- Laserterapia.
----- Kinesioterapia.
----- Reducción postural.
----- Ultrasonoroterapia.
----- Fototerapia.
----- Hidroterapia.
----- Todas</td></tr>
<tr><td>3.15) ¿Qué tipos de terapias de salud mental realiza?
----- Psicoterapia.
----- Grupos de auto ayuda
----- Grupo terapéutico.
----- Tratamiento Psiquiátrico.
----- Tratamiento psicológico.
----- Otro.</td><td>3.16) ¿Entrega ayudas técnicas?
----- Si.
----- No.</td></tr>
</table>

3.17) ¿Que tipos de ayudas técnicas entrega? ----- Prótesis ----- Silla de ruedas. ----- Bastón ortopédico. ----- Muletas. ----- Bastón guiador. ----- Lentes ópticos. ----- Audífonos. -----Ortesis. ----- Andador. ----- Modalidad Ges ----- Otros.	**3.18) ¿Bajo qué modalidad entregan las ayudas técnicas a los usuarios?** ----- Regalo. ----- Préstamo. ----- Arriendo. ----- Comodato. ----- Modalidad Ges. ----- Todas las anteriores. ----- Otro.
3.19) ¿Las ayudas técnicas que recibe el centro de quien o quienes proviene? ----- Gobierno central. ----- Gobierno regional. ----- SENADIS. ----- Municipio. ----- Donaciones de privados. ----- Recursos propios. ----- Ges. ----- Otro.	**3.20) ¿El centro cuenta con acceso universal para las personas con discapacidad?** ----- Si. ----- No.
3.21) ¿El centro cuenta con la tecnología adecuada para atender las necesidades de las personas con discapacidad? ----- Si. ----- No.	
3.22) ¿El centro cuenta con programa de salud visual?. ----- Si. ----- No.	**3.23) ¿El centro cuenta con programa de detección y prevención del retraso psicomotor?** ----- Si. ----- No.
3.24) ¿El centro realiza campañas de prevención de VIH/SIDA? ----- Si. ----- No.	
3.25) ¿El centro desarrolla algún programa de prevención de uso de estupefacientes? ----- Si. ----- No.	**3.26) ¿El centro cuenta con programa de atención a postrados?** ----- Si. ----- No.

Anexo 4: Instrumentos Cualitativos de Recolección de datos.

Entrevista apoderada Colegio _____.

ENTREVISTA APODERADOS.

IDENTIFICACIÓN ENTREVISTADO:	
SEXO:	**EDAD:**
INSTITUCIÓN:	
IDENTIFICACIÓN ESTUDIANTE:	
SEXO:	**EDAD:** 17
CURSO/NIVEL:	**TIPO DE DISCAPACIDAD:** .

1) ¿Qué se entiende por discapacidad en la comuna?

2) ¿Cuál es opinión de la forma en que se atiende la discapacidad de niños y adolescentes en la comuna, es decir, los programas que hay en la comuna para ellos?

3) ¿Qué tipo de colegios conoce usted que sean para niños con discapacidad y que ofrece cada uno?

4) ¿Sabe usted cual es la diferencia entre un colegio especial y un colegio con integración?

5) ¿Cuál es su opinión de la labor que realizan los colegios que trabajan con discapacidad en Quillota?

6) ¿En que se fija usted para elegir el colegio donde asistirá su hijo/a?

7) ¿Cree usted que el hospital y los consultorios de la comuna ofrecen la atención adecuada a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad?

8) ¿Que temas sobre discapacidad cree usted quedeben ser mejorados en Quillota?

Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

ENTREVISTA PROFESIONALES

EDUCACIÓN ESPECIAL

E INTEGRACIÓN.

DATOS ENTREVISTADO/A:
INSTITUCIÓN:
PROFESIÓN:
CARGO:
SEXO:

1) Desde su mirada ¿Qué significa ser una persona con discapacidad?
2) En la comuna ¿Cómo está siendo abordada la temática discapacidad? ¿cree que es la forma adecuada?
3) En su opinión ¿cuáles son las ventajas y desventajas que presentan los colegios especiales en el servicio que ofrecen a los estudiantes con discapacidad?
4) En su opinión ¿cuáles son las ventajas y desventajas que presentan los colegios con integración en los servicios que ofrecen en la atención de estudiantes con discapacidad?
5) En relación a los talleres laborales que se imparten en los colegios especiales, ¿considera usted que están acorde a las necesidades del segmento infanto juvenil con discapacidad y que las habilidades para la vida y el trabajo que entregan le serán útiles al estudiante al momento de enfrente al mundo laboral?
6) En relación a la política educacional actual orientada a discapacidad ¿considera usted que posee los lineamientos adecuados a los requerimientos educacionales de los niños o debiese tener otro enfoque?
7) ¿Qué áreas o temas en discapacidad infantil considera usted que debiesen ser mejorados en un corto plazo en la comuna?

Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

ENTREVISTA PROFESIONALES

ÁREA SALUD.

DATOS ENTREVISTADO/A:
INSTITUCIÓN:
PROGRAMA:
PROFESIÓN:
CARGO:

1) Desde su opinión como profesional ¿Qué significa ser una persona con discapacidad en la comuna de Quillota?

2) En su opinión, ¿Cómo está siendo abordada la temática discapacidad de niños, niñas y adolescentes en la comuna de Quillota?

3) ¿Usted podría nombrar y describir la oferta orientada a discapacidad en la red salud de la comuna?

4) En relación a la oferta de programas del área salud orientados a la discapacidad ¿considera usted que está en relación con las características de la población infanto juvenil con discapacidad existente en la comuna?

5) ¿Referente a la temática discapacidad cuál o cuáles cree usted que son los nudos críticos existentes?

6) En su opinión ¿Cómo debería ser abordada la discapacidad infanto juvenil en el área salud?

7) ¿En relación a las discapacidades en niños, niñas y adolescentes, cuál o cuáles cree usted que son los elementos o problemáticas en salud más importantes que deben ser abordados o mejorados en un corto plazo en la comuna?

Anexo 5: Entrevistas iniciales educación.

Pauta Colegios Especiales.

Identificación del Establecimiento.	
Nombre del Establecimiento:	
Dirección	
Teléfono:	**Correo:**
Tipo de Establecimiento: ---- Particular --- Particular Subvencionado. ---- Municipalizado.	**Número de matrícula:**. **Matricula de estudiante entre 05 y 18 años:**

Datos de la Entrevistada.(o)	
Nombre	
Cargo:	**Profesión**
Tiempo que lleva trabajando en el establecimiento:	

Pauta de Conversación.
1) ***¿Cuáles son los rangos etareos de los usuarios***
2) *¿Que tipos y grados de discapacidad presentan los niños, niñas que asisten en este establecimiento?*
3) ¿Los niveles se distribuyen mediante el decreto 87/1990? ¿Cuántos cursos por nivel hay? O se basa en dto. 815/90? ***- ¿Cómo se trabaja en los cursos donde existen niños con diferentes niveles de discapacidad?***
4) ¿Cual es la vía mayoritaria de ingreso de los niños?
5) ¿Existe algún mecanismo de selección de usuarios por parte del establecimiento?
7) ¿Qué talleres laborales se imparten?
8) ¿Cuánta con convenios con empresas o instituciones para inserción de los estudiantes de los talleres laborales? ***¿Cree que efectivamente los talleres laborales sirven de preparación para la vida y el trabajo?***
10) ¿Cuenta con algún programa de rehabilitación? ¿Puede describirlo y especificar el tipo de rehabilitación por favor?
11) ¿Trabaja con alguna organización o institución relacionada con discapacidad?
12) Referente a la discapacidad ¿Cuáles cree ud. Que son los elementos más relevantes que deben ser trabajado en un corto plazo? Teniendo como objetivo mejorar la condición de vida de los niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad.

Anexo 6: Entrevista representante del Municipio.

Entrevista.

Educación.

1.- ¿Cuál es el concepto de discapacidad de se maneja en la comuna?

2.- ¿De qué forma está siendo abordada la discapacidad en la comuna? ¿Cree usted que es la manera adecuada?

3.- En su opinión ¿Cuales considera usted que son las fortalezas y debilidades que poseen los colegios con integración y los colegios especiales?

4.- En relación a los talleres laborales que se imparten en los colegios especiales ¿cree usted que efectivamente entregan habilidades para la vida y el trabajo?

5.- En relación a la Política Nacional de de Educación Especial ¿considera usted que lineamientos en los que se basa son los adecuados a los requerimientos de los niños y adolescentes con discapacidad?

Salud.

6.- En relación a la oferta de programas en el área salud orientados a discapacidad ¿considera usted que están en relación con las características y requerimientos de la población infanto juvenil con discapacidad?.

7.- En relación a discapacidad y salud ¿Cuál o cuáles considera usted que son los nudos críticos existentes?

General.

8.- ¿Cuál es el rol y las funciones que debe cumplir la Oficina Comunal de Discapacidad?

9.- ¿El municipio de qué forma vela o que estrategias realiza para hacer efectiva la inclusión de las personas con discapacidad en la comuna?

10.- En su opinión, ¿Qué áreas o temas en relación a la discapacidad de niños y adolescentes, considera usted que debiesen mejorados en un corto plazo?

Anexo 7: Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,……,, acepto en forma libre y voluntaria y con debido conocimiento de causa, participar en el estudio denominado: “Estudio Exploratorio Descriptivo sobre la discapacidad de niños, niñas y adolescentes en la comuna de Quillota. ”Conozco la condición de confidencialidad, privacidad y anonimato del presente estudio. De igual forma, estoy al tanto que esta investigación no implicará gastos para mí. Me comprometo a disponer del tiempo que se requiera para la aplicación de los instrumentos de este estudio (entrevistas, focus group, etc). Serán de responsabilidad de la estudiante seminarista y de la Universidad de Valparaíso, los procedimientos y salvaguardas de la presente investigación.

Nombre y Firma: _____

Fecha:_____