

PERCEPCIONES SOBRE
inclusión social, discapacidad
— e intervenciones de —
**REHABILITACIÓN BASADA
EN LA COMUNIDAD (RBC)**
— en actores de —
CENTROS COMUNITARIOS, DE
REHABILITACIÓN
de la Región Metropolitana de Chile

PROYECTO FONIS SA15I20121



Departamento de Kinesiología

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE



Fonis
Fondo Nacional
de Investigación en Salud

PERCEPCIONES SOBRE
inclusión social, discapacidad
— e intervenciones de —
**REHABILITACIÓN BASADA
EN LA COMUNIDAD (RBC)**
— en actores de —
CENTROS COMUNITARIOS DE
REHABILITACIÓN
de la Región Metropolitana de Chile

PROYECTO FONIS SA15I20121

AUTORES

Verónica Aliaga Castillo
INVESTIGADORA PRINCIPAL

Mónica Manríquez Hizaut
INVESTIGADORA ALTERNA

Jame Rebolledo Sanhueza
CO-INVESTIGADORA

Álvaro Besoain Saldaña
CO-INVESTIGADOR

Valentina Cortínez
TESISTA DE MAGISTER

COLABORADORES

Gabriela Huepe
DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA

Pamela Eguiguren
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Eric Tapia
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Katterinna Moreno
CESFAM VIOLETA PARRA

Índice

INTRODUCCIÓN	4
Definiciones importantes a tener en cuenta	6
OBJETIVOS	8
Objetivo General	8
Objetivos Específicos	8
METODOLOGÍA CUANTITATIVA	8
Técnica de Muestreo	8
Técnica de Recolección de Datos	9
Técnica de análisis de datos	11
Consideraciones éticas	11
METODOLOGÍA CUALITATIVA	11
Población, muestra y técnica de muestreo	12
Producción y análisis de datos	14
RESULTADOS DE ESTUDIO CUANTITATIVO	15
Caracterización de la RBC en la Región Metropolitana desde el punto de vista cuantitativo	15
<i>Año de implementación y tipo de centros RBC</i>	15
<i>Caracterización del equipo de trabajo</i>	16
<i>Fuentes de financiamiento</i>	18
Actividades realizadas de los componentes de la matriz de RBC	19
<i>Involucramiento con la comunidad</i>	24
RESULTADOS DE ESTUDIO CUALITATIVO	25
Caracterización de los participantes del estudio cualitativo.	25
Experiencias de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)	26
<i>Experiencia de las personas con discapacidad</i>	30
<i>Experiencia de los profesionales</i>	31
<i>Experiencia de las familias</i>	32
Concepción de Discapacidad e Inclusión Social	34
<i>Experiencia de las personas con discapacidad</i>	37
<i>Experiencia de los profesionales</i>	38
<i>Experiencia de las familias</i>	40
DISCUSIÓN	41
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES DE PANEL DE EXPERTOS Y EXPERTAS	44
REFERENCIAS	46

Introducción

La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) surge como una iniciativa impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), luego de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud en 1978, donde se aprueba la declaración de Alma Ata. En un comienzo la RBC fue considerada una estrategia que mejoraba el acceso a los servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad en los países en vías de desarrollo, sin embargo en los últimos 30 años su alcance se ha incrementado de forma importante, lo que ha significado que hoy la estrategia involucra el desarrollo local para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la disminución de la pobreza y la inclusión social de las personas con discapacidad (OMS, 2012). Este cambio de la RBC se ha asociado al cambio de paradigma sobre la discapacidad y la ratificación de los Derechos de las personas con discapacidad con la promulgación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad-CDPD (ONU, 2006).

Las reformulaciones que tiene la RBC confluyen con los principios de la Convención y se establece como:

Una estrategia multisectorial, de arriba hacia abajo, que puede asegurar que la Convención haga una diferencia en la comunidad. Mientras la Convención brinda filosofía y política, la RBC es una estrategia práctica para la implementación. Las actividades de la RBC se diseñaron para satisfacer las necesidades básicas de las personas con discapacidad y permitir el acceso a salud, educación, subsistencia y oportunidades sociales, todas estas actividades satisfacen las metas de la Convención (OMS, 2012, p. 24).

Para la implementación de la RBC se proponen 5 componentes de desarrollo, cada uno de ellos considera actividades, a esto se le denomina Matriz de RBC (Figura 1). Para la OMS, cada experiencia local debe definir de acuerdo a sus intereses y necesidades las actividades a realizar, comenzando con un diagnóstico situacional (OMS, 2012).

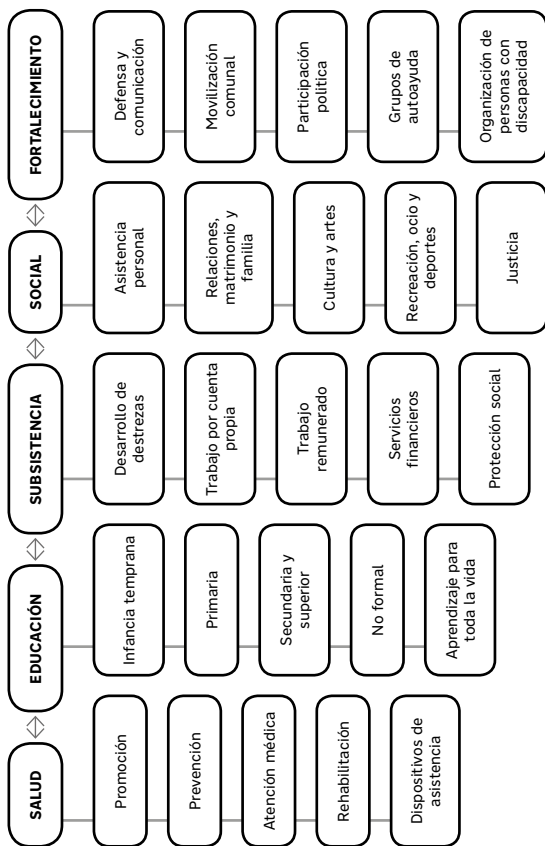


FIGURA 1 Matriz de RBC. Fuente: Folleto Introductorio RBC, OMS 2012.

En Chile la implementación de esta estrategia lleva aproximadamente 15 años, la cual se caracteriza por ser impulsada y desarrollada en el sistema público de salud, específicamente en la atención primaria, con el propósito de *“Entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, de forma oportuna y accesible, a las personas en situación de discapacidad, permanente o transitoria, mejorando la resolutivez a nivel de atención primaria de salud”* (Ministerio de Salud, 2015, p. 6). Guajardo y cols. (2014) realizaron un análisis de la implementación de la estrategia en la Región Metropolitana,

desde los equipos profesionales y comunidades, concluyendo que los modelos de aproximación a la discapacidad médico y socio-comunitario coexisten y entran en tensión en el desarrollo de la RBC, al estar ésta más centrada en la rehabilitación y asocian el abordaje comunitario a los aspectos vinculares de la persona que requiere rehabilitación (cuidador, familiar-familia) y a visitas al hogar. A partir de este estudio, y las experiencias documentadas en Chile (Guajardo, Recabarren, & Parraguez, 2014) se destaca que la implementación de la RBC ha significado principalmente una desconcentración a nivel local de los sistemas de rehabilitación más que un proceso de inclusión y trabajo comunitario.

Este trabajo buscó estudiar, desde la perspectiva de los actores principales involucrados en esta estrategia, sus percepciones sobre inclusión social, discapacidad y las intervenciones en rehabilitación basadas en la comunidad de las cuales han sido partícipes. Para desarrollar este estudio realizamos, una descripción de la situación de implementación de la estrategia de RBC en la Región Metropolitana (RM) en el año 2016, paralelamente se llevaron a cabo entrevistas grupales semiestructuradas con profesionales, personas con discapacidad y familiares en cuatro centros o salas RBC de distintas comunas de la RM.

Definiciones importantes a tener en cuenta

MODELO BIOMÉDICO (ENGEL G, 1977)

Modelo de atención sanitaria que responde a interpretaciones clínicas y biológicas del fenómeno y la problemática en salud, donde se generan prácticas y estrategias de actuación centradas en la disfunción del cuerpo humano, ya sea a nivel de la atención al cuerpo del individuo, o bien en términos de una idea de colectividad que se basa en la suma de cuerpos enfermos.

MODELO BIOPSIICOSOCIAL (ENGEL G, 1977)

Se aproxima a la salud en términos de la contextualidad social e histórica que la produce en ambientes particulares, y donde las relaciones en que se origina son parte consustancial de la vida del individuo y su comunidad. Este Modelo presenta a la salud desde una

construcción en la que se asume la parte biológica, pero sólo en la medida en que es abordada como resultado de procesos históricos y culturales que generan maneras específicas de concebir a la salud.

INCLUSIÓN SOCIAL

La inclusión social es un concepto muy utilizado en la literatura científica sobre discapacidad asociado a interacción social y participación social (Clifford, Leader, Kosciulek & Leahy, 2015). El debate sobre inclusión social en discapacidad está vinculado al cambio paradigmático sobre discapacidad, y surge en el contexto educacional (López, Julio, Pérez, Morales, & Rojas, 2014). Para la OMS (2012) la inclusión social es revertir la desigualdad, la discriminación y la exclusión y asegurar “el acceso a cada sector de desarrollo y, así, mejorar la calidad de vida y el disfrute de los derechos humanos para las personas con discapacidad” (p. 22).

DISCAPACIDAD (ONU, 2006)

Para este estudio se considera la definición de la ONU descrita en la CDPD: “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

MODELO INDIVIDUAL O MÉDICO DE LA DISCAPACIDAD

El modelo médico de la discapacidad alude a causas científicas, biológicas o médicas que producen la discapacidad, por lo tanto, en términos de salud y enfermedad. Las personas con discapacidad (PcD) pueden aportar a la sociedad, en la medida que sean rehabilitadas y normalizadas. Se genera un estigma y subvaloración de la PcD, excluyéndolas del mercado laboral y de la sociedad (Palacios, 2008).

MODELO SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD

El modelo social sitúa el origen de la discapacidad en la manera en que está diseñada la sociedad, y, por tanto, lo que puedan aportar las PcD a la sociedad se relaciona con la inclusión y la construcción de una sociedad que permitan la participación de todas las personas (Palacios, 2008). Este modelo hace eco en el planteamiento de la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).

Objetivos

Objetivo General

Describir las percepciones sobre inclusión social, discapacidad e intervenciones de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) de personas con discapacidad (PcD), familiares y profesionales de salud de Centros Comunitarios de Rehabilitación de la Región Metropolitana de Chile.

Objetivos Específicos

1. Describir la situación de implementación de la estrategia de RBC en la RM en el año 2016.
2. Explorar percepciones de PcD sobre inclusión social, discapacidad e intervenciones de rehabilitación en centros comunitarios de Rehabilitación (CCR).
3. Explorar percepciones de familiares de PcD sobre inclusión social, discapacidad e intervenciones de rehabilitación en centros comunitarios de Rehabilitación (CCR).
4. Explorar percepciones de Profesionales de la Salud sobre inclusión social, discapacidad e intervenciones de rehabilitación en centros comunitarios de Rehabilitación (CCR).
5. Vincular la experiencia del proceso de rehabilitación de los actores del CCR con el marco teórico de la RBC.
6. Identificar nudos críticos de la implementación de la estrategia RBC en la RM de Chile.

Metodología Cuantitativa

Estudio no experimental, descriptivo, de corte transversal.

Técnica de Muestreo

Esta investigación tiene un muestreo con intención de censo, pues se ha definido el universo como todos los centros comunitarios de rehabilitación que implementen la estrategia de RBC en la RM hasta

el año 2016, reconocidos por el Ministerio de Salud y/o SENADIS. Si bien no existe un registro único oficial, dentro del programa se han reconocido 66 centros en la Región Metropolitana. La distribución de los centros registrados por Servicio de Salud Metropolitano (SSM) es: SSM Norte (12), SSM Occidente (24), SSM Oriente (6), SSM Sur Oriente (7), SSM Sur (14), SSM Centro (3). Los criterios de Inclusión y exclusión son descritos en la siguiente tabla:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Centros de rehabilitación comunitaria de la RM que hayan implementado la estrategia RBC hasta el 31 de diciembre del año 2016.	Centros de rehabilitación comunitaria que no hayan estado activos durante el año 2016, salas de rehabilitación rural o Rehabilitación Integral.

Criterios de elegibilidad del estudio. Fuente: Elaboración Propia.

Técnica de Recolección de Datos

Se aplicó la encuesta “**Formulario de Sistematización de Actividades de Rehabilitación Basada en la Comunidad**”, diseñada en base a los componentes y elementos de la matriz de RBC de la OMS. El proceso de validación de esta encuesta fue basado en el informe del Dr. Rubén Alvarado con el título “Elaboración y validación de instrumento que permita describir y caracterizar el modelo de atención de personas con esquizofrenia en redes de servicios de salud mental” (Alvarado, 2010) y a la guía para el desarrollo de cuestionarios para investigaciones educacionales de la universidad de Harvard (Artino *et al*, 2014).

Validación del Instrumento “Formulario de Sistematización de Actividades de Rehabilitación Basada en la Comunidad”

El instrumento se encuentra validado tras haber sido sometido a evaluación por parte de expertos metodológicos y disciplinares (Departamento de Educación en Ciencias de la Salud y SENADIS)

EXPERTO/A	INSTITUCIÓN REPRESENTANTE 2016
Ilse López, Metodología de la Investigación	DECSA, Universidad de Chile (UCH)
Eladio Recabarren, Terapeuta Ocupacional	Servicio Nacional de la Discapacidad
Mauro Tamayo, Kinesiólogo	Departamento de Kinesiología, UCH
Sara Tapia, Fonoaudióloga	Departamento de Fonoaudiología, UCH

Esta encuesta fue de autoaplicación, respondida por los/as coordinadores/as de los centros RBC. Para esto, se realizó un contacto con los referentes de rehabilitación de cada Servicio de Salud de la Región Metropolitana, con el fin de obtener los contactos telefónico y correos electrónicos de los(as) coordinadores(as) de los centros que implementan RBC. Se le garantizó al encuestado el resguardo de la identificación de la persona y del centro desde donde se emiten los datos.

El instrumento contó con preguntas cerradas de tipo likert en las siguientes dimensiones del Estudio	
Perfil de los equipos y su nivel de capacitación	Estrategia de financiamiento
Actividades de los Componentes de la Matriz de Rehabilitación Basada en la Comunidad	Involucramiento con la Comunidad

Técnica de análisis de datos

Los indicadores se evaluaron con estadígrafos descriptivos, frecuencias y medidas de resumen y tendencia central (de acuerdo a la naturaleza de las variables a medir). Para analizar la consistencia interna de los datos, éstos se sometieron a análisis psicométrico con la prueba “coeficiente alfa de Cronbach”, obteniéndose un valor de **0,95 a nivel global del instrumento, lo que es superior a 0,8, correspondiente al valor mínimo para asegurar consistencia interna del instrumento.** Se establece que mientras los valores se encuentren más cercanos a 1, habrá mayor correlación entre sí. Dentro del análisis de consistencia interna las dimensiones correspondientes al nivel de implementación y capacitación dan un alfa de Cronbach de 0,95, por lo tanto los resultados se consideran confiables.

Consideraciones éticas

Se realizó un proceso de consentimiento informado a cada participante enunciado dentro de la encuesta de auto reporte. Se tomaron los resguardos para garantizar el anonimato de los encuestados y los centros, a través de la codificación de las fuentes de información. Esta investigación se encuentra aprobada por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, con fecha 25 de julio de 2017.

Metodología Cualitativa

Sobre las experiencias de los 4 centros incluidos se desarrolló una investigación de metodología cualitativa de tipo exploratorio. Se utilizaron principios del método de la Teoría Fundamentada, ya que nos permitieron relevar las dimensiones simbólicas e intersubjetivas asociadas a las preguntas de investigación a partir de los discursos producidos por los mismos participantes del estudio (Soneira, 2013). De esta manera, más que generar una explicación general al fenómeno en estudio, el interés de esta investigación fue aproximarnos a una comprensión de la complejidad del mundo social que rodea la implementación de la estrategia RBC (Bourdieu, 1999).

Población, muestra y técnica de muestreo

Se realizó un muestreo teórico cuyo objetivo fue la selección de los(as) informantes considerados(as) relevantes para el fenómeno en estudio. El número final de participantes y entrevistas que se realizaron, se estableció de acuerdo a criterios de “saturación teórica” para las principales categorías analíticas del estudio (Mendizábal, 2013; Minayo, 2003). Algunas de ellas, como la “inclusión social” no lograda saturar, solo obteniendo información sobre participación social.

CRITERIOS	MUJERES CON DISCAPACIDAD	HOMBRES CON DISCAPACIDAD
Inclusión	Muestreo teórico; Personas mayores de 18 años (de diversas edades) que presentan un deterioro conducente a una situación de discapacidad permanente; al menos 4 meses de experiencia en el centro.	Muestreo teórico; Personas mayores de 18 años (de diversas edades) que presentan un deterioro conducente a una situación de discapacidad permanente; al menos 4 meses de experiencia en el centro.
Exclusión	Personas que presenten limitaciones severas en la comprensión y comunicación.	Personas que presenten limitaciones severas en la comprensión y comunicación.
Heterogeneidad	Personas que participen del centro o sala en modalidad individual; Personas que participen en modalidad grupal, ya sea actividades terapéuticas o recreativas.	Personas que participen del centro o sala en modalidad individual; Personas que participen en modalidad grupal, ya sea actividades terapéuticas o recreativas.

Se seleccionaron dos Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) y dos Salas de Rehabilitación Comunitaria de la Región Metropolitana, implementadores de la estrategia RBC a través del programa del Ministerio de Salud. Desde cada CCR o sala se seleccionaron los actores sociales involucrados directamente en la implementación, segmentados según su rol: Profesionales de la salud, mujeres y hombres con discapacidad y familiares de las personas con discapacidad.

FAMILIARES	PROFESIONALES DE SALUD
Muestreo opinático; Cuidadoras/es principales, familiares; Personas mayores de 18 años.	Muestreo teórico; Profesional con más de 6 meses trabajando en el RBC, considerado como tiempo mínimo para tener experiencia local; criterio basado en el tiempo de inducción.
Personas que presenten limitaciones severas en la comprensión y comunicación.	Profesionales con cargos administrativos no asistenciales; Personas que presenten limitaciones severas en la comprensión y comunicación.
Hombres y mujeres, que sean cuidadores(as) principales.	Kinesiólogos(as), terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos(as) y otros profesionales.

Producción y análisis de datos

Se realizaron 4 entrevistas semi-estructuradas, grupales con mujeres con discapacidad, 4 entrevistas con hombres con discapacidad, 4 entrevistas con profesionales y 5 entrevistas con familiares participantes en los centros y salas RBC.

Las entrevistas grabadas fueron transcritas de forma manual y literal por un equipo de transcripores(as) capacitados en los criterios semánticos y gramaticales necesarios para un análisis válido de la información producida.

Se realizó un análisis del contenido, utilizando como unidad básica de extensión semántica “la oración”. Se aplicó una primera codificación selectiva de acuerdo a las categorías analíticas pre-establecidas (discapacidad, inclusión social e intervenciones de rehabilitación), no obstante, a medida que avanzó el proceso de entrevistas y análisis de las mismas, se incorporaron categorías emergentes respetando la flexibilidad y rigurosidad del método de la teoría fundamentada (Guber, 2001; Mendizábal, 2013). La totalidad del tratamiento de los datos se realizó con la ayuda del software de análisis de datos cualitativo Atlas.ti (Syncom Systems, 2015).

Los criterios de calidad de esta investigación fueron la credibilidad, la transferibilidad y la consistencia de la información producida y analizada. Estos se ven reflejados en las siguientes estrategias de rigor (Shenton, 2004):

- a) Triangulación, de informantes claves de la experiencia en implementación de la estrategia en RBC, que permitió tener la amplitud de las perspectivas del fenómeno social en estudio. Además de la triangulación de investigadores en el análisis de los datos.
- b) Descripción detallada de todo el proceso, considerando el acceso y contacto con los casos de estudio, los procesos de producción de los datos y análisis de los mismos.
- c) Recolección de datos intensa y prolongada, para saturar las categorías establecidas y aquellas emergentes que dieron respuesta a nuestra pregunta de investigación.

Se realizó una devolución de los resultados a los equipos de profesionales, familiares y usuarios(as) de los centros y de esta manera validar los mismos, y construir a partir de este proceso las conclusiones sobre los nudos críticos de la estrategia, lo que fue un aporte tanto a la transferibilidad de los datos como a su consistencia.

Resultados de Estudio Cuantitativo

Caracterización de la RBC en la Región Metropolitana desde el punto de vista cuantitativo

Se configuró un listado con los centros que implementan la estrategia RBC en la Región Metropolitana a partir de la información obtenida por parte de los referentes de los Servicios de Salud, profesionales del área y la información obtenida por medio de la ley 20.285 de Transparencia y Acceso a la Información Pública al Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Se reporta la existencia de un total de 66 establecimientos que implementan la estrategia RBC en la Región Metropolitana. No existe actualmente un registro actualizado de los encargados que coordinan dichos establecimientos ni su tipo de contrato. Se aplicó la encuesta durante el periodo de julio a diciembre de 2017, y se obtuvo una tasa de respuesta de 65,1%. Se descartaron 3 respuestas, dos por ser salas de RI y uno por imprecisión de la respuesta del coordinador quien refirió coordinar 3 salas.

AÑO DE IMPLEMENTACIÓN Y TIPO DE CENTROS RBC

Un 18,6% de los centros se implementó durante el año 2011, seguido por un 16,3% en el 2012, siendo los años menos frecuentes el 2004 y 2016 con un 2,3% cada uno. Durante el período que contempla los años 2010 a 2013 se crearon un total de 23 centros, siendo principalmente del tipo Sala RBC (tabla N°1).

TABLA N°1 Tipo de Centro según años de implementación.

TIPO DE CENTRO	PERIODO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA SALA (AÑOS)			TOTAL	VALOR DE P
	2004-2009	2010-2013	2014-2016		
CCR	5	2	3	10	0,14
Sala RBC	5	21	5	31	
Modalidad Cerrada	2	0	0	2	
Total	12	23	8	43	

Fuente: Elaboración propia.

CARACTERIZACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

Al analizar el número y tipo de trabajadores por centro que implementa la estrategia RBC, se puede apreciar que un 100% de los centros cuenta con kinesiólogos(as) y terapeutas ocupacionales, siendo su moda 2 y 1 respectivamente. Respecto a los otros integrantes del equipo de trabajo, sólo un 44,2% de los centros cuenta con personal administrativo, un 34,9% presenta fonoaudiólogos(as), 20,9% cuenta con técnicos de nivel superior, y sólo un 4,6% con enfermeros(as) (tabla n° 2).

TABLA N°2 Cantidad y porcentaje de Trabajadores por centro.

TRABAJADORES	CANTIDAD DE PROFESIONALES POR CENTRO	N (%)
Kinesiólogos/as	1	10 (23,3)
	2	16 (37,2)
	3	9 (20,9)
	4	3 (7)
	5 o más	5 (11,6)

TRABAJADORES	CANTIDAD DE PROFESIONALES POR CENTRO	N (%)
Terapeutas Ocupacionales	1	34 (79,1)
	2	8 (18,6)
	4	1 (2,3)
Fonoaudiólogos/as	0	28 (65,1)
	1	10 (23,3)
	2	4 (9,3)
	5 o más	1 (2,3)
Técnicos de Nivel Superior por centro	0	34 (79,1)
	1	8 (18,6)
	2	1 (2,3)
Enfermeras/os	0	41 (95,3)
	4	1 (2,3)
	5 o más	1 (2,3)
Personal Administrativo	0	24 (55,8)
	1	14 (32,6)
	2	4 (9,3)
	3	1 (2,3)

Fuente: Elaboración propia.

En relación a la capacitación del equipo en los ámbitos de la RBC, desde la perspectiva de el(la) coordinador(a), en salud un 76,7% de las respuestas se concentran en las categorías de percepción “media” y “alta” y sólo un 4,6% respondió una percepción “baja” o “muy baja” de capacitación. En el área de educación se aprecia una tendencia diferente, ya que un 62,8% señala una percepción de capacitación “baja” y “muy baja”, mientras que sólo un 4,7% se ubica en “alta” y 0% en “muy alta” (Tabla n°3).

TABLA N°3 Percepción del Nivel Global de Capacitación por Área.

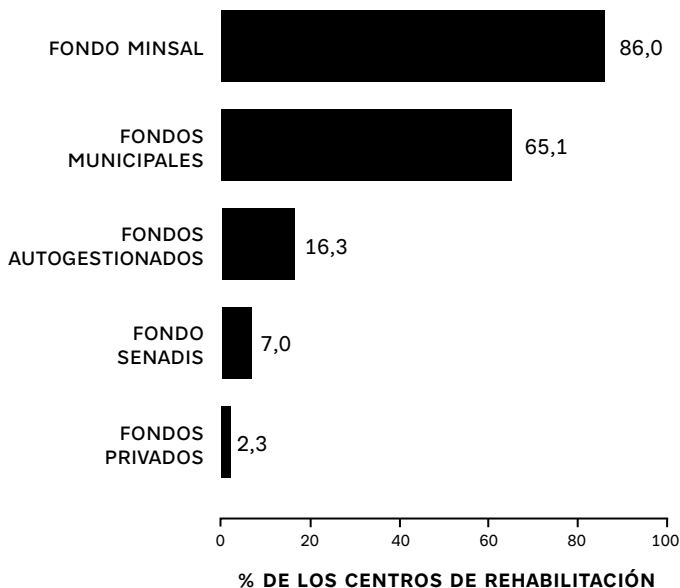
		RECUESTO (%)
Percepción del Nivel Global de Capacitación en Salud	Muy Bajo / Bajo	2 (4,6)
	Medio	13 (30,2)
	Alto / Muy alto	28 (65,1)
Percepción del Nivel Global de Capacitación en Educación	Muy Bajo / Bajo	27 (62,8)
	Medio	14 (32,6)
	Alto / Muy Alto	2 (4,7)
Percepción del Nivel Global de Capacitación en Subsistencia	Muy Bajo / Bajo	12 (27,9)
	Medio	20 (46,5)
	Alta / Muy alta	11 (25,6)
Percepción del Nivel Global de Capacitación en Social	Muy Bajo / Bajo	14 (32,6)
	Medio	17 (39,5)
	Alto	8 (18,6)
Percepción del Nivel Global de Capacitación en Fortalecimiento	Muy Bajo / Bajo	14 (32,6)
	Medio	18 (41,9)
	Alto / Muy alto	11 (25,6)

Fuente: Elaboración propia.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

En relación con las fuentes de financiamiento, se puede apreciar en el gráfico n°1 que existe un financiamiento de diversos organismos. Un 86% cuenta con fondos provenientes del MINSAL, 65,1% con fondos municipales, 16,3% de fondos autogestionados, 7% de fondos aportados por SENADIS, y un 2,3% de fondos privados.

GRÁFICO N°1 Fuentes de financiamiento de las salas que implementan la estrategia RBC en la RM el año 2016.

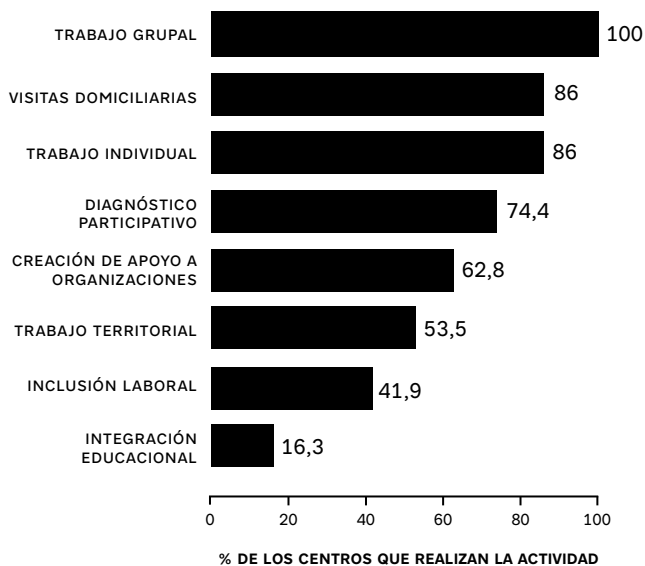


Fuente: Elaboración propia.

ACTIVIDADES REALIZADAS DE LOS COMPONENTES DE LA MATRIZ DE RBC

Un 100% de los(as) coordinadores(as) de los centros reportan realizar actividades grupales, seguido por un 86% de los centros que reportan la realización de visitas domiciliarias y trabajo individual. Le siguen las actividades de diagnóstico participativo (74,4%) y las de creación de apoyo a organizaciones (62,8%). Dentro de las actividades con menor porcentaje de realización destaca la integración educacional con un 16,3% siendo ésta la de menor práctica.

GRÁFICO N°2 Actividades realizadas en los centros comunitarios de rehabilitación que implementa la estrategia RBC en la RM el año 2016.



Fuente: Elaboración propia.

SALUD

Dentro de las actividades desarrolladas del **componente salud** de la matriz de RBC, las más frecuentes son el “Apoyo en el uso de dispositivos para asistir a una PcD (como bastones, sillas de ruedas, anteojos, dispositivos de audición o audífonos, etc)”, donde un 76,6% de los coordinadores de las salas responde “siempre” realizar esta actividad. Le sigue con un 48,8% la “Entrega oportuna de atención para identificar, evaluar y/o tratar condiciones de salud de las PcD y miembros de su familia”.

Al analizar las respuestas que se concentran en “nunca” y “muy pocas veces”, se encuentran las actividades de “Detección temprana de enfermedades, desórdenes o lesiones de PcD y los miembros de sus familias” con un 21% entre las dos categorías y “Actividades para evitar de manera temprana enfermedades, desórdenes o lesiones de las PcD y los miembros de sus familias” con 18,7%.

EDUCACIÓN

En el **componente de educación** se realizan muy pocas actividades. Un 69,8% de los coordinadores de las salas RBC reporta que nunca realizan “actividades educativas no formales para niños y jóvenes en la comunidad (alfabetización, habilidades matemáticas u otras destrezas)” y un 62,8% refiere que nunca realiza “actividades de apoyo a la inclusión de niños y niñas con discapacidad en educación pre-escolar”. Dentro de las actividades que realizan “algunas veces” se encuentran las de “aprendizaje para adultos que no han sido cubiertas por la educación formal (destrezas para lograr un empleo, alfabetización, entre otros)” con un 37,2% de las respuestas en esta categoría, y sólo un 2,3% refiere realizar esta actividad siempre, junto con las de “Apoyo a la inclusión de jóvenes con discapacidad en la educación secundaria (liceos)” y “Apoyo al ingreso y mantención de jóvenes con discapacidad en la educación superior”.

SUBSISTENCIA

En el **componente de subsistencia**, un 37,2% de los coordinadores contestó “siempre” realizar “Desarrollo de redes de apoyo social (grupos de autoayuda, organizaciones comunitarias, apoyo familiar)”, siendo la con mayor nivel de implementación en su categoría, seguida por las actividades de “promoción al acceso de beneficios sociales entregados por el Estado u otras organizaciones” con un 27,9%.

Dentro de las actividades menos implementadas destaca el “Desarrollo de destrezas para el emprendimiento (administración, planificación o trabajo con personas)”, donde un 32,6% declaró “nunca” realizar esta actividad, junto con las actividades de “Desarrollo de destrezas técnicas y profesionales (carpintería, zapatería, tejido, artesanía, entre otras)” con un 30,2% de respuestas de “nunca” realizar dichas actividades.

SOCIAL

En el **componente social**, un 32,6% de los(as) coordinadores(as) encuestados(as) refiere “siempre” realizar actividades para “Sensibilizar sobre la discapacidad, prevenir violencia asociada y cambiar actitudes negativas tanto de familiares como de la comunidad”, siendo ésta una de las actividades más empleadas junto con las de “Incentivo y apoyo a PcD para que socialicen y desarrollen relaciones fuera del hogar” y las de “promoción de la participación de PcD en actividades de recreación, esparcimiento y deportivas”, ambas con un 30,2%.

Dentro de las actividades menos realizadas, un 44,2% reporta “nunca” realizar actividades para “Facilitar al acceso a servicios y programas apropiados para apoyar a PcD en su maternidad y paternidad”, seguido por un 16,3% que refiere “nunca” realizar “actividades de apoyo al acceso e inclusión de PcD a actividades y programas culturales y artísticos”.

FORTALECIMIENTO

Al analizar las respuestas del **componente de fortalecimiento** de la matriz RBC, un 30,2% de los encuestados refiere “siempre” realizar “actividades de apoyo o incentivo a la formación de Organizaciones de Personas con Discapacidad (OPD)”, siendo ésta la con mayor porcentaje de realización, seguida por las “actividades para incentivar grupos de autoayuda para realizar una gama de actividades y resolver problemas comunes”, con un 20,9%.

Las actividades que los coordinadores reportaron como “nunca” realizar, con un 27,9% corresponde a las de “apoyo a PcD y sus familias al acceso de información y desarrollo de destrezas que permitan participar en política”, seguido por las de “promoción de participación de las PcD en la política formal (toma de decisiones políticas y programas de desarrollo local o central)” con un 16,3% de coordinadores que responden “nunca” realizar esta actividad.

ÍNDICE DE DESARROLLO DE ACTIVIDADES

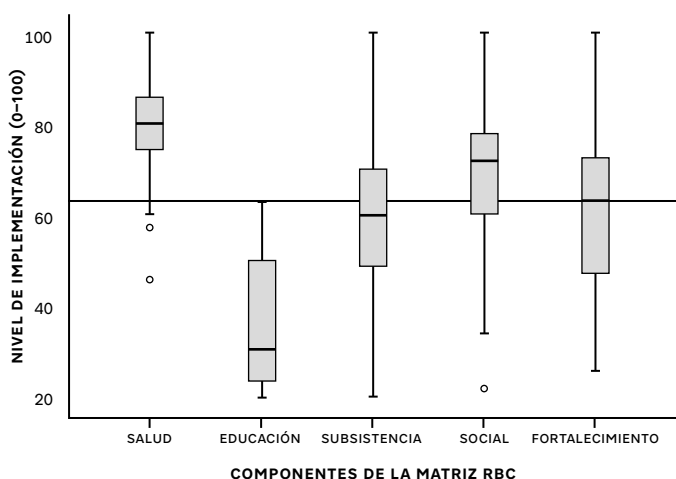
TABLA N° 4 Índice de desarrollo de actividades por componente de la matriz RBC.

	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO
Índice Salud	80,0	45,7	100,0
Índice Educación	30,0	20,0	63,3
Índice Subsistencia	60,0	20,0	100,0
Índice Social	72,0	22,0	100,0
Índice Fortalecimiento	62,9	25,7	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar el índice resumen de desarrollo de cada componente de la matriz RBC, se puede apreciar que el único que no cuenta con un máximo de 100% de desarrollo es el área de educación (con un máximo de 63,3%), siendo su mediana de 30,0% la más baja de los 5 componentes. El área de salud es el con una mayor mediana (80,0%), siendo incluso su mínimo de 45,7% el más alto entre el total de los componentes. Le sigue Social, con una mediana de 72,0%, fortalecimiento (62,9%) y finalmente subsistencia (60,0%).

GRÁFICO N°3 Índice de desarrollo de actividades por componente de la matriz RBC.

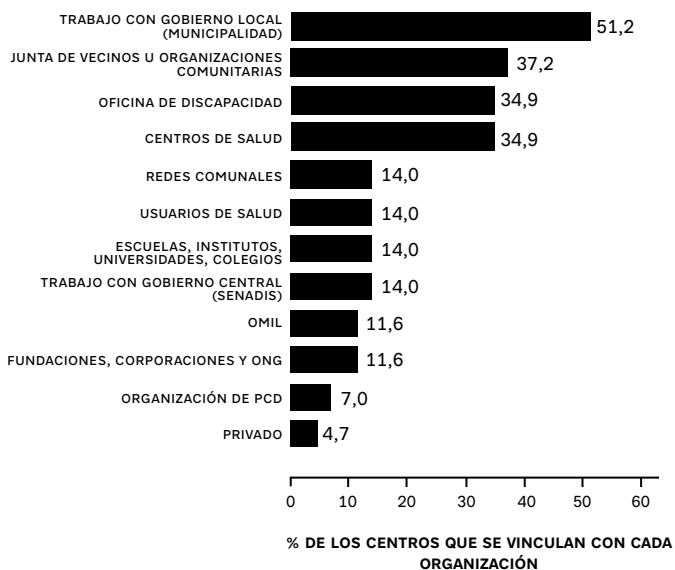


El gráfico n°3 representa mediante un diagrama de cajas y bigotes, el desarrollo de cada componente de la matriz RBC. Se entregan los valores mínimo y máximo, los cuartiles Q1, Q2 o mediana y Q3, y sobre la existencia de valores atípicos y la simetría de la distribución de cada componente. La tendencia muestra que los valores presentan una amplia dispersión, girando en torno a una mediana de sobre un 60% de implementación. Destaca el componente Salud, con un valor intercuartílico más bajo que el grupo y una mediana cercana al 80% de implementación. Respecto al componente de educación, la totalidad de los datos se encuentran bajo la mediana de implementación de todos los componentes.

INVOLUCRAMIENTO CON LA COMUNIDAD

Al analizar el Involucramiento con la comunidad de los equipos de los centros comunitarios de rehabilitación, destaca que un 51,2% reporta realizar trabajo con el gobierno local (municipalidad), siendo éste el organismo con el que mayoritariamente se vinculan, seguido por las juntas de vecinos u organizaciones comunitarias con un 37,2%. Así mismo, un 34,9% de los establecimientos se relaciona con los centros de salud y con la oficina de discapacidad. Dentro de los organismos con los que menos reportan involucrarse se encuentran la organización de PcD (7%) y entidades privadas (4,7%) (Gráfico n°4).

GRÁFICO N°4 Involucramiento con la comunidad de los equipos de los centros RBC en RM en el año 2016.



Fuente: Elaboración propia.

Resultados de Estudio Cualitativo

Caracterización de los participantes del estudio cualitativo.

MUJERES CON DISCAPACIDAD Se entrevistó 4 grupos de mujeres, con un total de 28 mujeres. La edad promedio del grupo fue de 70 años (mín 28 y máx 86 años), sólo 5 mujeres eran menores de 60 años. El diagnóstico médico por el cual asistían al centro era de 11 casos Accidente Cerebro Vascular (ACV), 9 casos de artrosis o artritis, 5 de Enfermedad de Parkinson, 2 de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y 1 de amputación de Extremidades Inferiores. El 50% de las entrevistadas participaba de un grupo dentro del mismo CCR o Sala RBC.

HOMBRES CON DISCAPACIDAD Se entrevistó 4 grupos de hombres, con un total de 21 hombres. La edad promedio del grupo fue de 61,7 años (mín 46 y máx 79 años), 10 hombres eran menores de 60 años (47,3%). El diagnóstico médico por el cual asistían al centro eran 11 casos de personas que tuvieron un Accidente Cerebro Vascular (ACV), 2 casos de artrosis o artritis, 3 de Enfermedad de Parkinson, 1 síndrome de hombro doloroso, 1 de enfermedad cardiovascular, 2 por salud mental y 1 con Siringomielia Cervical. El 19% de los entrevistados participaban de un grupo dentro del mismo CCR o Sala RBC.

FAMILIARES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Se entrevistó a un total de 16 personas, familiares y cuidadoras principales. 13 de estas personas son mujeres, y 3 son hombres, sus edades en promedio fue de 58 años y van desde los 36 a los 75 años. 10 de los 16 participa de alguna organización dentro de la comunidad (iglesia, organización de PcD, organización de personas mayores). La mayoría de las mujeres entrevistadas es madre o hija de la persona con discapacidad, dos son hermanas. Los hombres, dos son esposos y uno es padre.

PROFESIONALES Se entrevistó a 4 grupos de profesionales, siendo un total de 14 personas de diversas profesiones (kinesología, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, nutrición y educación física). Estos profesionales eran menores de 50 años, y llevaban por lo menos 6 meses trabajando en el centro. Todos(as) los(as) profesionales realizaban trabajo clínico con los(as) usuarios, tanto de forma individual como grupal.

Experiencias de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)

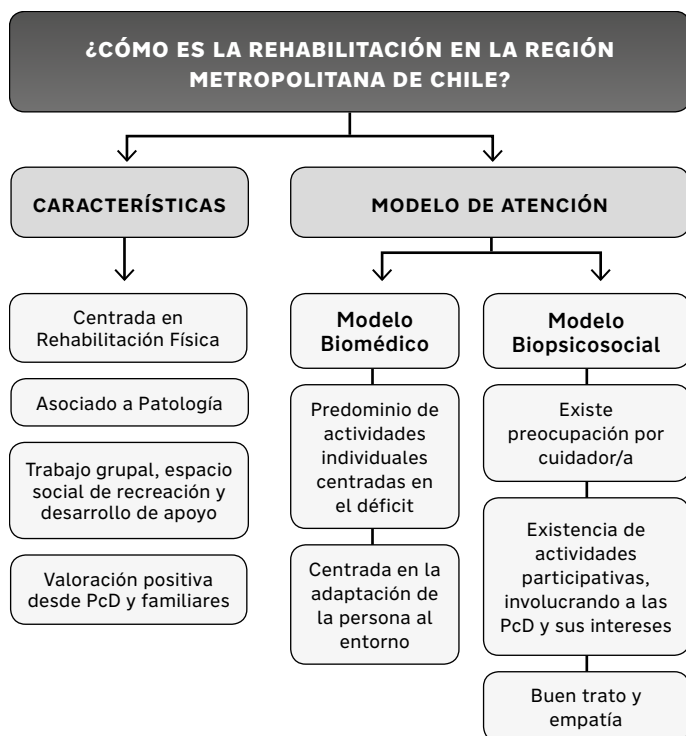
La experiencia de rehabilitación en los centros de RBC, desde la perspectiva de los profesionales, las personas con discapacidad y los familiares presentan características similares, mediadas por el contexto en que se desenvuelven (Sala RBC o Centro Comunitario de Rehabilitación) y el programa de salud del que son parte. La rehabilitación está centrada en la recuperación de la funcionalidad desde el ámbito físico, las estrategias de rehabilitación se centran en restablecer el déficit causado por la patología. Estas estrategias son a la vez individuales y grupales.

Con respecto al modelo de atención presente en las prácticas y experiencias relatadas por los actores participantes, se presenta en convivencia el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial. El primero, está presente en el predominio de las actividades individuales, centradas en la patología y principalmente en el déficit y en la adaptación de las personas al entorno, ejemplo de estas acciones son las atenciones kinésicas, las indicaciones para el hogar, particularmente los ejercicios centrados en mejorar la estructura corporal, aunque estas estén en relación a una tarea o actividad.

El modelo biopsicosocial, se expresa en aquellas prácticas que incluyen a las personas cuidadoras, pues demuestran un abordaje de la situación con mayor integralidad. Por otro lado, las estrategias grupales suelen utilizar metodologías activas-participativas que favorecen la participación de las personas con discapacidad, más allá que como ejecutores, sino también con la capacidad de poner en común sus intereses, habilidades y recursos. Finalmente, es reconocido por todos los participantes de la RBC que existe entre los profesionales y usuarios relaciones de confianza, de buen trato y empatía, no sólo con las personas con discapacidad, sino también con los familiares.

La figura n°1 resume las características de la RBC en las experiencias estudiadas.

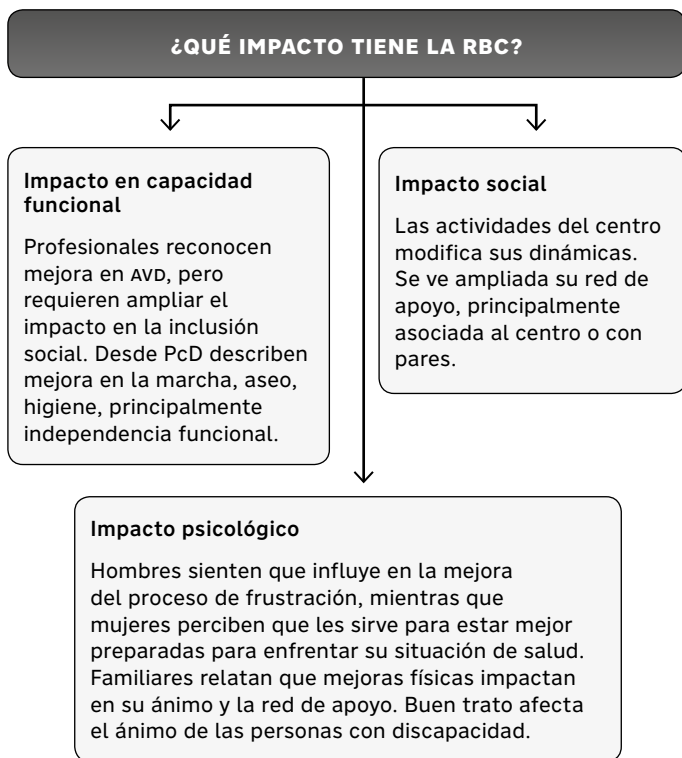
FIGURA 1 Esquema resumen sobre ¿Cómo es la rehabilitación? En el contexto de las experiencias estudiadas.



Fuente: Elaboración propia.

Otro criterio emergente en la experiencia de los participantes, es el impacto que genera la participación en el centro o sala en las personas en situación de discapacidad y su familia. En la totalidad de las experiencias las personas expresan una mejora de la situación de salud, tanto porque mejora la capacidad funcional de las personas con discapacidad, como porque los familiares son apoyados y acompañados en el proceso de cuidado y rehabilitación, y el centro o la sala es un espacio donde ambos encuentran contención y soporte social (figura 2).

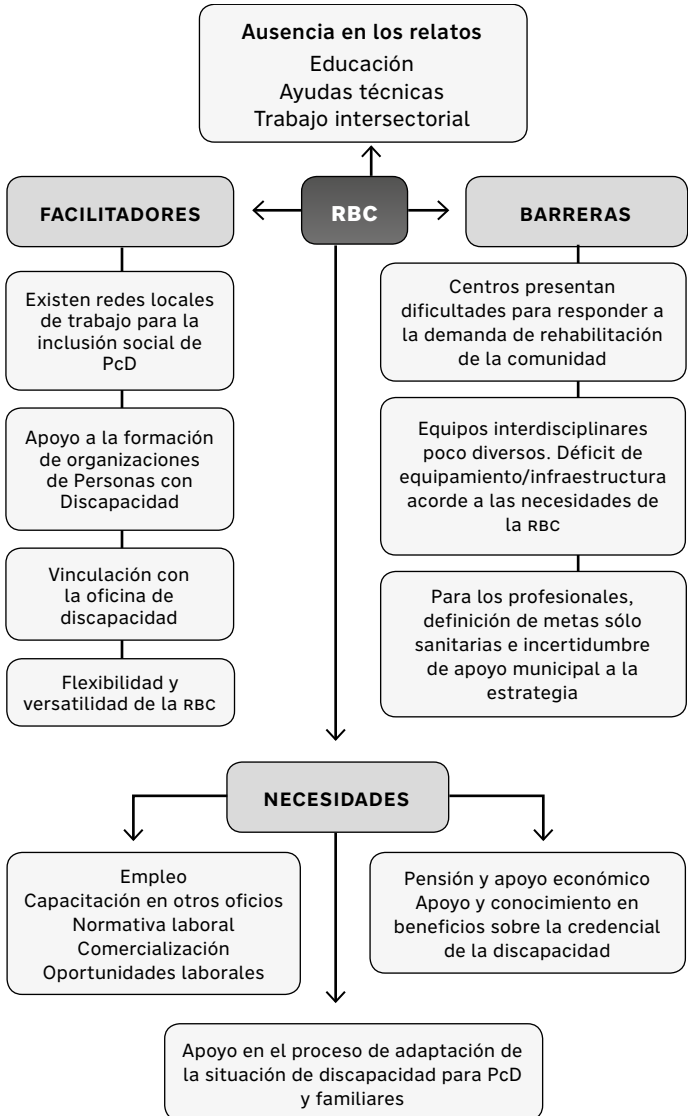
FIGURA 2 Esquema resumen sobre impacto de las experiencia en Rehabilitación Basada en la Comunidad.



Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, ¿cuántas de las actividades realizadas dan cuenta de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad?. La figura n°3 resume los facilitadores y barreras para desarrollar la RBC según lo establecen las guías de la OMS, las áreas ausentes en el relato de los participantes y las necesidades, estas últimas consideradas como aquellos aspectos presentes en la Matriz de RBC de la OMS, pero que no tienen lugar en los casos estudiados y que serían relevantes de abordar de acuerdo a las experiencias de las personas con discapacidad y familiares participantes del estudio.

FIGURA 3 Análisis de la experiencia de acuerdo a las guías de la RBC de la OMS.



Fuente: Elaboración propia.

A continuación se explica la experiencia en RBC para cada actor clave.

A. EXPERIENCIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Hombres y mujeres con discapacidad tienen diferentes experiencias y percepciones sobre las actividades que realizan en la Sala o Centro de RBC. Mientras para las mujeres las prácticas colectivas y de desarrollo integral están más presentes, para los hombres, las principales actividades que realizan tienen relación con el ejercicio físico y la recuperación. Estas diferencias se explicarían por las características de los participantes, los hombres tienen menor promedio de edad, la mayoría de ellos en edad laboral, por tanto su principal interés es recuperar la funcionalidad para poder trabajar. Las mujeres, de mayor promedio de edad, han vivido procesos de enfermedad de largo tiempo, por tanto conviven en más aceptación con su condición de salud, y la experiencia en el centro o sala RBC les es significativa para mantenerse bien, no sólo en relación a lo físico, sino también con relación a la convivencia, al apoyo encontrado en otras personas lo que impacta además positivamente en su salud, estado de ánimo y cohesión social.

En un caso, una mujer relata una experiencia de trabajo como monitorea, esta experiencia reúne las características para ser considerada como una práctica del modelo biopsicosocial, pues se establece una relación horizontal con el profesional, potenciación de la persona en sus habilidades de trabajar con sus pares, esto ha significado para ella, sentirse reconocida, desarrollar una personalidad más extrovertida (pues dice que era muy tímida) y estar satisfecha de poder ayudar a otras personas.

Por otro lado, los hombres relatan una relación con los(as) profesionales de salud en la que le dan mayor relevancia de la obediencia y validación de sus saberes. Para ellos las indicaciones terapéuticas son reglas basadas en el conocimiento profesional que se ha respaldado en base a la mejora con los ejercicios e indicaciones en el proceso de rehabilitación, podríamos pensar que existe mayor jerarquía en la relación, sin embargo ellos de igual modo reconocen cercanía, confianza y apoyo por parte del equipo profesional y por parte de los “compañeros de terapia”. En un segundo plano, los hombres perciben la visión integral que tienen los profesionales sobre su salud, pues no solo se preocupan de su patología, sino también de la salud en general, del control de las patologías de base y de las familias.

Al mirar las experiencias en contraste con las guías de la OMS, podemos señalar que la experiencia de las personas con discapacidad en RBC en estos casos dan cuenta del componente de salud, centrado en rehabilitación, y poco o nada se ha trabajado en relación a los demás componentes de la matriz de RBC. Desde las experiencias de las personas con discapacidad las barreras que enfrentan los centros para ampliar la intervención en RBC estarían en la alta demanda de atención, lo que incluso sería una barrera para el acceso a salud y rehabilitación en tiempos y frecuencias necesarios. También, desde sus experiencias, las salas y centros tienen déficit de recursos, tanto humano como en implementos y máquinas para apoyar el proceso de rehabilitación.

Por otro lado, parecen ser pocos los facilitadores para la implementación de la estrategia, se identifica como elemento facilitador la presencia de grupos al interior de los centros, como un espacio de encuentro en el cual se reconoce el componente social de la matriz RBC y el desarrollo incipiente del componente de fortalecimiento comunitario.

B. EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES

La experiencia de los profesionales tienen similitudes en algunos aspectos y en otros son divergentes a las personas con discapacidad. En primer lugar, en relación al modelo de atención, todos los grupos de profesionales entrevistados plantearon que el modelo biopsicosocial es el modelo presente en cada uno de los centros, sin embargo al preguntar sobre las prácticas que predominan en los centros, surgieron relatos que mostraban hábitos y prácticas relacionadas al modelo biomédico. Otro de los aspectos en donde existe bastante convergencia es lo relacionado con el tipo de actividades que se realizan en los CCR o salas RBC, ya que existe un predominio de actividades relacionadas con superar el déficit y recuperar independencia, pero de manera predominantemente individual, trabajando conjuntamente con familiares y cuidadoras(es); en este proceso se utiliza como práctica el trabajo grupal con otros(as) usuarios(as), en los denominados “talleres”, que usualmente son una terapia de mantención y socialización. Llama la atención de los(as) profesionales que la mayoría de los(as) usuarios(as) se oponen en una primera instancia a dejar las atenciones individuales, ya que consideran que las terapias grupales son menos efectivas, y ellas(os) no van a contar con la misma preocupación y esmero por parte de los(as) profesionales tratantes. Sin embargo, una vez que

comienzan la participación en estas actividades grupales, esta percepción negativa se modifica, comprendiendo que es parte de la terapia el convivir con otros(as) usuarios(as) y que no pueden estar eternamente en terapias individuales. Además, los(as) profesionales valoran la posibilidad que tienen, en estos centros, de poder realizar talleres o actividades diversas y creativas para trabajar los distintos aspectos involucrados en la rehabilitación.

En relación al impacto funcional los(as) profesionales son más exigentes con sus resultados, reconocen que hay avances, porque para las PcD pequeños avances son muy importantes, pero a ellos les gustaría lograr más impacto en la inclusión laboral y/o social, sin embargo reconocen las barreras de la estrategia en cuanto a recursos y enfoque, además de las barreras sociales, culturales y actitudinales para aquello.

Respecto a las barreras identificadas por los(as) profesionales hay varias que fueron planteadas en todos los centros, como por ejemplo, las agendas llenas y la alta demanda de atención e ingresos, lo que impide trabajar en el resto de los componentes de la RBC que no sea Salud; eso sumado a la falta de profesionales, tanto en cantidad como en diversidad y además, el que las metas que son solicitadas desde el MINSAL, sólo están ligadas mayoritariamente al componente salud, lo que impide trabajar en los otros componentes de la RBC.

En cuanto a los facilitadores se reconocen instancias que permitirían un mejor trabajo en red; este tipo de iniciativas son valoradas positivamente por los profesionales, porque les permite desarrollar un trabajo más organizado. Uno de los centros destacó que existe vinculación con grupos organizados de personas con discapacidad, que logran generar presión en las autoridades locales, sin embargo esto es una particularidad y no está presente en la mayoría de los centros estudiados.

C. EXPERIENCIA DE LAS FAMILIAS

La experiencia de los familiares es diversa. Desde su rol como cuidadores(as) como responsables de la salud de la persona con discapacidad en el hogar personifican un rol directivo y autoritario, son los responsables de hacer cumplir las indicaciones médicas y de los terapeutas de la rehabilitación, es común que los familiares utilicen frases como “Ya escuchaste lo que dijo el médico”, “tienes

que hacer los ejercicios” o “le voy a contar a la *kine* que no hiciste el ejercicio”... se observa una vigilancia sobre el otro, y el ejercicio de poder que es transferido por el profesional de la salud cuando éste da las indicaciones a la familia.

Por otro lado, el modelo de atención en la RBC es para algunos familiares, una validación de la familia en la rehabilitación, los profesionales les incluyen en las terapias, les orientan y contienen. Los familiares encuentran en estos centros un espacio de confianza, donde ellos(as) también son escuchados.

Desde la experiencia de los familiares, en los centros y salas estudiados las principales actividades realizadas son en el ámbito de la salud, particularmente rehabilitación. Esta rehabilitación destaca por su carácter simple y replicable en casa, desde sus perspectivas los ejercicios se enseñan para que las personas los realicen en casa. También, algunas personas han sido apoyadas con formación en el cuidado y atención en el ámbito de salud, que va desde una consejería hasta la derivación al servicio de salud mental. En el ámbito social, también participan en las actividades recreativas.

Desde la visión de los familiares están ausentes de las prácticas en la RBC los ámbitos de fortalecimiento comunitario, educación y subsistencia. Sobre este último ámbito se señalan las necesidades en torno a la disponibilidad de información para el acceso a pensión y oportunidades laborales. Sólo una mujer, comparte la experiencia de su marido que participa de una experiencia laboral ocasional.

Para los familiares, la falta de recursos, condiciones del espacio físico y del personal son barreras para realizar una rehabilitación óptima e integral. En algunos casos, hacen mención a la falta de profesionales idóneos para abordar el cuidado desde el manejo emocional, señalan que si bien los profesionales de rehabilitación presentan escucha activa y contención, no tienen las herramientas que podría tener un psicólogo.

Las familias, reconocen las mejoras de sus familiares con discapacidad. Su participación en el centro o sala RBC, les permite recobrar independencia, en sus actividades de la vida diaria (AVD) y en otras actividades. Si bien se reconoce que habrá un límite en la mejoría “no quedará como era antes” las cuidadoras están contentas de estos avances. Quienes relatan mejores condiciones de sus familiares, son

aquellas que instan y acompañan la participación de las personas con discapacidad en otras organizaciones comunitarias. En este proceso de mejora, ellas y ellos también se consideran responsables, aportando desde su rol en las casas, siendo perseverantes en conjunto con las personas con discapacidad.

Por otro lado, la familia también reconoce, que la participación en la estrategia RBC, tiene un efecto positivo en el ánimo de las personas. Este efecto es por el hecho de ir mejorando físicamente, el no quedarse en casa y tener un espacio de actividad tanto física como social, y estar en relación con las demás personas de la sala no solo otros usuarios, sino también con los mismo profesionales. Las(os) cuidadores, también se benefician de este efecto positivo social y psicológico.

Concepción de Discapacidad e Inclusión Social

Las concepciones sobre discapacidad de las personas participantes de las experiencias estudiadas se reflejan en las vivencias, ideas o creencias que manifiestan en su cotidianidad. Si analizamos estas situaciones desde el modelo social y modelo individual de la discapacidad (figura 4), se reconoce que existen experiencias que reflejan ambos modelos. La tensión entre los modelos, podría estar en los ámbitos relacionados a la intervención terapéutica, en cuanto al incluir la familia, puede ser como fomentadora de autonomía, comprendiendo a la discapacidad más allá del efecto físico e individual, o bien como ejecutora del ejercicio médico-rehabilitador sobre el cuerpo de la persona con discapacidad. Y en el acceso a la protección social, una experiencia que escapa al alcance de los centros o salas RBC estudiados, pero que tiene mucha relación a las estrategias de subsistencia de las personas, y cómo a partir de la discapacidad, las personas se configuran como sujetos de asistencia a sujetos de derechos.

FIGURA 4 Esquema sobre modelos de discapacidad presentes en las experiencias y creencias de los participantes del estudio. →

¿CUÁLES SON LAS VIVENCIAS, IDEAS Y CREENCIAS SOBRE LA DISCAPACIDAD PARA LOS Y LAS PARTICIPANTES?

Calles y transporte público poco accesible.

Barreras físicas y sociales para el acceso a la rehabilitación y atención de salud.

Barrera social: Falta de educación en valores respecto a la no discriminación (cultura inclusiva).

Insuficiencia y mal uso de facilitadores físicos tales como ascensores, cajas y asientos preferenciales.

Abordaje del centro que incluye a la familia, da cuenta de una mirada más amplia de la discapacidad.

Acceso a beneficios o sistema de protección social: **Derechos versus Asistencialismo.**

“Hay que esforzarse para estar mejor” física y emocionalmente.

El cuidado de las PcD concebido como gestión de la vida cotidiana desde una dinámica de autoridad y castigo.

La rehabilitación busca mejorar el cuerpo de las personas para lograr su bienestar.

Asociada al cuerpo de la persona. Dificultades en participación y actividades cotidianas son consecuencias.

Existe un gradiente desde poca dificultad para hacer las cosas hasta la imposibilidad absoluta.

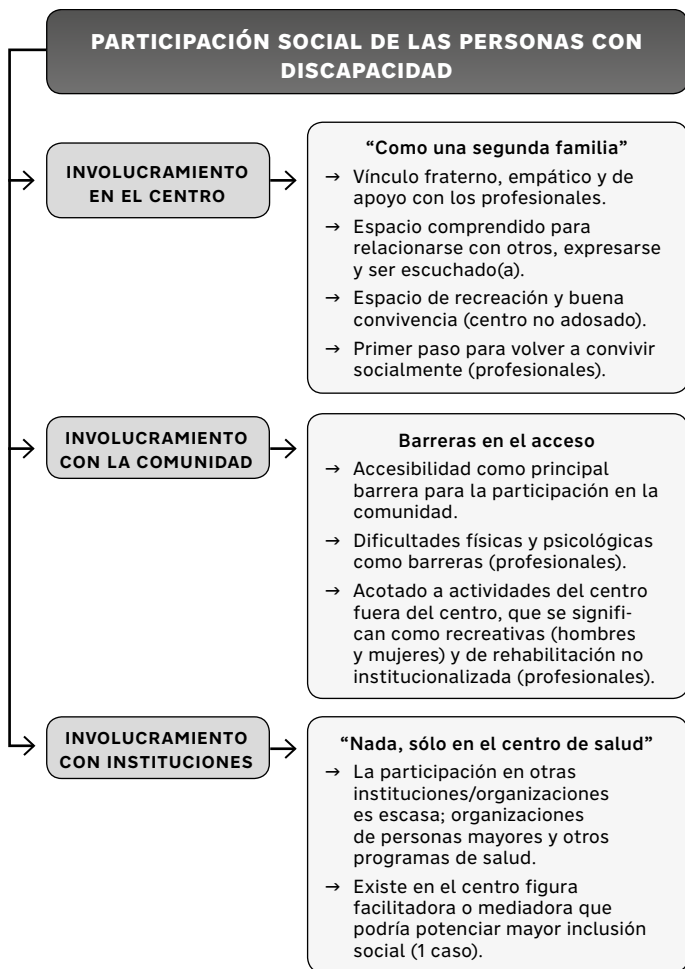
Discapacidad va de la mano de la lástima y la discriminación.

“La sociedad genera la discapacidad”

“La discapacidad se encuentra en la persona”

Por su parte, la inclusión social fue analizada desde la participación y el vínculo de las personas con diversos espacios comunitarios e institucionales. El siguiente esquema de la figura 5 resume los principales hallazgos sobre este ámbito.

FIGURA 5 Esquema sobre las instancias de participación social de las personas con discapacidad.



A. EXPERIENCIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Para las personas con discapacidad (PcD), el modelo social aparece cuando enfrentan experiencias de falta de accesibilidad en la ciudad, en el transporte y en el mismo centro de salud. Así también las PcD enfrentan barreras actitudinales (de otros hacia ellos) y discriminación del resto de la sociedad. Desde estas experiencias enfrentan la discapacidad como motor de lucha por la defensa de sus derechos y deciden continuar con sus vida afrontando las barreras de la discapacidad. Otras personas la viven como algo traumático, que cambia la forma de relacionarse con la familia y los roles que desempeñan previamente a la situación de discapacidad.

La discapacidad no es un proceso individual, afecta también a la familia, especialmente a la pareja. El centro o sala RBC apoya a la familia en este proceso, pero se reconoce que falta apoyo psicológico más sistemático y profesional.

Sin embargo, el modelo individual o médico también está presente en los relatos de las personas con discapacidad, particularmente cuando se asocia la discapacidad a una deficiencia de una estructura corporal, haciendo énfasis en la necesidad de esforzarse físicamente y anímicamente para revertir la discapacidad. También se vincula la discapacidad al depender de otro para realizar los ámbitos de la vida diaria. Este es la consecuencia que más afecta a las personas con discapacidad, pues se sienten “inútiles”, y que son un problema para la familia, pues se perciben imposibilitadas de trabajar, hacer sus cosas, y ya no cumplen el rol social/familiar que tenían antes.

En relación al empleo, llama la atención que quienes logran desarrollar una ocupación hacen énfasis en el esfuerzo individual y la opción de ser trabajador independiente como la principal forma viable para conseguir un trabajo. Esto es también una expresión del modelo individual o médico de la discapacidad, pues ubica la responsabilidad completa de adaptación a la persona con discapacidad, y no cuestiona el rol de la sociedad en torno a las barreras que ésta genera para acceder al empleo.

Algunas personas, se refieren a la discapacidad como una situación dinámica, con gradientes, reconociendo la discapacidad en la imposibilidad de hacer cosas, y que quienes tienen más discapacidad son las personas “postradas”, y que no pueden hacer nada por sí mismas.

En general, la comprensión de la discapacidad, está asociada a las prácticas de salud, y dado que estas suelen ser comprendidas desde un modelo biomédico, existe un vínculo con prácticas desde el modelo individual de la discapacidad. Particularmente, los hombres son quienes tienen una concepción de discapacidad muy negativa y situada en la capacidad física. Para las mujeres la discapacidad se instala en la dependencia, en la relación de depender de otros y en la pérdida de autoridad que han ocupado dentro de la familia. Para las mujeres el rol de cuidado junto con disminución de su autonomía y de la autoridad familiar. Mientras que para hombres pierden rol productivo, además se acercan a las redes familiares, lo que es considerado una ganancia secundaria en algunos casos.

En síntesis, la experiencia de discapacidad es diversa, y transita desde el modelo médico al modelo social, según que tan discriminados se sienten las personas, aquellas experiencias donde perciben mayor discriminación, es donde hay más concepción desde el modelo social.

En cuanto a la participación social, la vinculación que las personas logran en el centro de rehabilitación es intensa y afectiva, describen su relación con profesionales y otros usuarios(as) como “una segunda familia”, valoran principalmente este espacio como un lugar de confianza, donde son escuchados y comprendidos(as). Este es el único espacio en el que tienen participación efectiva y a través de éste se vinculan a otras actividades fuera del centro de tipo recreativas. Sin embargo, la participación en otros espacios como por ejemplo el laboral es casi inexistente.

B. EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES

Los profesionales entrevistados identifican la discapacidad conceptualmente con el modelo social en relación a factores ambientales que profundizan el déficit y las limitaciones funcionales; además identifican la discapacidad con la falta de oportunidades, lo que provoca que las PcD no sean incluidas en las actividades cotidianas “normalizadas” para nuestra sociedad.

A pesar de lo anterior, los profesionales refieren que la discapacidad es trabajada desde la perspectiva del modelo individual, mayoritariamente, al considerar que el empoderamiento de las PcD involucra el hacerse cargo de manera individual de su condición. Sin embargo, se genera una contradicción, ya que los(as) profesionales también

identifican que una de las dificultades respecto a la forma de afrontar una situación de discapacidad está marcada por la capacidad de adaptación emocional de las PcD; y esto va a depender del momento en el cual se adquirió la discapacidad (congénita o adquirida) y de los factores externos que acentúan el déficit; por lo tanto es complejo esperar que todos(as) los(as) usuarios(as) puedan hacerse cargo sólo individualmente de su condición de discapacidad, sin considerar los factores sociales que están involucrados.

A pesar de los esfuerzos que realizan los equipos de profesionales y trabajadores de estos centros, de todas formas se puede apreciar que en sus prácticas reproducen que la discapacidad sea algo institucionalizado, como una problemática individual y no social; y esto se relaciona directamente con las barreras que se mencionaron anteriormente, pero también con el modelo individual de discapacidad y con el modelo biomédico, que aún están muy arraigados en los equipos de salud y en la sociedad.

Respecto a la participación social, los profesionales identifican que un fuerte componente de involucramiento con el centro, por parte de los(as) usuarios(as), está dado por el componente afectivo y el vínculo emocional que se genera entre ellos y los(as) profesionales; los centros de rehabilitación se transforman en lugares donde existe una convivencia afectiva, sobre todo en fechas con harta carga emocional y de festejo social. Producto de los efectos emocionales que implica pasar de ser una persona independiente y autovalente, a ser una persona con alguna discapacidad, se produce un aislamiento de los(as) usuarios(as), por lo que los(as) profesionales identifican estos centros como el primer paso para volver a convivir socialmente. En relación al involucramiento en la comunidad los(as) profesionales indican que los cambios favorables en las condiciones físicas y psicológicas de los(as) usuarios(as), pueden permitir que las personas se desenvuelvan mejor en esta sociedad; para ello, algunos centros buscan que ciertas actividades se relacionen con el desafío de una rehabilitación no protegida ni institucionalizada para lograr, en el futuro, una verdadera inclusión social.

Finalmente, al abordar la temática del involucramiento con agrupaciones, solo en uno de los centros, los profesionales relatan que existe una agrupación de usuarios(as) que les permite desarrollar mejor su inclusión social y el ejercicio de derechos. En los otros centros los(as) profesionales no hacen mención sobre estas agru-

paciones y solo nos relatan que los grupos que existen son mayoritariamente artísticos y de la tercera edad, pero que no generan presión política sobre autoridades locales y/o de organismos centrales.

C. EXPERIENCIA DE LAS FAMILIAS

Los relatos de los familiares entrevistados coinciden en que la discapacidad se presenta en las dificultades relacionadas principalmente con las barreras actitudinales y físicas del entorno, que la familia también excluyen a las personas mayores y personas con discapacidad y que el cambio de este paradigma negativo de discapacidad en la sociedad requiere de un cambio cultural y pautas de crianza en la infancia, para que la diferencia sea parte de la sociedad.

Por otro lado, la conceptualización de discapacidad también está centrada en el déficit de la persona que afecta la realización de actividades de la vida diaria, caracterizando la discapacidad como una problemática individual, en la cual la persona es asistida por algún otro miembro de la familia y varias veces más de lo que la persona requiere. En esta dinámica en muchas ocasiones se aprecia una vulneración de la autonomía de las personas, lo que se relaciona con el cambio de rol y pérdida de autoridad familiar que expresan las personas con discapacidad. Estas prácticas de cuidado pueden apoyar o desfavorecer el desarrollo de la independencia funcional de las personas con discapacidad, y junto con esto no solo afectar a las personas con discapacidad, sino también las dinámicas familiares con el resto del núcleo, generando importantes problemáticas, entre ellas, y la sobrecarga de la o el cuidador(a).

Las familias viven también un proceso de adaptación y aceptación, en algunos casos acompañados del equipo de salud. En este proceso de aceptación, el(la) cuidador(a) es capaz de darse cuenta de las capacidades y fortalezas individuales de la PcD, que le permiten continuar la tarea de cuidado desde una visión más de apoyo. Sin embargo, por diversas razones, esto no tiene lugar en todos los casos, y la situación de cuidado termina siendo una situación de dependencia mutua.

El centro o sala de RBC, es un espacio donde las familiares también participan, en el proceso de rehabilitación y se refieren a la participación de las PcD como una experiencia grata, caracteriza por sensación de bienestar, motivación, sentido de igualdad, pertenencia y familiaridad. Sobre las experiencias de participación en la comunidad los familiares señalan que son parte rutina de las personas,

y que presentan algunas restricciones como enfrentar barreras de accesibilidad, requerir siempre compañía o bien terquedad o resistencia sobre uso de las ayudas técnicas. La vinculación con instituciones o espacios formales de inclusión social está ausente de la mayoría de los relatos.

Discusión

Este estudio aporta una aproximación a la caracterización de la implementación de la RBC en la Región Metropolitana. En la aproximación cuantitativa destaca que la implementación de la matriz en RBC es principalmente a través del componente de salud, pues es el más presente en las prácticas de RBC y donde los(as) coordinadores(as) perciben mayor nivel de capacitación. Por otro lado la menor implementación y nivel de capacitación está en el componente de educación. Lo anterior, parece lógico si consideramos que la población objetivo del Programa de Rehabilitación Integral del Ministerio de Salud son personas adultas, que requieren rehabilitación física tras una enfermedad o patología crónica. Sin embargo, las actividades de prevención y promoción de salud serían las menos desarrolladas del componente de salud, lo que es una debilidad del modelo de atención integral que al menos debería desarrollarse considerando su ubicación en la Atención Primaria.

En cuanto a la dotación de personal, se identifica que junto a la dupla de kinesiología y terapia ocupacional de todos los centros, menos de la mitad de ellos cuentan con fonoaudiólogo(a). Ante la necesidad de abordajes terapéuticos integrales, dicha baja dotación de la fonoaudiología podría ir en detrimento de la calidad de la rehabilitación.

En cuanto a las experiencias estudiadas desde la perspectiva cualitativa, la visión desde los tres actores claves de la RBC aporta como elemento común que la RBC es una estrategia de rehabilitación física, centrada en la patología, en un contexto comunitario en el cual se valora la convivencia, el vínculo y el acompañamiento en el proceso de rehabilitación. Por otro lado, los modelos de discapacidad; médico y social, conviven en las prácticas y creencias, pero no en tensión, sino más bien en distintas experiencias de las PcD. Es de esperar que la rehabilitación física sea una necesidad para las personas con discapacidad, por tanto desde ahí todas las actividades del centro estarán centradas en la recuperación de la funcionalidad,

y por tanto en un modelo médico de la discapacidad. Sin embargo en las experiencias fuera del centro reconocen elementos sociales y del entorno que restringen su participación, apareciendo acá el modelo social de la discapacidad. Esto último, de acuerdo a las guías de la OMS sobre RBC, debieran ser abordadas a través de la Estrategia RBC, por medio del empoderamiento de las PcD, familiares y comunidad y a través del trabajo intersectorial. Sin embargo, dada la alta demanda de atención, la poca preparación de los profesionales y la poca diversidad y cantidad de los mismos, y otros elementos locales, dificultan la realización de actividades en los otros componentes de la matriz RBC.

Las personas con discapacidad y los familiares, en general están satisfechos con la experiencia, si bien reconocen algunas debilidades del acceso a rehabilitación, como la falta de equipamientos y baja frecuencia de sesiones, el desarrollo de los otros componentes de la RBC no es un tema evaluado por las PcD o familiares, pues no conocen la Estrategia, para ellos la rehabilitación es suficiente. Desde nuestro análisis, no solo se debe avanzar en mejorar el desarrollo de los demás componentes, sino también mejorar el componente de salud, a través de incluir actividades de promoción, prevención, apoyo al uso de ayudas técnicas, y atención integral, incluyendo salud mental. En cuanto al resto de los componentes una oportunidad de mejora es potenciar el trabajo intersectorial.

Las limitaciones del estudio cuantitativo están en su carácter de autorreporte por parte de los(as) coordinadores(as) de la estrategia, pues su visión es solo una perspectiva, y desconocemos el punto de vista de los otros profesionales y de los propios usuarios(as). En cuanto al estudio cualitativo, su principal limitación es que las experiencias de las personas con discapacidad son diversas tanto por sus realidades como por sus diagnósticos o condiciones de salud, la intensidad y requerimientos hacia el sistema de salud serán distintos de acuerdo al nivel de compromiso de salud, y estas diferencias no se han relevado en este estudio.

Finalmente las proyecciones de estos estudios están en convocar a la producción local de conocimiento, al estudio de experiencias locales, por medio de sistematizaciones de experiencias (Jara, 1994) con el objetivo de no solo conocer el fenómeno, sino también transformarlo y ajustarlo a las necesidades locales.

Por otro lado, la RBC en Chile tiene diferencias en el contexto rural y urbano, otros estudios podrían comparar estas experiencias y dar cuenta de cómo la conectividad o las condiciones de ruralidad dan otros énfasis a la RBC.

Conclusiones

Las principales conclusiones de estos estudios son:

- 1 Tanto las personas con discapacidad como los familiares están satisfechos con sus experiencias en las salas y centros de la RBC, sus expectativas están centradas en el proceso de rehabilitación, y por tanto el buen trato y el vínculo que se da en el centro, además de los resultados favorables que tienen las personas en cuanto a su funcionalidad cumplen sus expectativas. Por su parte, los(as) profesionales reconocen que les falta mucho para trabajar en pos de la inclusión social, saben que realizan un aporte, pero son críticos al reconocer que existen barreras para desarrollar en plenitud la estrategia RBC.
- 2 Si la RBC en Chile, está centrada en el componente de salud, este se debe fortalecer, pues no solo debe entregar prestaciones de rehabilitación, sino también abordar la prevención, promoción de salud y la atención oportuna. Y como las propias personas con discapacidad señalan, contar con una atención integral que incluya abordar la salud mental, para acompañar el proceso de aceptación y adaptación tanto de la persona con discapacidad como de su familia.
- 3 Con el fin de fortalecer el desarrollo de la matriz RBC y cubrir las necesidades de las PcD para la inclusión social la estrategia debe potenciar su trabajo intersectorial, reconocer a los actores institucionales y comunitarios con quienes deben generar alianzas para sumar esfuerzos que busquen construir una sociedad más inclusiva.
- 4 Las estrategias de RBC, centradas en salud, pueden potenciar una positiva convivencia entre los modelos de comprensión de la discapacidad (médico y social), siempre y cuando las prestaciones de rehabilitación respondan a las necesidades e intere-

ses de las personas con discapacidad, y existan instancias de formación y reflexión en torno al rol de la sociedad en el establecimiento de barreras para la inclusión.

- 5 Para todo lo anterior, es necesario contar con mayor diversidad de profesionales que permitan ampliar las actividades que se realizan en los centros RBC. Apoyar el desarrollo de organizaciones de personas con discapacidad para la defensa de sus derechos, y avanzar en la construcción de una sociedad más justa e inclusiva.

Recomendaciones de panel de expertos y expertas

El día 25 de enero de 2018, se convocó a una mesa de expertos que incluía personas en situación de discapacidad de la comunidad, académicos y académicas de la rehabilitación basada en la comunidad junto a instituciones de salud y desarrollo social que trabajan en la inclusión social de personas en situación de discapacidad. Basado en los resultados de este estudio, tanto resultados cuantitativos como cualitativos, este panel de experto elaboró las siguientes recomendaciones:

1. **PLANIFICACIÓN Y ARTICULACIÓN DE ACTORES DE LA REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD.**
 - a. **Orientaciones técnicas desarrolladas en conjunto por el Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social.**

Se recomienda que el desarrollo y revisión de las orientaciones técnicas del programa Rehabilitación Integral deba ser realizado por medio del Ministerio de Salud (Unidad de Discapacidad y Rehabilitación, UDR) y el Ministerio de Desarrollo Social (Servicio Nacional de la Discapacidad, SENADIS). De esta manera, se pueden complementar los objetivos de trabajo y la línea programática a la que pueden acceder las personas en situación de discapacidad. A su vez, esta estrategia entregaría tanto a equipos locales de salud como equipos de desarrollo comunitario más información para el trabajo coordinado.

b. Desarrollo de orientación técnicas y seguimiento de “Mesas Locales de Desarrollo inclusivo” en las municipalidades.

Se propone que dentro de las orientaciones técnicas e indicadores del programa, se incluya dar seguimiento a la instalación de equipos de coordinación intersectorial municipales con el nombre de “Mesa Local de Desarrollo inclusivo”, la que se incluya en el reglamento interno de la Municipalidad, estableciendo objetivos, actividades y responsables.

2. INVERSIÓN EN MEJORA DE LOS ESPACIOS Y EQUIPAMIENTO DE LAS SALAS.

a. Inversión de más salas de rehabilitación basada en la comunidad.

Se planteó la necesidad de incrementar la cantidad de centros y salas RBC en espacios que cumplan con las exigencias de accesibilidad del Decreto Supremo 50 de Ministerio de Vivienda y Urbanismo, basado en la ley N°20.422.

b. Mejor equipamiento de salas de rehabilitación.

Se plantea la necesidad de equipar las salas de rehabilitación con más elementos que sean coherentes con lo planteado con las orientaciones metodológicas. Dentro de los implementos necesarios, se encuentran herramientas de apoyo para el desarrollo de metodologías participativas, práctica/entrenamiento de actividades de la vida diaria, entre otros materiales que se identifiquen como necesarios con la comunidad.

3. DIFUSIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS

a. Seminario Anual de Buenas prácticas en Rehabilitación Basada en la Comunidad.

Se plantea la necesidad de institucionalizar en los servicios de salud el desarrollo de un seminario anual en el que se difundan buenas prácticas de equipos comunales y/o organizaciones comunitarias que trabajan sobre el desarrollo inclusivo. En dichas instancias, se busca incluir reflexiones sobre la comprensión del rol de la estrategia y sus actividades con sus comunidades.

b. Encuentros de equipos locales de desarrollo inclusivo.

Se propone la articulación de dispositivos comunales dentro del Servicio de Salud y/o provincia correspondiente. En dichos espacios, se busca el desarrollo de jornadas de coordinación, difusión y trabajo colaborativo en proyectos de mayor escala, que resuelvan necesidades de salud e inclusión en elementos más amplios que el territorio local.

4. CAPACITACIÓN SOBRE RBC

El equipo de expertos plantea que las necesidades de capacitación referidas por los equipos de salud, deben centrarse en la profundización de las habilidades y conocimientos de los equipos de rehabilitación en la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad, el desarrollo de herramientas prácticas para el abordaje integral de la matriz de RBC y formación en trabajo comunitario y con organizaciones sociales. Dentro de las modalidades formales (diplomados, cursos, otros), se plantea complementar con formación en habilidades prácticas con Fundaciones y/o Organizaciones no Gubernamentales.

5. REVISIÓN DE INDICADORES DE RENDIMIENTO

Basado en los resultados del estudio, los(as) expertos plantearon la necesidad de revisar los indicadores utilizados para monitorear el trabajo en las salas de rehabilitación. Particularmente, se requiere mejorar la precisión e integralidad del grupo de indicadores, con tal de asegurar un monitoreo y descripción amplio de las actividades realizadas, que den cuenta de manera clara de las actividades en terreno, trabajo grupal y comunitario, sin acotar el trabajo exclusivamente en el componente salud de la matriz de RBC. Dentro de los indicadores relevantes a revisar, está el indicador sobre inclusión social, que no da cuenta de manera precisa de lo realizado por lo poco específico.

Referencias

- ALVARADO R. Elaboración y validación de instrumento que describe y caracteriza las redes de servicios de salud mental para personas que padecen esquizofrenia. (2010). *Revista Chilena de Salud Pública*. 11. 10.5354/0717-3652.2007.2886.
- ARTINO, ANTHONY R., JEFFREY S. LA ROCHELLE, KENT J. DEZEE, AND HUNTER GEHLBACH. 2014. "Developing questionnaires for educational research: AMEE Guide No. 87." *Medical Teacher* 36 (6): 463-474. doi:10.3109/0142159X.2014.889814. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2014.889814>
- BOURDIEU, P. (1999). *Comprender*. En P. Bourdieu (Ed.), *La miseria del Mundo* (pp. 527-543). Buenos Aires: FCE de Argentina.
- CLIFFORD, S., LEADER, G., KOSCIULEK, J., & LEAHY, M. (2015). Defining social inclusion of people with intellectual and developmental disabilities: An ecological model of social networks and Community participation. *Research in Developmental Disabilities*, 18-29. doi:10.1016/j.ridd.2014.10.008

- ENGEL G. The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine. *Science*. 1977; 196:129-36.
- GUAJARDO, A. (2014). Evaluación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) desde la perspectiva de la comunidad y los equipos locales de Rehabilitación. En A. Guajardo, E. Recabarren, & V. Parraguez, *Rehabilitación de Base Comunitaria, Diálogos reflexiones y prácticas en Chile* (pp. 138-162). Santiago.
- GUAJARDO, A., RECABARREN, E., & PARRAGUEZ, V. (2014). *Rehabilitación de Base Comunitaria. Diálogos, reflexiones y prácticas en Chile*. Santiago: SENADIS y Universidad Andrés Bello.
- GUBER, R. (2001). *Trabajo de campo y reflexividad La etnografía, método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial, Norma.
- JARA, OSCAR. 1994. *Para Sistematizar Experiencias*. Editado por el Centro de Estudios y Publicaciones ALFORJA. San José de Costa Rica, Costa Rica.
- LÓPEZ, V., JULIO, C., PÉREZ, M. V., MORALES, M., & ROJAS, C. (2014). Barreras Culturales para la Inclusión: Políticas y Prácticas de Integración en Chile. *Revista de Educación*(363), 256-280. doi:10.4438/1988-592X-RE-2012-363-180
- MENDIZÁBAL, N. (2013). Los Componentes del diseño flexible en investigación cualitativa. En I. c. Vasilachis (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa*. Argentina: Gedisa Editorial.
- MINAYO, M. C. (2003). *Ciencia, técnica y arte: el desafío de la investigación social Investigación Social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MINISTERIO DE SALUD. (2015). *Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud. División de Atención Primaria / Subsecretaría de Redes Asistenciales*.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2012). *Guía para la implementación de la RBC. Folleto Introductorio*.
- ORGANIZACIÓN NACIONES UNIDAS. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Obtenido de Naciones Unidas - Enable: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?navid=12&pid=497>
- 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, España: Grupo Editorial CINCA. Recuperado el Agosto de 2014
- SHENTON, A. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information* 22 (2004) 63-75.
- SONEIRA, A. (2013). La "teoría fundamentada en los datos" (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En I. c. Vasilachis (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa*. Argentina: Gedisa Editorial.

DISEÑO Y PRODUCCIÓN



G R Á F I C A
METROPOLITANA

WWW.GRAVICAMETROPOLITANA.CL
CONTACTO@GRAVICAMETROPOLITANA.CL