

CARACTERIZACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA EN NIÑOS MENORES DE  
6 AÑOS MATRICULADOS EN LOS HOGARES INFANTILES DEL INSTITUTO  
COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, ICBF, DEL DISTRITO DE  
BARRANQUILLA. AÑOS 2008-2009

KAROL DE JESÚS CERVANTES DE LA TORRE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
FACULTAD DE MEDICINA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA  
2011

CARACTERIZACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA EN NIÑOS MENORES DE  
6 AÑOS MATRICULADOS EN LOS HOGARES INFANTILES DEL INSTITUTO  
COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, ICBF, DEL DISTRITO DE  
BARRANQUILLA. AÑOS 2008-2009

KAROL DE JESÚS CERVANTES DE LA TORRE

Tesis para optar el título de  
Magíster en Salud Pública

Directora  
Marisol Moreno Angarita  
Fonoaudióloga

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
FACULTAD DE MEDICINA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA  
2011

Nota de Aceptación

---

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Bogotá, D.C.,

## CONTENIDO

	pág.
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 VALORACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.1.1 Justificación	15
1.2 OBJETIVOS	23
1.2.1 Objetivo general	23
1.2.2 Objetivos específicos	23
2. MARCO TEÓRICO	24
2.1 MODELOS TEÓRICOS DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA	24
2.2 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD	28
2.2.1 Funciones corporales y estructuras corporales	33
2.3 EDUCACIÓN Y DISCAPACIDAD	35
2.3.1 Sistemas educativos inclusivos en América Latina	36
2.3.2 Educación inicial	42
3. DISEÑO METODOLÓGICO	47
3.1 MATERIALES Y MÉTODOS	47
3.1.1 Tipo de Estudio	47
3.1.2 Universo Población y Muestra	47
3.1.3 Criterios de elegibilidad de los Hogares Infantiles	48

3.1.4 Criterios de elegibilidad de los niños	48
3.2 PRUEBA PILOTO	48
3.3 PROCEDIMIENTO	49
3.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN	49
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	50
3.6 VARIABLES DEL ESTUDIO	50
3.6.1 Operacionalización de Variables	51
3.7 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	51
3.8 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	52
4. RESULTADOS	53
5. DISCUSIÓN	58
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
6.1 CONCLUSIONES	62
6.2 RECOMENDACIONES	62
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	69

## LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Menores con discapacidad física en los Hogares Infantiles	53
Tabla 2. Tipo de discapacidad física diagnosticada en los niños matriculados en los hogares infantiles del ICBF. Año 2009	54
Tabla 3. Distancia del Hogar Infantil a la residencia del menor discapacitado físico	57

## LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Porcentaje de menores con discapacidad física en los Hogares Infantiles	53
Figura 2. Distribución de la edad en los niños con discapacidad física matriculados en los Hogares Infantiles del ICBF. Año 2009	54
Figura 3. Distribución del sexo en los niños con discapacidad física matriculados en los hogares infantiles del ICBF. Año 2009	55
Figura 4. Tipo de afiliación al régimen de salud de los niños con discapacidad física matriculados en los Hogares Infantiles del ICBF. Año 2009	56
Figura 5. Distribución de los niños según ingresos familiares en los Hogares Infantiles del ICBF. Año 2009	56

## RESUMEN

En América Latina y el Caribe hay más de 60 millones de personas con discapacidad.<sup>1</sup>

A pesar de los esfuerzos mundiales en materia de inclusión social y lo que ella representa se estima que más del 90% de los niños y niñas con discapacidad no asisten a la escuela, disminuyendo así sus posibilidades de ser en un futuro individuos activos y productivos para la sociedad.

Si bien es cierto, que existen normas jurídicas que promueven la inclusión social de esta población, a la postre no dejan de ser más que paliativos para cumplir acuerdos con la comunidad internacional. Se hace evidente este hecho cuando el Estado Colombiano considera de obligatoriedad la inclusión de los menores con discapacidad en los Hogares Infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, pero no reglamenta de manera específica cómo se realizará y cuáles son también específicamente las herramientas pedagógicas para procurar una inclusión exitosa.

Los Hogares Infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar del distrito de Barranquilla recibieron menores de 6 años con discapacidad física en el año 2009; la investigación busca caracterizar a esta población, identificar los tipos de limitaciones físicas y describir el comportamiento de las variables edad, sexo, nivel de escolaridad y régimen de Seguridad Social en Salud frente a la discapacidad física. Para su realización se utilizó el paradigma Empírico – Analítico, a partir del estudio descriptivo Transversal. Como instrumento de recolección de información se usó una encuesta que se aplicó a los padres de los menores con el propósito de obtener información socio demográfica y económica de los menores y sus familias.

Al culminar la investigación se obtuvo como resultado el hecho de que la discapacidad de origen neuromuscular es la que mayormente se presenta; en lo referente a la edad las discapacidades son más frecuentes en los dos y tres años. No resulta concluyente que éstas se presentan con mayor frecuencia en menores

---

<sup>1</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Mundial de la Salud. La Discapacidad: Prevención y Rehabilitación en el Contexto del Derecho al Disfrute del más alto nivel posible de Salud Física y Mental y otros Derechos Relacionados [en línea]. En: 47 Consejo Directivo, 58. Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, 25-29 de septiembre de 2006. 3 p. Disponible en Internet: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/CD47.r10-s.pdf>

varones debido a que ellos se encuentran matriculados en mayor número que las niñas.

Socio demográficamente los menores con discapacidad física pertenecen a familias que no superan los dos salarios mínimos legales vigentes lo cual es un riesgo para que se conviertan en desertores.

Los Hogares Infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar del Distrito de Barranquilla presentan poca inclusión de menores con discapacidad física evitando así su iniciación temprana en el sector educativo lo cual favorecería más adelante su pleno desarrollo dentro de la comunidad a la cual pertenecen.

**Palabras claves:** Menores, discapacidad, inclusión, educación.

## **ABSTRAC**

There are more than 60 million people with disabilities in Latin America and the Caribbean.

Despite the worldwide efforts in the matter of social inclusion and which it represents, it is estimated that more than 90% of boys and girls with disability do not attend school, decreasing in this way their possibility of being future active and productive individuals for society.

It is true that there are legal standards that exist to promote social inclusion of this population but they are only palliatives to comply with international community agreements. This facts are evident when the Colombian government considers obligatory the inclusion of minors with disabilities in infant homes of the Colombian family welfare institute (Instituto Colombiano del Bienestar Familiar), but does not regulates in a specific manner how it will be done and which specific pedagogical tools to make a successful inclusion.

The Infant Homes of the Colombian Family Welfare Institute (ICBF) of the Barranquilla district presented 6 years old minor with physical disability in 2009, the investigation is looking to point out this population, to make this possible the analytical-empirical paradigm was used, utilizing the transversal descriptive study. As an information recollection instrument, a survey was applied to the parents of

these minors with the objective of obtaining social-demographical and economical information of these minors and their families.

At the end of the investigation it showed that neuromuscular disability origin is the highest, in reference to the age of the disability, are more frequent in two and three years of age. It is not evident that this will present more frequently in male minors due to the fact that these are registered in school in a higher number than girls.

Social-demographically, the minor with physical disabilities belong to families that do not exceed two minimum legal salary wages which is a risk to be a deserter.

The Infant Homes of the Colombian Family Welfare Institute of the Barranquilla district, show very few inclusions of minors with physical disabilities, this will prevent an early initiation in school. This early start would favor the minors later on in their development inside their community.

**Key words:** Minors, Disability, Inclusion, Education.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La discapacidad no hace distinción de clase social ni de sexo. Cuando su definición era abordada como una condición que altera el desarrollo de una persona, causada por una enfermedad, un accidente o una alteración genética hacía referencia exclusivamente al punto de vista meramente médico.

En la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud establecida por la Organización Panamericana de la Salud, OPS, se concibe la discapacidad como...*“un término genérico, que incluye deficiencias en las funciones y en las estructuras corporales, limitaciones en la actividad (capacidad) y restricciones en la participación (desempeño). Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (ambientales y personales). Desde esta perspectiva la discapacidad es el resultado de la interacción del funcionamiento de una persona y el ambiente, siempre relacionado con una condición de salud”*<sup>2</sup>

Desde estas perspectivas, la discapacidad cobra cada vez mayor importancia debido a los múltiples factores ambientales que directa o indirectamente inciden en la presentación del evento, como lo son: sectores de servicios, sistemas de comunicación, actividades culturales y de recreación, además de las actitudes llenas de prejuicios y discriminación con respecto a las personas con discapacidad. Estos y otros muchos factores ambientales también exacerban la discapacidad: entre ellos se pueden citar el manejo inadecuado de las normas de seguridad laboral, de seguridad domiciliaria, de seguridad de tránsito, de planificación urbanística y la contaminación ambiental por agentes químicos<sup>3</sup>. Al revisar los indicadores epidemiológicos publicados por la Organización Mundial de la Salud, OMS, se observa que el 10% de la población mundial presenta discapacidad, lo que representa cerca de 650 millones de personas y de éstas 200 millones son menores de edad<sup>4</sup>.

En Europa, la discapacidad afecta con mayor frecuencia a los adultos mayores (28,5%). Al desagregar la prevalencia en los principales países se observa que en España dicha prevalencia es del 28,7%, situándose en lugar próximo a la

---

<sup>2</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Discapacidad [en línea]. En: OPS, Chile. 2009. 3 p. Disponible en Internet: [http://new.paho.org/chi/index.php?option=com\\_content&task=view&id=82&Itemid=259](http://new.paho.org/chi/index.php?option=com_content&task=view&id=82&Itemid=259)

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. World Report [online]. In: Disability and Rehabilitation. 2010, 350 p. Available from Internet: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf)

media de Alemania, Francia e Italia; y en Polonia y Suiza es del 16%<sup>5</sup>. Los informes publicados por el Banco Interamericano de Desarrollo en el año 2006 muestran que en América la prevalencia está en el 14,5% siendo Brasil, Chile y Ecuador los que reportan la mayor cifra 14,5%; 12,9%; 12,1%. En esta priorización Colombia ocupa el séptimo lugar con el 6,3% en discapacidad según el censo realizado al año 2005<sup>6</sup>. Para evaluar la discapacidad en América se ha carecido de criterios técnicos de estandarización que permitan obtener cifras globales de prevalencia, siendo éstas variadas entre naciones próximas con condiciones sociodemográficas similares. Para obtener datos, algunos países utilizan el censo poblacional como Brasil, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Venezuela, Honduras, México, Panamá y Paraguay; otros, como Argentina y Uruguay, usan las encuestas de prevalencia específicas y encuestas de hogares para determinar los indicadores epidemiológicos<sup>7</sup>.

Colombia es un país que utiliza el Censo Poblacional aparte del registro para localización y caracterización de personas con discapacidad con el fin de conocer cuáles son las necesidades de esta población como una estrategia importante para establecer y proyectar sus indicadores socio demográficos en la población, incluyendo aquella con alguna condición de discapacidad. Los resultados del Censo 2005 muestran una prevalencia de mencionado evento de 6,3%; siendo mayor en hombres (6,6%) que en mujeres (6,1%). Los departamentos que presentaron mayor población con limitaciones permanentes fueron Cauca (9,5%); Nariño (9%); Boyacá (8,8%); Huila (8,5%); Quindío (8%); Tolima (7,8%) y Putumayo (7,4%). En los departamentos de Vichada, Atlántico, Guainía, Bogotá, Guaviare, Amazonas, y La Guajira se presenta un promedio entre el 3,6 y 5,2 % de personas con discapacidad menor al promedio nacional. Teniendo en cuenta el número de limitaciones por persona el 71,2% presentan una limitación; el 14,5% dos limitaciones; el 5,7% tres y el 8,7%, tres o más<sup>8</sup>.

De acuerdo con el tipo de limitaciones el 29,3% de la población discapacitada posee limitaciones para moverse o caminar, el 14,6% para usar brazos y manos, el 43,4% para ver, el 17,3% para oír, el 13% para hablar, el 11,7% para entender o aprender, el 9,4% para relacionarse con los demás por problemas mentales o

---

<sup>5</sup> ESPARZA, Cecilia y ABELLÁN, Antonio. La discapacidad en Europa. Datos del 2006 [en línea]. En: Portal mayores. 2009, no. 93, 11 p. Disponible en Internet: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-disca-en-europa-2006-v1.pdf>

<sup>6</sup> BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Datos de Discapacidad 2006 [en línea]. 2009. Disponible en Internet: [http://www.iadb.org/sds/soc/site\\_6215\\_s.htm](http://www.iadb.org/sds/soc/site_6215_s.htm)

<sup>7</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Discapacidad. Op. cit., p. 3.

<sup>8</sup> COLOMBIA. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Discapacidad – Colombia [en línea]. En: Boletín Censo General. Actualización 2005, p. 1-3. Disponible en Internet: <http://www.dane.gov.co/censo/files/boletines/discapacidad.pdf>

emocionales, el 9,9% para bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo y el 18,8% presentan otra limitación. De igual forma, en el Censo 2005 se reporta una Prevalencia mayor de limitaciones permanentes en la población adulta, siendo más frecuente en hombres (10,6%), excepto en el grupo de 85 años y más, que en las mujeres es de (10,1%)<sup>9</sup>.

Al comparar la Media Nacional de cada limitación con la prevalencia reportada en los departamentos de la Región Caribe colombiana, se observa que de los ocho departamentos sólo Atlántico y Magdalena tienen una prevalencia menor de limitados visuales en un 2% sobre la Media (43,5%). Sin embargo, en la limitación permanente para usar brazos y piernas Atlántico, Cesar y Magdalena superan la Media Nacional (14,7%) en aproximadamente el 2%. En las limitaciones permanentes para hablar, entender, relacionarse con los demás y auto cuidado todos los departamentos de la costa Caribe superan la Media Nacional en más del 1%.

En el Departamento del Atlántico, la Tasa de personas con discapacidad por 100.000 habitantes es de 121.23; siendo los Municipios de Suan, Repelón, Manatí y Tubará los que presentan la mayor tasa (460.87; 429.17; 409.14; 356.15 respectivamente). En la cabecera municipal la distribución de personas con discapacidad es mayor que en el centro poblado con frecuencias que superan el 2.5% como es el caso de Suan, Manatí y Repelón. En cuanto al sexo, la discapacidad tiene un comportamiento variable, es más frecuente en el sexo masculino en los municipios de Baranoa (55,2%), Candelaria (58,24%); Juan de Acosta (54,14%); Luruaco (55,87%); Malambo (51,57%); Palmar de Varela (52,24%); Puerto Colombia (58,07%); Sabanalarga (51,19%); Soledad (67,79%) y Usiacurí (56,84%). La distribución de personas con discapacidad por grupos etéreos fue calculada en Tasa por 10.000 habitantes. En los 21 Municipios del Departamento del Atlántico el grupo más afectado por el evento fue el de 15 a 44 años, alcanzando Tasa de 16.2 como el caso del municipio de Suan; en los menores de 10 años las Tasas oscilan entre el 0.1 al 3.4. En cuanto a los tipos de discapacidad se observa que las ocasionadas por el sistema nervioso ocupan el primer lugar seguida de las afecciones del sistema cardio respiratorio y las defensas y del movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas<sup>10</sup>.

En el corregimiento de Juan Mina del Distrito de Barranquilla, se ha diseñado un observatorio de salud con sede principal en el Punto de Atención en Salud

---

<sup>9</sup> Ibid., p. 2.

<sup>10</sup> NAVARRO, E; BARCELÓ, R. y TUESCA, R. Análisis de la Situación de Salud Departamento del Atlántico: Plan de Atención Básica Departamental, 2004 – 2005. Ediciones Uninorte; Gobernación del Atlántico, Secretaría Departamental de Salud. 2006, p. 151-154.

Oportuno, P.A.S.O B, el cual contempla en sus líneas de acción la discapacidad física, sensorial y mental, mostrando que el 67,9% de las personas con discapacidad son del sexo masculino; el 43,1% tienen edades entre los 21 a 40 años; el tipo de limitación permanente más frecuente es el motor (42%), seguido de la discapacidad sensorial visual (21%), de la mental cognitiva (17%), de la mental psicosocial (11%) y la sensorial auditiva (9%)<sup>11</sup>. Las publicaciones sobre discapacidad en el distrito de Barranquilla omiten información importante sobre los niños con discapacidad en los centros educativos, excepto el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, el cual dentro de sus programas contempla la inclusión social y la integración de niños con discapacidad.

Con el propósito de salvar la brecha por falta de información el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, diseñó el formulario único de registro para localización y caracterización de personas con discapacidad con el fin de conocer cuáles son las necesidades de esta población.

Dentro de esas necesidades está la de acceder a la educación, el registro ha permitido localizar y caracterizar la asistencia escolar de personas con discapacidad de 5 a 20 años por departamentos (ver Anexo 1) encontrando que el 42 .25% de las personas con discapacidad no acceden al servicio de educación.

El ICBF es una Institución reconocida por los colombianos, comprometida con la protección integral de los derechos de los niños, niñas, adolescentes y las familias más pobres y vulnerables del país, es el ente que coordina y articula el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, SNBF, conformado por las diferentes entidades responsables de la garantía de los derechos, la prevención de su vulneración, y el restablecimiento de los mismos en los ámbitos nacional, territorial y local. Cuenta con 200 centros zonales, los cuales son puntos de servicio para atender a la población de todos los municipios del país. Actualmente cerca de 10 millones de colombianos se benefician de sus servicios. Uno de sus principales retos es desarrollar políticas que prioricen la atención a los más pobres y vulnerables logrando así mayor efectividad y eficiencia en el uso de los recursos, centrando su atención en mejorar las condiciones de vida de la niñez y la familia, en todo el territorio nacional<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> AMADOR, E. et al. Observatorio de discapacidad del corregimiento de Juan Mina- Barranquilla. Universidad Libre Seccional Barranquilla y Secretaría de Salud Distrital. 2009.

<sup>12</sup> INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Insumos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar para el informe del presidente al Congreso de la república 2002 – 2010 [en línea] Disponible en Internet: <http://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/pdf/informealcongreso2002-2010-04dejuniode2010.pdf>

En la actualidad, los hogares de Bienestar Familiar del ICBF del Distrito de Barranquilla integran en los diferentes niveles educativos, a niños menores de 6 años con discapacidades físicas sin tener un perfil epidemiológico que caracterice a esta población. Dada la importancia de contar con este perfil con el propósito de que sirva para mejorar el proceso de inclusión escolar, la investigadora se formula el siguiente interrogante ¿Cuál es la caracterización de la discapacidad física en niños menores de 6 años matriculados en los hogares infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, del distrito de Barranquilla durante los años 2008 y 2009?

Esta pregunta hace reflexionar a la investigadora sobre los siguientes interrogantes que se sistematizan a continuación:

- ✓ ¿Cuáles son los tipos de discapacidades físicas que presentan los niños matriculados en los hogares infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de Barranquilla?
- ✓ ¿Cuál es el comportamiento de las variables edad, sexo, nivel de escolaridad y régimen de Seguridad Social en Salud frente a la discapacidad física en los niños matriculados en los hogares infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de Barranquilla?

## 1.1 VALORACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

**1.1.1 Justificación.** La discapacidad física en la población infantil tiene implicaciones biológica y socio afectivas, en la primera, el compromiso de los segmentos corporales afectan la capacidad funcional y postural del niño durante la realización de las actividades básicas cotidianas; la segunda, afecta la visión personal de sí mismo y cómo lo ven los otros ante la ejecución de una actividad. En este sentido, se puede decir que la discapacidad física interfiere con la capacidad del niño para utilizar el cuerpo y su movimiento como estrategias de aprendizaje social<sup>13</sup>, afectando la participación social, el ejercicio de los derechos y el desarrollo integral, entre otros muchos factores que lo vincularían a relacionarse con sus congéneres en un entorno definido.

---

<sup>13</sup> VERDUGO, Miguel; GONZÁLEZ, Gil. y CALVO, María. *Apreciamos las Diferencias: Alumnos con Discapacidad Física* [en línea]. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Universidad de Salamanca, Comité Español de Representantes de Minusválidos, Junta de Comunidades de Castilla - la Mancha. 2003. Disponible en Internet: <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/6676/8-1/apreciamos-las-diferencias-orientaciones-didacticas-y-metodologicas-para-trabajar-sobre-la-discapacidad-en-educacion-primaria.aspx>

La Organización de las Naciones Unidas estima que en el mundo existen alrededor de 600 millones de personas con discapacidad, de los cuales, 400 millones están en los países en vías de desarrollo y unos 60 millones están en la región de las Américas. Esta cifra representa el 10% de la población y se considera que la discapacidad tiene repercusión sobre los cuidadores, los familiares y la comunidad<sup>14</sup>.

Las discapacidades física, mental y social, están relacionadas con el incremento de la expectativa de vida, y se consideran entre los problemas más graves que deberá ser afrontado en el siglo XXI. Su evaluación es difícil, ya que ésta es consecuencia de interacciones entre alteraciones estructurales y funcionales del organismo, unidas a una multitud de factores psicológicos, sociales<sup>15</sup> y del entorno. En la mayoría de países en conflicto, entre ellos Colombia, se calcula que esta cifra podría alcanzar hasta el 18% de la población total. De acuerdo con los datos arrojados por el Censo General 2005 realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, 2.624.898 colombianos presentan alguna limitación permanente de los cuales 229.488 (8,7%) son menores de 10 años. Al desagregar estos indicadores por tipo de limitación se observa que 88.022 (3,3%) tienen limitación para moverse, usar brazos y manos y 57.011(2,1%) tienen limitaciones para bañarse, vestirse y alimentarse por sí solos<sup>16</sup>. En cuanto a las causas, el estudio realizado por Hernández año 2005, en Colombia muestra que los traumatismos al igual que las enfermedades generales y del desarrollo ocasionan discapacidad en un 20%<sup>17</sup>. Dentro de las condiciones que favorecen el incremento de la discapacidad se encuentra el envejecimiento de la población, la desnutrición, la niñez abandonada, grupos sociales postergados como las etnias, la pobreza extrema y el desplazamiento de grupos poblacionales y fenómenos naturales<sup>18</sup>.

---

<sup>14</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Discapacidad. Programa de Rehabilitación OPS/OMS. Washington, D.C. 1991.

<sup>15</sup> CARRASCO, R. M. Estudio de prevalencia de la discapacidad motora y cognitiva de la población anciana del Policlínico Antonio Maceo [en línea]. 2009 Disponible en Internet: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEkApyyAEEnBUhkFOh.php>.

<sup>16</sup> COLOMBIA. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Discapacidad – Colombia. Op. cit., p. 134.

<sup>17</sup> HERNANDEZ, Janeth y HERNÁNDEZ, Iván. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. En: Rev. Salud pública. 2005, vol. 7 no. 2, p. 130-144.

<sup>18</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud [en línea]. En: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de ciencias médicas. Disponible en Internet: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/discapacidad.pdf>. Consultado Mayo 2009.

En el Departamento del Atlántico la discapacidad en menores de 10 años tiene una Tasa de 1,3 por 10.000 y las dificultades para caminar, correr y saltar se encuentran como los tipos de limitación permanente que afectan con mayor frecuencia a los atlanticenses ocupando los primeros lugares en la distribución de frecuencia por municipios<sup>19</sup>.

La magnitud de la situación de las personas con discapacidad en nuestro país requiere valorar la trascendencia que éste genera en términos del desarrollo humano de aquellos que la poseen. Es así como una persona y en especial los niños, pueden percibir en el entorno familiar una atención y cuidado especial que les facilita el desarrollar capacidades para la inclusión social o por el contrario, en un ambiente de rechazo. El estigma de ser inútil le castra toda posibilidad de interacción con los demás, estos prejuicios externos dificultan en los niños la aceptación personal y social, presentando manifestaciones negativas hacia la integración escolar y dando cabida a la exclusión<sup>20</sup>. Para abordar la situación, es menester, la implantación de un nuevo orden de convivencia ya sea en el ámbito educativo, sanitario o político donde se conciba una actitud positiva de la comunidad hacia las personas con esta condición<sup>21</sup>.

Este cambio de actitud se ha concebido a partir de la gestión de distintos profesionales, y organizaciones que vinculan a familiares de personas con discapacidad quienes desde su accionar han creado la necesidad mundial de determinar una política de inclusión social que inicie con la vinculación al sistema educativo y culmine con el desarrollo de unas competencias que le permitan desempeñar un rol social<sup>22</sup>. Es así como la política de *educación inclusiva* en el contexto internacional y nacional ha permitido a los niños y jóvenes con discapacidad *“ser educados en aulas de clase con sus pares de edad, en las instituciones de su comunidad o vecindario. En otras palabras, ellos van al mismo colegio al que irían sus hermanos. Se les provee acceso a las mismas oportunidades de aprendizaje como a cualquier otro niño, y reciben un apoyo para*

---

<sup>19</sup> NAVARRO, E; BARCELÓ, R. y TUESCA, R. Op. cit., p. 163.

<sup>20</sup> PALECHANO, V. El estudio de la discapacidad desde el punto de vista psicosocial. Análisis y modificación de conducta. Universidad de Valencia- España. 2003, p. 327.

<sup>21</sup> BUNCH, G y VALEO, A. Student attitudes toward peers with disabilities in inclusive and special education schools. *In: Disability & Society*. 2004, p. 61-76.

<sup>22</sup> GÓMEZ, R. et al. Discapacidades en la Infancia [en línea]. Universidad Complutense de Madrid. 2003, p. 3. Disponible en Internet: [www.paidos.rediris.es/genysi/recursos/doc/estadis/discapacidades.pdf](http://www.paidos.rediris.es/genysi/recursos/doc/estadis/discapacidades.pdf)

*que puedan cumplir metas individuales relevantes” haciendo efectivos sus derechos como ser humano*<sup>23</sup>.

La UNICEF y los diversos países de Latinoamérica han acogido esta política porque garantiza la accesibilidad, oportunidad y equidad de la población con discapacidad en el sistema educativo. Dentro del marco de las políticas internacionales se pide que las instituciones educativas se adecúen para hacer efectivos los derechos a la educación, la participación y la igualdad de oportunidades para todos los niños, niñas, jóvenes y adultos con discapacidad, por ende, tanto colegios públicos como privados tienen la obligatoriedad de recibirlos en sus planteles.

La UNESCO en su estrategia Educación Para Todos a 2015 (EPT) propuso en el año 2000 unos objetivos con miras a aumentar los índices de acceso a la educación, dentro del marco de acción de Dakar se comprometen los países firmantes en el foro mundial sobre educación a realizar acciones que permitan llevar a cabo los objetivos propuestos en la EPT resaltando aquéllos tendientes a fortalecer las estrategias de oportunidades educativas de los que actualmente se encuentran excluidos. También se resalta el acceso de los menores en la primera infancia al sistema educativo, procurar la equidad de género en la educación y disminuir la exclusión educativa entre otros compromisos<sup>24</sup>.

De igual manera, se han diseñado programas que propenden por un mejor manejo de la discapacidad como el propuesto por Aguado, Alcedo y Arias, año 2008 cuyo propósito es crear un cambio de actitud hacia la discapacidad tanto de la persona que la posee como de aquellas que la rodean; su principal efecto es la disminución del rechazo e incremento de la aceptación de las personas con discapacidad en la comunidad, especialmente la educativa. La efectividad del programa fue probada mediante el proceso de investigación científica y se ha implementado con equipos interdisciplinarios en las instituciones educativas de Oviedo y Valladolid<sup>25</sup>.

---

<sup>23</sup> PORTER, Gordon. Puesta en Práctica de la Educación Inclusiva [en línea]. En: Conferencia San Sebastián. (2003: España). Ponencia. España, 17 p. Disponible en internet: [http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6564/gordon\\_porter.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6564/gordon_porter.pdf)

<sup>24</sup> UNESCO. Marco de acción de Dakar. Educación para Todos: cumplir nuestros compromisos [en línea]. Texto aprobado en el Foro Mundial sobre la educación. Dakar, Senegal. 2000, p. 1-7. Disponible en Internet: [http://www.unesco.org/education/efa/ed\\_for\\_all/PDF/Marco\\_accion\\_spa.pdf](http://www.unesco.org/education/efa/ed_for_all/PDF/Marco_accion_spa.pdf)

<sup>25</sup> AGUADO, A.; ALCEDO, M. y ARIAS, B. Cambio de Actitudes hacia la discapacidad con escolares de primaria. En: Revista Psicothema. 2008, vol. 20 no. 4, p. 697–704.

El Comité Español de Representantes de Minusválidos, La Universidad de Salamanca y la Junta de Comunidades de Castilla - La Mancha, han diseñado una guía práctica de integración escolar para alumnos con discapacidad, denominada *Apreciamos las Diferencias*; en ella se recopila un plan de unidad didáctica con objetivos, contenidos, metodologías y actividades y unas propuestas de trabajo en el que se simulan diferentes roles sociales para desarrollar capacidades cognitivas en los niños, que les permitan superar sus limitaciones y mantener una actitud positiva para la vida<sup>26</sup>.

En Colombia, el Ministerio de Educación ha establecido para la población con discapacidad o con limitaciones y capacidades o talentos excepcionales, la inclusión al sistema escolar formal, desarrollando estrategias organizativas que ofrezcan respuestas eficaces para abordar la diversidad; tener concepciones éticas que permitan considerar la inclusión como un asunto de derechos y de valores e implementar didácticas de enseñanza flexibles e innovadoras que permitan una educación personalizada en el sentido de reconocer estilos de aprendizaje y capacidades diferentes entre los estudiantes<sup>27</sup>.

Para el Ministerio de Educación Nacional, la inclusión significa atender con calidad y equidad las necesidades comunes y específicas que presentan los estudiantes, y para lograrlo se requiere desarrollar estrategias organizativas que ofrezcan respuestas eficaces para abordar la diversidad; tener concepciones éticas que permitan considerar la inclusión como un asunto de derechos y de valores e implementar didácticas de enseñanza flexibles e innovadoras que permitan una educación personalizada en el sentido de que se reconocen estilos de aprendizaje y capacidades diferentes entre los estudiantes y, en consonancia, se ofrecen diferentes alternativas de acceso al conocimiento y se evalúan diferentes niveles de competencia.<sup>28</sup>

Colombia emprende en el 2002 la Revolución Educativa comprendida en tres ejes temáticos: La ampliación de la cobertura educativa, el mejoramiento en la calidad de la educación y el mejoramiento de la eficiencia del sector educativo.<sup>29</sup>

---

<sup>26</sup> VERDUGO, Miguel; GONZÁLEZ, Gil. y CALVO, María. Op. cit., p. 8-36.

<sup>27</sup> COLOMBIA. Ministerio de Educación Nacional. Colombia Avanza hacia una Educación Inclusiva con Calidad [en línea]. En: Centro virtual de noticias. 2010. Disponible en internet: <http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/article-168443.html>

<sup>28</sup> COLOMBIA. Ministerio de Educación Nacional. Colombia Avanza hacia una Educación Inclusiva con Calidad. Op. cit., p. 4.

<sup>29</sup> COLOMBIA. Ministerio de Educación Nacional. Revolución Educativa 2002 – 2005. En: Colombia Aprende. 2005. Disponible en Internet: <http://www.colombiaprende.edu.co/html/home/1592/article-91697.html>

En la 48 Conferencia Internacional de Educación celebrada en Ginebra del 25 al 28 de noviembre de 2008, Colombia presenta resultados de la educación inclusiva para personas con discapacidad dentro del marco de la revolución educativa, en ella se mostraron las estrategias de atención a grupos poblacionales, en donde prima la caracterización de la población con el propósito de aumentar la cobertura mediante una oferta educativa pertinente a través de la calidad mejorando los ambientes de enseñanza y aprendizaje.

Del total de personas con discapacidad en Colombia la población atendida con Necesidades Especiales en el año 2006 fue de 14.73 %, en el 2007 de 15.07% y en el 2008 de 18.55%. Según censo de 2005 en Colombia la población con discapacidad equivale al 6.4% de la población total, es decir a 2.518.963. De éstos, 546.431 son población con discapacidad incluíble entre 5 y 16 años de edad lo que significa una cobertura de 19% en 2008.<sup>30</sup>

Dejando de manifiesto que 1.972.532 personas con discapacidad no acceden al sistema educativo pero no se especifica por qué se presenta la no inclusión.

Atendiendo a las disposiciones del Ministerio de Educación Nacional, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, en el programa de *Atención a Niños, Niñas y Adolescentes* apoya la construcción de escenarios con enfoque diferencial de encuentro y participación para la inclusión social de niños, niñas y adolescentes, pertenecientes a la población más vulnerable o en condición de fragilidad como consecuencia del conflicto armado, por su condición étnica, capacidad funcional, nivel económico y, cultural que requieren de una atención oportuna y especializada, facilitando el desarrollo de competencias para afrontar eficazmente los retos cotidianos, la construcción de un proyecto de vida, emprendimiento, ciudadanía y democracia, para la formación y apoyo de proyectos de vida<sup>31</sup>.

Los lineamientos técnicos de los Hogares Infantiles – Lactantes y Preescolares establecen que los niños y niñas con discapacidad sensorial –visual o auditiva–, física y cognitiva, deben ser atendidos en los Hogares Infantiles. Sólo en casos de discapacidad severa, el Comité de Estudio y Selección de Usuarios, junto con el

---

<sup>30</sup> VELEZ, Cecilia. La educación inclusiva en el marco de la revolución educativa en Colombia. En: 48 International conference on education. 2008. Disponible en Internet: [http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user\\_upload/Policy\\_Dialogue/48th\\_ICE/Presentations/IBE\\_ICE\\_Workshop\\_3B\\_Presentation\\_ES\\_Cecilia\\_Maria\\_Velez\\_White\\_Nov08.pdf](http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Policy_Dialogue/48th_ICE/Presentations/IBE_ICE_Workshop_3B_Presentation_ES_Cecilia_Maria_Velez_White_Nov08.pdf)

<sup>31</sup> INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Insumos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar para el informe del presidente al Congreso de la república 2002 – 2010. Op. cit., p. 7-16.

Centro Zonal del ICBF, evaluarán alternativas de remisión de un niño o niña a otro tipo de servicios del Sistema Nacional de Bienestar Familiar<sup>32</sup>.

Según la prioridad del caso si el menor esta en condición de pobreza o desplazamiento especialmente se otorga el ingreso al Hogar Infantil.

Sin excepción, se deben llenar documentos de soporte de identificación del menor y sus padres o adultos que lo tengan a su cargo. Esquema completo de vacunación y exámenes médicos que determinen su estado nutricional y de salud en general; esto se contempla en la ficha integral del menor, luego la solicitud es evaluada por un comité que emite la aceptación o no del menor al Hogar Infantil.

En caso de que el menor posea alguna discapacidad física, en el momento de llenar la ficha de ingreso, los padres deben especificar cuál es y soportar el diagnóstico, se aprueba el ingreso si la estancia del menor en el hogar junto a sus pares no representa para él algún riesgo o deterioro en su salud.

Desde estos referentes metodológicos y contextuales sobre el comportamiento de la discapacidad, la presente investigación cobra importancia social en la medida en que sea implementada en su totalidad la política de *Educación Inclusiva* para niños con discapacidad en todos los niveles del sistema educativo, teniendo como punto de partida el perfil de discapacidad física con el propósito de analizar las barreras actitudinales y los vacíos en materia de reglamentación para llevar a cabo la puesta en marcha de un currículo que tenga como eje principal la inclusión.

El impacto del proyecto desde la perspectiva de salud pública se hace evidente en la medida en que se utilice en cada institución educativa la epidemiología como una herramienta diagnóstica y de planeación administrativa para garantizar en la población discapacitada las condiciones que faciliten su inclusión, y empleando acciones de promoción de salud que vayan encaminadas a la prolongación de la longevidad y calidad de vida. De igual manera, con el perfil de discapacidad física se pueden diseñar actividades pedagógicas que garanticen la permanencia de los niños en el sistema, cualificándoles en competencias que los preparen para su inclusión laboral y en el emprendimiento de su proyecto de vida, atenuando en lo posible las consecuencias económicas y sociales de la discapacidad.

---

<sup>32</sup> INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Lineamientos técnicos de los Hogares Infantiles – Lactantes y preescolares. 2009. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/pdf/lineamientoslineamientoshogaresinfantiles lactantesypree escolares.pdf>

En el ámbito laboral las expectativas para las personas con discapacidad son pocas. En 1995, 75% de americanos adultos con discapacidades estuvieron desempleados. Las personas con discapacidades tienen muchas menos probabilidades de ser empleadas (de tiempo completo o parcial) que personas sin discapacidades (32% contra 81% respectivamente). Esta brecha de 49 puntos porcentuales es la más grande de todas las diferencias y puede ayuda a explicar la persistencia de otras diferencias en ingreso, entretenimiento y atención en salud. La presencia de discapacidad parece ser un factor principal en determinar estas diferencias en empleo. Cuarenta y tres por ciento de las personas con discapacidades dicen que son incapaces completamente de trabajar debido a su discapacidad o a su problema de salud. Además, a discapacidad más severa, menor probabilidad de que una personas con discapacidad sea empleada.

Personas con discapacidades leves tienen 8 veces más probabilidades de ser empleadas que personas con discapacidades severas (64% contra 8% respectivamente), pero aún así, es menos probable que sean empleadas que personas sin discapacidades<sup>33</sup>.

Por ello, resulta importante la inclusión temprana a la educación de personas con discapacidad, con el propósito de brindarles una mejor oportunidad de ingreso al sector laboral e integración social al ser sus capacidades puestas de manifiesto y dinamizadas a temprana edad.

Para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el proyecto es importante porque sus resultados le permitirán obtener el diagnóstico situacional sobre el tipo de limitación física, la edad, el sexo y régimen de Seguridad Social al que pertenecen los niños, de tal forma que se fortalezcan los programas, las estrategias y las acciones de intervención del ICBF dando mejores indicadores de gestión y planeación administrativa.

Se favorece así la inclusión educativa de menores con discapacidad y se brinda a los demás actores la oportunidad de hacer parte de un modelo en el que se facilite e integre a todos los menores sin distinción alguno, fomentando desde pequeños el respeto por la diferencia entendiendo que todos somos iguales mediante la no discriminación.

---

<sup>33</sup> WHITE, Glen. Discapacidad como tema de salud pública [en línea]. 2009. Universidad de Kansas. Traducción al Español. Por: Dr. Nicolás Padilla, Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, Universidad de Guanajuato, México. Disponible en Internet: [http://www.feoc.ugto.mx/super/Salud\\_publica/L0013/1.htm](http://www.feoc.ugto.mx/super/Salud_publica/L0013/1.htm)

La familia cumple un papel importante en el desarrollo integral del menor con discapacidad pues deberá ofrecer oportunidades suficientes para desarrollar aquellas habilidades y competencias personales y sociales que permitan a sus miembros crecer con seguridad y autonomía, siendo capaces de relacionarse y de actuar satisfactoriamente en el ámbito social<sup>34</sup>.

Si la familia recibe orientación temprana sobre el manejo de la discapacidad de un hijo y observa cómo éste asiste a la escuela y se integra con los demás menores, será una familia capaz de manejar la discapacidad, al mismo tiempo esperamos que esta sociedad en la que vivimos y en la cual nacen personas diferentes, pueda de una vez por todas afrontar el hecho mismo de la discapacidad, dando soluciones y prestando los apoyos necesarios a los sectores más implicados, a fin de que las personas con discapacidad hagan efectivo su derecho a una educación y a una vida tan digna, plena, autónoma e independiente como sea posible.<sup>35</sup>

## 1.2 OBJETIVOS

**1.2.1 Objetivo general.** Caracterizar la discapacidad física en niños menores de 6 años matriculados en los hogares infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, del distrito de Barranquilla durante los años 2008 y 2009.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar los tipos de limitaciones físicas que presentan los niños matriculados en los hogares infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar del distrito de Barranquilla.
- ✓ Describir el comportamiento de las variables edad, sexo, nivel de escolaridad y régimen de Seguridad Social en Salud frente a la discapacidad física en los niños matriculados en los Hogares Infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar del distrito de Barranquilla.

---

<sup>34</sup> SARTO MARÍN, María. Familia y Discapacidad [en línea]. En: Congreso “la atención a la diversidad en el sistema educativo”. (3: 2001: Salamanca) Ponencia. España, p. 1-10. Disponible en Internet: <http://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>

<sup>35</sup> Ibid.

## 2. MARCOTEÓRICO

### 2.1 MODELOS TEÓRICOS DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA

La discapacidad física puede ocasionarse por alteraciones congénitas o se adquiere en cualquier etapa del ciclo vital humano, esta condición genera cambios en el funcionamiento de algunos sistemas corporales como el osteo muscular y el nervioso, lo que dificulta la realización del movimiento durante las actividades básicas cotidianas de manera autónoma. Los niños con limitaciones físicas permanentes necesitan del apoyo familiar, de la ayuda médica, del equipo de rehabilitación, de ayudas pedagógicas y personal capacitado que garantice la igualdad de educación para integrarse adecuadamente a su entorno teniendo en cuenta las diferentes circunstancias que la generaron, como la prematuridad, el alto riesgo neonatal, los niños con enfermedades crónicas o con enfermedades de baja prevalencia – raros los que presentan metabolopatías o malformaciones congénitas. En la mayoría de los casos, esta condición puede suponer un clima de rechazo y de exclusión para el niño que lo privan de ciertas experiencias que son parte del desarrollo normal, situación que se agrava con la actitud, la conducta de la familia y la conducta de la comunidad durante los años críticos del desarrollo de la personalidad y de la propia imagen de los niños<sup>36</sup>.

Las ideologías y políticas dominantes en cada época histórica y en una determinada sociedad mantienen una relación dialéctica con las interpretaciones acerca de las diferencias humanas y las correspondientes prácticas o tratamientos dirigidos a los grupos sociales que conforman estas personas. La génesis y construcción del conocimiento científico se sitúa en unas coordenadas espaciotemporales determinadas y está condicionado por las ideologías que, a su vez, son interdependientes en relación con la producción científica<sup>37</sup>.

Sobre discapacidad se han diseñado diversos modelos explicativos los cuales han aportado en su momento a la política sanitaria y social de los diferentes países. Los modelos más significativos promovido por la Organización Mundial de la Salud, OMS, son el *médico-biológico* y el *social*. El *modelo médico-biológico* explica que muchas de las enfermedades generan como producto final un déficit

---

<sup>36</sup> DÍAZ, J. et al. Discapacidad y enfermedades crónicas. Aspectos relativos a la salud de la infancia y de la adolescencia en España. Ministerio de Sanidad y Consumo, Sociedad de Pediatría Social. 2007, p. 180.

<sup>37</sup> LÓPEZ GONZÁLEZ, María. Modelos Teóricos e Investigación en el ámbito de la Discapacidad. Hacia la incorporación de la experiencia Personal. En: Revista de la escuela universitaria de magisterio de Toledo. 2006, Año 31 no. 16, p. 215-240.

en el funcionamiento del individuo que le inhabilitan para desempeñar una vida normal, a este déficit se definió como discapacidad. Evento que fue interpretado y clasificado mediante el modelo de enfermedad tradicional de ciencias de la salud. Es así como se describe a la discapacidad: *“En él el déficit o discapacidad adquiere las connotaciones del síntoma, siendo por lo tanto descrito como una desviación observable de la normalidad bio-médica de la estructura y función corporal/mental que surge como consecuencia de una enfermedad, trauma o lesión, y ante la que hay que poner en marcha medidas terapéuticas o compensatorias, generalmente de carácter individual”*<sup>38</sup>

El interés del mencionado modelo es desarrollar sistemas de clasificación y diferenciación del déficit. Su aplicación ha permitido concentrar la atención de las estructuras administrativas y sociales en el tema de la discapacidad estimulando la preocupación por garantizar el desarrollo de medidas terapéuticas y de planeación urbana. El cual puede encajar dentro del Paradigma de la rehabilitación: donde prevalece la intervención médico-profesional sobre la demanda del sujeto<sup>39</sup>.

El *modelo social de la discapacidad*, postula que la discapacidad no es solo consecuencia del déficit existente en la persona sino que es el resultado de un conjunto de condiciones, actividades y relaciones interpersonales que están motivadas por factores ambientales. Este modelo plantea que además de la base médico biológica de la discapacidad existen factores determinados por el entorno que ponen en desventaja al individuo con discapacidad. Por lo tanto, reflexiona sobre la realidad de la discapacidad como un hecho social en el que las características del individuo tienen relevancia en la medida que muestra una capacidad, o es, una incapacidad del medio social para dar respuestas a las necesidades de personas con algún déficit o limitación. Los postulados de Hahn 2003, dicen que *“el problema radica en el fracaso de la sociedad para dar respuesta a las necesidades derivadas de sus déficit”*<sup>40</sup>.

Las implicaciones políticas del modelo social se sitúan en la línea de fomentar la lucha colectiva de las personas con discapacidad por un cambio social. Una de las medidas encaminadas a este fin ha sido la expansión del movimiento de las

---

<sup>38</sup> UIPC-IMSERSO. Evolución histórica de los modelos en los que se fundamenta la discapacidad. En: Evolución histórica de los modelos. Unidad 2. programa docente y difusión de la CIF. 2003, p. 2. Disponible en Internet: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/PDF/unidad2.pdf>

<sup>39</sup> PUIG De La BELLACASA, R. Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. En: Discapacidad e información. Real patronato de prevención y atención a personas con minusvalía. 1990.

<sup>40</sup> UIPC-IMSERSO. Evolución histórica de los modelos en los que se fundamenta la discapacidad. Op. cit., p. 2.

personas con discapacidad y el florecimiento de organizaciones por todo el mundo, no sólo locales, a pequeña escala, sino organizaciones nacionales, como el *British Council of Disabled People*, o el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), e internacionales, como el Foro Europeo de Personas con Discapacidad, *Disabled People's International (DPI)*, o *Disability World*. Todas ellas dirigidas por y para personas discapacitadas<sup>41</sup>.

A partir de estos modelos se han diseñado otros que aportan a la comprensión, abordaje e inclusión de la persona con discapacidad en la sociedad, entre ellos se encuentra el Modelo Político-Activista de la Discapacidad o el Modelo de las "Minorías Colonizadas", el Modelo Universal de la Discapacidad y el Modelo Biopsicosocial.

El *Modelo Político-Activista de la Discapacidad* es una extensión del modelo social, incorpora la lucha por los derechos de las personas con discapacidad. Este modelo defiende que el individuo con discapacidad es miembro de un grupo minoritario que ha estado sistemáticamente discriminado y explotado por la sociedad. De igual forma, expresa que las limitaciones a las que se enfrentan las personas con discapacidad están dadas por las barreras ambientales y culturales para acceder a la educación, al empleo, al transporte y al alojamiento entre otras<sup>42</sup>.

El modelo contempla que en realidad la causa del problema no es médico sino la resultante de actitudes de la población y del abandono socio-político donde se encuentran las personas con discapacidad. Por ejemplo, el hecho de que una persona en una silla de ruedas no pueda ir a trabajar por sus propios medios por no existir elementos facilitadores de movilidad en el entorno, es explicado no como la resultante de las características de las personas, sino como la concurrencia de una inadecuada respuesta de la sociedad.

Desde esta perspectiva, el defensor del modelo social y activista político, localizará el problema no en la falta de movilidad generada en la limitación funcional sino en la incapacidad de la sociedad para dar respuesta a sus necesidades.

---

<sup>41</sup> LÓPEZ GONZÁLEZ, María. Op. cit., p. 215-240.

<sup>42</sup> UIPC-IMSERSO. Evolución histórica de los modelos en los que se fundamenta la discapacidad. Op. cit., p. 4.

Otra extensión del modelo social es la que ha llevado el colectivo “colonizado” por una cultura dominante: “la médica” que impone sus criterios y define las situaciones de discapacidad y sus necesidades, partiendo para ello de la premisa de que la persona con discapacidad es incapaz de autodefinirse y auto regularse. Dichos planteamientos, que han sido incorporados en muchos de los movimientos a favor de los derechos civiles han propiciado que un número cada vez mayor de colectivos de discapacitados estén reivindicando el derecho a definir su propia identidad<sup>43</sup>.

El *modelo universal de la discapacidad* en su artículo *Towards a necessary universalizing of a disability policy*<sup>44</sup> defiende que la postura que debemos plantearnos ante la discapacidad no es la de la lucha desde una perspectiva de “minorías colonizada” en búsqueda de sus derechos y en favor de superar la discriminación y marginación, sino la de plantear que la discapacidad es un hecho universal, en el que toda la población está en situación de riesgo. El ser humano para enfrentarse a las múltiples y cambiantes demandas de la sociedad y del entorno requiere del desarrollo de habilidades que le permiten adaptarse a una nueva situación. Según el principio de la universalización el desarrollo de políticas y actuaciones sobre la discapacidad ha de hacerse a partir de la superación del concepto de especificidad, tanto del grupo como de las necesidades, teniendo siempre presente que dichas iniciativas no deben estar dirigidas a personas o grupos específicos sino a toda la población<sup>45</sup>.

El *Modelo Biopsicosocial* plantea que el ser humano, tanto en la salud como en la enfermedad, es el resultado de fundamentos biológicos, motivaciones psicológicas y condicionamientos sociales que interactúan para hacer sinergia en el bienestar del hombre. El modelo permite explicar de manera más satisfactoria la discapacidad estableciendo lazos entre los niveles biológico, personal y social integrando la diferencia entre las deficiencias, las actividades personales y la participación en la sociedad.

Este modelo determina los siguientes dilemas frente a la implementación en los sistemas de clasificación de la discapacidad, el primer dilema para resolver es cómo integrar el modelo médico y el social de forma que se armonicen adecuadamente sus distintos elementos. Es decir, cómo enlazar de manera

---

<sup>43</sup> Ibid., p. 5.

<sup>44</sup> KENNETH, Zola. Toward the necessary universalizing of a disability policy. *In:* The Milbank Quarterly. 1987, vol. 67 no. 2, p. 401-28.

<sup>45</sup> UIPC-IMSERSO. Evolución histórica de los modelos en los que se fundamenta la discapacidad. Op. cit., p. 6,7.

provechosa la Deficiencia con la Discapacidad. El segundo dilema es el de compatibilizar una visión universal de la discapacidad con la necesidad de diferenciar la especificidad de cada individuo, de forma que nos permita identificar sus necesidades diferenciales y satisfacerlas. El tercer dilema es el relacionado con la necesidad de clasificar y medir la discapacidad y al mismo tiempo eliminar el elemento de estigmatización y discriminación y el cuarto dilema es cómo conseguir aplicar un lenguaje neutro y positivo a la hora de definir y clasificar la discapacidad<sup>46</sup>.

Estos dilemas se constituyen aún en preguntas sin respuestas que pueden servir en la base del modelo que se ha aplicado a la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud –CIF- de la OMS.

## **2.2 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD**

En 2001, para subsanar las debilidades del modelo, la OMS efectuó unas revisiones que dieron como resultado la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF. Con ella se aporta un lenguaje estandarizado, fiable y aplicable transculturalmente, que permite describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud. Antes de la CIF la OMS publica en 1980 La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) como instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades y sus repercusiones en la vida del individuo. Su objetivo es ofrecer un marco conceptual para la información relativa a las consecuencias a largo plazo de las enfermedades, los traumatismos y otros trastornos<sup>47</sup>.

En la CIDDM se introdujeron los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía. En este sentido la *deficiencia* fue definida como toda pérdida anormal de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. La *discapacidad* como toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma dentro del margen que se considera normal para un ser humano y *minusvalía* como una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita el desempeño normal.

---

<sup>46</sup> Ibid., p. 8,9.

<sup>47</sup> Organización Mundial de la Salud. OMS. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía [en línea]. 1980. Disponible en Internet: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/CIDDM/ciddm.htm>

Así la interacción de todos estos conceptos quedó reflejada en el modelo teórico adoptado en la CIDDM, estableciendo una secuencia que va desde el trastorno, deficiencia y discapacidad hasta llegar a la minusvalía. La CIDDM modificó la manera de considerar las discapacidades, las personas con discapacidad y el papel que desempeñaba el entorno físico y social en el proceso discapacitante. También modificó las reacciones en las orientaciones de la política social, la planificación y la gestión tanto en el nivel de los gobiernos como de las organizaciones. Este modelo presentó una serie de limitaciones y críticas, la principal fue la poca explicación y sustento teórico sobre la relación existente entre los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía<sup>48</sup>.

La CIF hace que el término Discapacidad incluya las deficiencias de función y de deficiencias de estructura, antes reconocidas como deficiencias; limitaciones en las actividades, antes discapacidades y las limitaciones en la participación, antes minusvalía. La CIF agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona con un determinado estado de salud. La información sobre el diagnóstico unida a la del funcionamiento proporciona una visión más amplia y significativa del estado de salud de las personas o poblaciones, que puede emplearse en los procesos de toma de decisiones.

Los componentes de la CIF son las *Funciones corporales* que se relacionan con las funciones fisiológicas de los sistemas corporales. Las *Estructuras corporales* se consideran las partes anatómicas del cuerpo como los órganos, las extremidades y sus componentes y la *Deficiencia* como problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa de la "norma" generalmente aceptada respecto al estado biomédico del cuerpo y sus funciones, una pérdida de dichas funciones o estructuras<sup>49</sup>.

Hay que tener muy en cuenta las diferentes características que incluye la CIF para determinar con certeza el concepto de discapacidad, entre esta tenemos los *factores contextuales* que constituyen el trasfondo total de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Incluyen los factores ambientales y los factores personales. Los *factores ambientales* constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas. Los *factores personales* constituye el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, otros estados de salud, la forma física, los

---

<sup>48</sup> JIMÉNEZ, M.; GONZÁLEZ, P. y MARTÍN, J. La Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. En: Rev. Salud Pública. 2002, jul.-ago, vol. 18 no. 4.

<sup>49</sup> Organización Mundial de la Salud. OMS. Clasificación Internacional de Deficiencias. Op. cit., p. 2.

estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos, los aspectos psicológicos personales y otras características.

En la clasificación un dominio es conjunto relevante y práctico de funciones fisiológicas y estructuras anatómicas, acciones, tareas o áreas de la vida relacionadas entre sí.

Los *dominios relacionados con la salud* son aquellas áreas de funcionamiento que aun teniendo una fuerte relación con la salud o con una condición de salud, no se incluyen dentro de las responsabilidades prioritarias de los sistemas de salud, sino más bien, dentro de otros sistemas que contribuyen al bienestar global como transporte, educación, interacciones sociales entre otros.

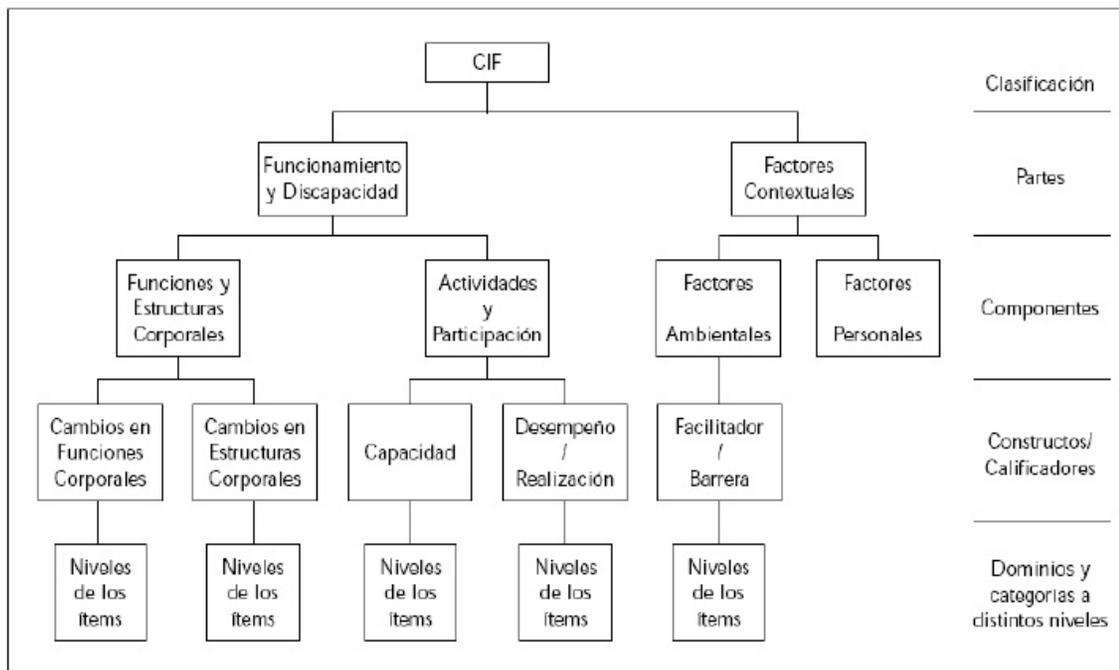
Un estado *relacionado con la salud* es el nivel de funcionamiento dentro de un determinado dominio relacionado con la salud de la CIF como el nivel de funcionamiento de la persona en el auto cuidado en las tareas del hogar. Sin embargo, la CIF no aboga por la existencia de una separación estricta entre los dominios de salud y los dominios relacionados con la salud, más bien acepta que puede haber una *zona gris* entre ellos en función de cómo el evaluador conceptualice los estados de salud y los estados relacionados con la salud y su situación dentro de los dominios de la CIF.

La CIF organiza la información en dos grandes subdivisiones, el Funcionamiento y discapacidad y los Factores contextuales ya que entre ellos existe una interacción dinámica como determinante de la condición de salud. Los componentes de esta clasificación internacional son *Los componentes de la parte 1* funcionamiento y discapacidad, entre ellos tenemos funciones y estructuras corporales, actividades y participación. Y *Los Componentes de la parte 2*, factores contextuales como los factores ambientales y los factores personales, estos aún no han sido clasificados en la CIF<sup>50</sup>.

Se expone a continuación una Figura de los componentes y divisiones que maneja la CIF

---

<sup>50</sup> Organización Mundial de la Salud, OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF. En: 54 asamblea mundial para la salud. Mayo de 2001. Disponible en internet <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>



La CIF es una clasificación diseñada con un propósito múltiple para ser utilizada en varias disciplinas y diferentes sectores. Sus objetivos específicos pueden resumirse en:

- ✓ 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. Estos objetivos están relacionados entre sí, ya que la necesidad y el uso de la CIF requiere la construcción de un sistema relevante y útil que pueda aplicarse en distintos

ámbitos: en política sanitaria, en evaluación de la calidad asistencial, y para la evaluación de consecuencias en diferentes culturas.

La CIF se basa, más que nada, en el valor de la inclusión, y en el modelo universal de la discapacidad. Rechaza la visión de que la discapacidad sea un rasgo que defina solo a un grupo minoritario y separado de personas.<sup>51</sup>

Además, con la CIF, los países podrán identificar factores como la educación, el transporte o la vivienda, como determinantes de la salud, y como factores sociales influenciados por mejoras en la salud. Estos vínculos apoyan la extensa relación entre la salud y el desarrollo económico<sup>52</sup>.

Es por ello, que se considera importante que todos los sectores que hacen parte de la sociedad conozcan y apliquen el modelo con el propósito de favorecer la inclusión de personas con discapacidad.

Hay que dar una mirada especial a la escuela en donde ésta debería implementarse y seguramente se traducirá en mejor calidad de vida a partir del análisis de los resultados de la actividad personal y la participación social de los individuos<sup>53</sup>.

La CIF no es una clasificación taxonómica de diagnósticos funcionales sino de signos y síntomas funcionales, que describe y clasifica el funcionamiento de una persona aportando valores comparables. Se presenta como una herramienta útil para el establecimiento de un diagnóstico de fisioterapia. Organizando la información en dos partes , un componente de funcionamiento y discapacidad y el segundo componente de factores contextuales, los cuales se presentan a continuación.<sup>54</sup>

---

<sup>51</sup> HARLEM BRUNDTLAND, Gro. Conferencia de la OMS sobre discapacidad [en línea]. Trieste, Italia, 18 de abril 2002. Disponible en Internet: <http://www.inclusion-ia.org/espa%F1ol/Norm/conf-oms.htm>

<sup>52</sup> Ibid.

<sup>53</sup> LEYVA FUENTES, M. Una nueva Mirada a la Educación Especial en Cuba a partir del Concepto de la CIF. En: Rev. Electrónica de investigación Psicoeducativa. 2005, vol. 3 no. 3, p. 193-214. Disponible en Internet: [http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/7/espanol/Art\\_7\\_90.pdf](http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/7/espanol/Art_7_90.pdf)

<sup>54</sup> Organización Mundial de la Salud. OMS. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía. Op. cit., p. <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/CIDDM/ciddm.htm>

## 2.2.1 Funciones corporales y estructuras corporales

**Funciones corporales.** Las funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).

Funciones mentales : Son las funciones del cerebro, tanto las funciones mentales globales tales como la conciencia, la energía y los impulsos, como las funciones mentales específicas, tales como memoria, lenguaje y cálculo mental.

Funciones sensoriales y dolor: son las funciones de los sentidos, vista, oído, gusto, etc., así como de la sensación de dolor.

Funciones de la voz y el habla: son las funciones implicadas en la producción de sonidos y del habla.

Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio: son las funciones implicadas en el sistema cardiovascular (funciones del corazón y vasos sanguíneos), en los sistemas hematológico e inmunológico (funciones de la producción de sangre y la inmunidad), y en el sistema respiratorio (funciones de respiración y tolerancia al ejercicio).

Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino: son las funciones relacionadas con la ingestión, digestión y eliminación, así como sobre las funciones implicadas en el metabolismo y las glándulas endocrinas.

Funciones genitourinarias y reproductoras: son las funciones urinarias y las funciones reproductoras, incluyendo las funciones sexuales y procreadoras.

Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento: son las funciones relacionadas con el movimiento y la movilidad, incluyendo las funciones de los huesos, los músculos, las articulaciones y los reflejos.

Funciones de la piel y estructuras relacionadas: son las funciones relacionadas con la piel, las uñas y el pelo.

**Estructuras corporales.** Son Estructuras Corporales las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

**Deficiencia.** Son problemas en las funciones o estructuras corporales, o una pérdida de dichas funciones o estructuras. Las deficiencias no equivalen a una patología subyacente. Pueden ser: temporales (tener una fractura significaría tener una deficiencia temporal en la estructura corporal de dicho hueso) , permanentes (una persona con paraplejía tendría una deficiencia permanente en los músculos de la mitad inferior del cuerpo), progresivas (una persona con ceguera tendría una deficiencia en la función de la visión), regresivas (una persona con afonía debida al frío tendría una deficiencia en las funciones de producción de la voz que desaparecería al cabo de unos días), estáticas (una persona con una sordera congénita tendría deficiencia en las funciones auditivas).

**Limitaciones.** Son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades.

**Actividades y participación. Restricción en la participación.** Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona, con un estado de salud, con la participación esperable de las personas que no tuviesen un estado de salud similar al suyo.

**Actividad.** Es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento.

**La participación.** Es el acto de involucrarse en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento. La dimensión Participación trata de las circunstancias sociales en relación con el funcionamiento de un individuo en diferentes áreas de la vida. La participación denota el grado de implicación de la persona. Esta implicación incluye ideas como las de tomar parte, ser incluido o participar en alguna área de la vida, así como las de ser aceptado, o tener acceso a los recursos necesarios. Esta respuesta de la sociedad al nivel de funcionamiento del individuo, puede facilitar u obstaculizar la participación de éste en varias áreas. La implicación se refiere por tanto a la experiencia vivida por las personas en el contexto real en el que viven.

**Factores ambientales.** Constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.<sup>55</sup>

Los diferentes modelos para abordar la discapacidad han ido evolucionando con el transcurrir de los años y los cambios que se han dado en la sociedad gracias a las ciencias sociales – humanísticas y biológicas, permitiendo así que las personas con discapacidad sea reconocida como capaz de ser productiva y disminuyendo el rechazo social que el medio les daba.

Las personas con discapacidad presentan necesidades muy precisas, es menester de la sociedad, y del estado brindarles las herramientas que estén contempladas en un marco jurídico que les permita desarrollar sus potencialidades.

Cuando la discapacidad ya ha sido definida y clasificada es el momento que a través de mecanismos político – administrativos en el que las diferentes naciones promuevan acciones concretas que involucren todos sus estamentos, no sólo la salud, para procurar una inclusión real y permanente sin discriminación de ningún tipo.

## **2.3 EDUCACIÓN Y DISCAPACIDAD**

A partir de la expedición de la Constitución Política de 1991 se empieza a fortalecer en el nivel nacional el marco jurídico que determina los derechos de la población con discapacidad. En el Artículo 13 se establece que *el estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta...* Artículo 68 “... La erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del estado”... De igual forma en la Ley 1098 de 2006 en su Artículo 36 se reglamenta que los niños y adolescentes deben gozar de acciones que promuevan la igualdad de oportunidades con los demás...

En este sentido, los menores en situación de discapacidad requieren de la implementación de mediaciones pedagógicas y didácticas especiales que faciliten

---

<sup>55</sup> Organización Mundial de la Salud. OMS. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía. Op. cit., p. <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/CIDDM/ciddm.htm>

la flexibilidad curricular necesaria para la inclusión escolar y el buen desarrollo del niño.

**2.3.1 Sistemas educativos inclusivos en América Latina.** Las personas que presentan algún tipo de discapacidad —sin distinción de clase social, raza, cultura, género, edad y condición económica, pertenecientes a un grupo familiar o solas— demandan de la sociedad el derecho a una vida en igualdad de condiciones. Esto se traduciría en el acceso equitativo a los servicios de salud, educativos, ocupacionales y recreativos, así como en el ejercicio de sus derechos, civiles y de otro tipo, para tener una vida digna y de buena calidad, además de participar plenamente en la sociedad y contribuir al desarrollo socioeconómico de su comunidad. En América Latina países como Chile, Argentina, Perú y Colombia han implementado dentro de su sistema educativo la obligatoriedad de inclusión de menores discapacitados en las aulas.<sup>56</sup>

**Modelo educativo en Chile.** Los principios fundamentales del sistema educativo chileno se han consagrado básicamente en la Constitución Política de la República, aprobada en 1980, y en la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza, aprobada en 1990 en ella se consagra el derecho a la educación, el carácter permanente de ésta y la obligatoriedad de la educación básica primaria.<sup>57</sup>

En modificación realizada a la constitución en el 2003 se amplía la cobertura obligatoria hasta los 12 años de escolaridad.

La estructura organizativa del sistema educativo chileno contempla lo siguiente:

**Educación preprimaria.** La educación preescolar o parvularia (EP) no es obligatoria, y está destinada a atender a los niños y niñas de la cohorte 0-5 años.

**Educación primaria.** La educación general básica (EGB) es obligatoria y tiene una duración de ocho años. Todos los niños y niñas que cumplen 6 años de edad

---

<sup>56</sup> VÁSQUEZ, A. La discapacidad en América Latina [en línea]. En: Temas de salud. Organización Mundial de la Salud. Junio de 2011. Disponible en Internet: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

<sup>57</sup> OFICINA INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN. Principios fundamentales del sistema educativo Chileno [en línea]. En: World data on education. 6a. ed. Julio 2006. Disponible en Internet: <http://www.ibe.unesco.org/es/en-el-mundo/regiones-de-la-unesco/america-latina-y-el-caribe/chile/profile-of-education.html>

al 31 de marzo del año correspondiente, pueden acceder al primer año de este nivel.

**Educación secundaria.** La educación media tiene una duración de cuatro años y está compuesta por dos modalidades, la humanístico-científica (EMHC) y la técnico-profesional (EMTP). La edad límite para el acceso es de 18 años. Al finalizar este nivel, los alumnos obtienen la licencia de educación media, (LEM), cualquiera sea la modalidad donde hayan realizado sus estudios.

El acceso a la educación superior tiene como requisito mínimo estar en posesión de la licencia de educación media. Existen tres tipos de instituciones de educación superior: las universidades, los institutos profesionales y los centros de formación técnica<sup>58</sup>.

En Chile la Educación Especial se ha constituido en uno de los pilares fundamentales del sistema educativo experimentando una serie de cambios en los últimos 15 años entre los que se cuentan aumento significativo de la subvención para estudiantes con discapacidad, incremento en la cobertura de integración de niños y jóvenes al sistema educacional regular y, elaboración de normativas específicas que favorecen este proceso de inclusión<sup>59</sup>. Al ser los menores con discapacidad abordados dentro del sistema educativo como individuos con necesidades educativas especiales se empezó a priorizar en los mecanismos que permitieran su inclusión al sistema regular, más que en el hecho de ser personas que demandaban un cuidado exclusivo especial, dentro del modelo social de discapacidad podemos interrelacionar las necesidades educativas especiales con el hecho que es la sociedad quien debe ir en procura de disminuir las barreras que no permiten la inclusión de las personas con discapacidad en todas los espacios.

Los Estudios efectuados por el Ministerio de Educación del mencionado país muestran que las Necesidades Educativas Especiales (NEE) son de aproximadamente un 7% del total de matrícula y se encuentran divididas en cuatro opciones educativas de acuerdo con el subsistema de enseñanza al que pueden optar. En la *primera* opción se refiere a escuelas especiales, con un 43.7% de la matrícula total de estudiantes con NEE. Estas escuelas atienden principalmente a estudiantes que, como requisito de admisión, poseen un

---

<sup>58</sup> OFICINA INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN. Principios fundamentales del sistema educativo Chileno. Op. cit., <http://www.ibe.unesco.org/es/en-el-mundo/regiones-de-la-unesco/america-latina-y-el-caribe/chile/profile-of-education.html>

<sup>59</sup> INFANTE, M. Inclusión Educativa en el Cono Sur Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2007, p 2-5.

diagnóstico de déficit visual, discapacidad auditiva, discapacidad motora, discapacidad por graves alteraciones en la capacidad de relación y comunicación, discapacidad intelectual y trastornos específicos del lenguaje.

*La segunda opción*, corresponde a las aulas hospitalarias, con cerca de un 0.3% de la totalidad de estudiantes con NEE. Este espacio de aprendizaje es concebido para aquellos estudiantes, que debido a dificultades en su salud, no pueden asistir a establecimientos regulares debido a la atención médica sistemática que requieren. De esta forma, junto con recibir una enseñanza regular, se les proporciona el tratamiento médico pertinente. *La tercera* consiste en los grupos diferenciales que cuentan con un 27%. Los grupos diferenciales se encuentran insertos al interior de las escuelas regulares y buscan atender a niños que presentan NEE que no son derivadas de discapacidad (problemas de aprendizaje y/o adaptación escolar) y que son de carácter transitorias o permanentes. Los grupos están contruidos para proporcionar un apoyo pedagógico específico de manera individual o colectiva (no más de 5 estudiantes) por un período de 3 horas pedagógicas semanales y funcionan al interior del aula regular o en el aula de recursos del establecimiento. Y *La cuarta* opción son los establecimientos regulares, los que atienden a un 29% de la matrícula total de estudiantes con NEE. Dentro de las escuelas regulares existe la posibilidad de acceder a proyectos de integración escolar (PIE). Estos son definidos como herramientas del sistema educacional que buscan responder a la educación de estudiantes con NEE derivadas de discapacidad o con trastornos específicos del lenguaje en el contexto de la educación regular.

De esta forma, se proporcionan recursos de subvención de la educación especial para la contratación de especialistas, adquisición de material didáctico, construcción y/o adecuación de la infraestructura y elaboración de programas de capacitación laboral. Es importante destacar que los PIE pueden ser elaborados desde la comuna, desde establecimientos con distintas dependencias y sostenedores y desde cada establecimiento educacional en particular. Del mismo modo, a través del Decreto No. 1/98, se establecen las modalidades de participación en el aula regular y de recursos, el currículo y el apoyo de especialistas que deberá recibir cada estudiante de acuerdo a sus necesidades educativas. En Chile la cobertura de la integración de estudiantes con NEE a establecimientos regulares durante los últimos años es la siguiente: en el año 1998 la matrícula fue de 5.339 estudiantes, en el 2002 de 14.756 y en el 2007 de 70.000 lo que muestra la efectividad de esta política<sup>60</sup>.

---

<sup>60</sup> CHILE. Ministerio de Educación. Política nacional de educación especial: Nuestro compromiso con la diversidad [en línea]. 2007. Disponible en internet <http://www.mineduc.cl/biblio/documento/200704252105370.POLITICAEDUCESP.pdf>

**Modelo educativo argentino.** La organización federal del país tiene como consecuencia un complejo ordenamiento jurídico. Las bases legales que rigen la educación nacional están constituidas por: la Constitución y las leyes nacionales; las constituciones y las leyes provinciales; los decretos dictados por el poder ejecutivo nacional y por los poderes ejecutivos de los gobiernos provinciales; las resoluciones ministeriales nacionales y de los gobiernos provinciales.

## **Estructura del sistema educativo**

**Educación preprimaria.** La educación inicial está constituida por el jardín de infantes para niños de 3 a 5 años de edad, en la que es obligatorio el último año. El jardín maternal atiende niños menores de 3 años.

**Educación primaria.** La educación general básica (EGB), obligatoria, tiene nueve años de duración a partir de los 6 años de edad. La EGB es entendida como una unidad pedagógica integral organizada en tres ciclos de tres años cada uno.

**Educación secundaria.** La educación polimodal, después del cumplimiento de la EGB, es impartida por instituciones específicas y los estudios tienen tres años de duración como mínimo.

La educación superior no universitaria se ofrece en los Institutos Superiores de Formación Docente o equivalentes y en los Institutos de Formación Técnica que otorgan títulos profesionales y estarán articulados horizontal y verticalmente con la universidad. La educación superior de nivel universitario (definida como *educación cuaternaria*) está bajo la responsabilidad de las universidades y de las instituciones académicas, científicas y profesionales de reconocido nivel, siendo requisito para quienes se inscriban el haber terminado la etapa de grado o acreditar conocimiento y experiencia suficientes para el cursado del mismo.<sup>61</sup>

En la Argentina, la prevalencia de la discapacidad es del 7% para el total de la población y en ella se contabiliza a la totalidad de las discapacidades en todas las edades. En cuanto al nivel de educación alcanzado, la mayoría de las personas con discapacidad se ubican en el nivel primario completo/secundario incompleto y los niveles superiores son los menos representados. Existe una notoria mejora en

---

<sup>61</sup> OFICINA INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN. Principios fundamentales del sistema educativo Chileno. Op. cit., <http://www.ibe.unesco.org/es/en-el-mundo/regiones-de-la-unesco/america-latina-y-el-caribe/chile/profile-of-education.html>

la situación educativa dado por los niveles educativos alcanzados en las generaciones más jóvenes. Del total de niños con discapacidad que asisten a la escolaridad, el 56,5 % concurre a escuela común, el 17% concurre a escuela especial, y un 7 % a ambas, común y especial. Entre los jóvenes con discapacidad un 20,2 % concurre a escuela común, un 9,3 % concurre a escuela especial y un 3,5 % a ambas, común y especial. Tomando como referente solamente a la matrícula de educación especial se observa que la mayoría de la matrícula que concurre a esta modalidad tiene discapacidad cognitiva. En segundo lugar, se ubican las distintas problemáticas físicas. Esto puede deberse a que los alumnos con problemáticas físicas pueden en gran medida integrarse a la escolaridad común<sup>62</sup>.

Las tendencias pedagógicas actuales en relación con las personas discapacitadas, destacan la necesidad de la integración con la escolaridad común. En esta perspectiva, la discapacidad no es vista como un déficit, sino como una característica de las personas que requieren determinadas adecuaciones curriculares. Se trata no de considerar dos subsistemas por separado, sino de considerar la trayectoria escolar y la necesidad educativa de cada alumno. En este sentido, la educación común y la especial deben integrarse siguiendo la trayectoria del individuo con necesidades educativas especiales. Asimismo, la integración no solamente es una necesidad de quienes tienen una discapacidad. Más bien, va más allá del problema de la educación especial y refiere a brindar experiencias educativas ricas y diversas en un contexto de pluralismo y heterogeneidad para todos los estudiantes, tengan o no una discapacidad<sup>63</sup>.

En Argentina, sólo el 27% de la matrícula de educación especial está integrada. Los alumnos con discapacidades cognitivas son quienes mayormente se integran en la escolaridad común. La proporción de alumnos de educación especial que están integrados se divide por ciclo escolar, del siguiente modo: el 27% de la matrícula de educación especial en nivel inicial está integrada, el 26% de la matrícula de educación especial de nivel primario está integrada y en el nivel medio/polimodal, el 32%<sup>64</sup>. Dicho porcentaje puede deberse a la falta de oferta de educación especial en el nivel medio. También hay una proporción menor de alumnos con necesidades educativas especiales escolarizados desde edades

---

<sup>62</sup> BEECH, J. y LARRONDO, M. La Inclusión Educativa en la Argentina de Hoy. Definiciones, Logros y Desafíos a Futuro. En: Taller regional sobre educación inclusiva cono sur y región andina. 2007, p. 9-13.

<sup>63</sup> ALBERGUCCI, M. Educación especial una mirada desde lo conceptual y la información estadística disponible: ¿de la mano o en sendas diferentes? [en línea]. En: Documento de la Unidad de Información, Dirección Nacional de Gestión Curricular y Formación Docente, Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. Disponible en internet: [http://www.me.gov.ar/curriform/publica/educ\\_esp\\_informe.pdf](http://www.me.gov.ar/curriform/publica/educ_esp_informe.pdf)

<sup>64</sup> Ibid., p. 13.

tempranas y muy poca oferta educativa para alumnos con necesidades educativas especiales en educación media/polimodal en todas las jurisdicciones.

Quizás uno de los fenómenos que merece destacarse es la desigualdad regional en cuanto a la integración y el lugar que tiene la educación especial en las jurisdicciones. Mientras que en algunas jurisdicciones más del 50% de la matrícula está integrada, en otras no existen alumnos con NEE integrados a la educación común. En cada jurisdicción, los porcentajes de alumnos con NEE en integración varían considerablemente.

Para la integración se requiere de la construcción de fuertes consensos en los aspectos pedagógicos y curriculares; la disponibilidad de recursos humanos especializados y que trabajen coordinadamente, es decir, formar más y mejores docentes y la implementación de nuevas formas de trabajo escolar donde los menores reciban atención e intervención temprana y rehabilitación.

**Modelo educativo de Perú.** El sistema y régimen educativo son descentralizados. La educación estatal es gratuita, estando la universitaria sujeta al rendimiento académico. Se reconoce la educación privada y su subvención por parte del Estado en un tipo determinado de colegios.

La escolaridad es obligatoria hasta el nivel secundario (Constitución de 1993).

### **Estructura del sistema educativo**

**Educación preprimaria.** La educación inicial se ofrece en cunas (menores de 3 años), jardines para niños (de 3 a 5 años) y a través de programas no escolarizados, destinados a niños pobres de las áreas rurales y urbano-marginales. Según la Constitución de 1993, es obligatorio un año de educación inicial, para la población de 5 años de edad.

**Educación primaria.** La educación primaria, obligatoria, comprende seis grados y atiende al grupo de edad de 6 a 11 años.

**Educación secundaria.** La educación secundaria se organiza en dos ciclos: el primero, general para todos los alumnos, dura dos años; el segundo, de tres años, es diversificado, con opciones científico-humanista y técnicas. Se ofrece en dos

modalidades: para adolescentes (grupo de edad 12-16 años) y adultos. Según la Constitución de 1993, también la enseñanza secundaria es obligatoria.

La educación superior se imparte en escuelas e institutos superiores, centros superiores de post-grado y universidades. Los institutos ofrecen programas de formación de maestros y una variedad de opciones de formación técnica en carreras que tienen una duración no menor de cuatro ni mayor de diez semestres académicos. Los institutos y escuelas superiores otorgan títulos de profesional, técnico y experto, y también los de segunda y ulterior especialización profesional. Las universidades, que son autónomas, otorgan títulos de bachiller, maestro y doctor, así como certificados y títulos profesionales, incluso los de segunda y ulterior especialización.<sup>65</sup>

En Perú, se ha diseñado el proyecto *“Eliminando barreras para el aprendizaje y participación de niños y niñas con discapacidad en escuelas públicas de Huancavelica y Lima”* Desde una perspectiva multidisciplinaria se busca ir esclareciendo el complejo proceso abierto en la educación peruana con la inclusión de niños, niñas y adolescentes con habilidades diferentes, término que además de ser una muestra de respeto, pone énfasis en la fortaleza de todos los individuos, y facilita que cualquier tratamiento especial sea dado de acuerdo con las necesidades de cada persona y no de acuerdo con limitaciones asumidas.<sup>66</sup>

**Sistema educativo de Colombia.** La Constitución Política de 1991 y la Ley General de Educación de 1994 han establecido la política educativa en función del ideal de ciudadano y ciudadana que esas mismas normas proyectan a través de los derechos y deberes que les atribuyen. En esencia, toda la legislación y la política administrativa colombianas consagran el derecho fundamental de las personas a acceder a la educación y asumen la responsabilidad de garantizar la calidad del servicio educativo, lo mismo que su prestación a todos los sectores y grupos humanos. En la normatividad se perfila, igualmente, una política progresiva, que asegure a todos un desarrollo personal y colectivo en beneficio de toda la sociedad.<sup>67</sup>

---

<sup>65</sup> OFICINA INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN. Principios fundamentales del sistema educativo Chileno. Op. cit., <http://www.ibe.unesco.org/es/en-el-mundo/regiones-de-la-unesco/america-latina-y-el-caribe/chile/profile-of-education.html>

<sup>66</sup> PACHERRES, E. Educación Especial, Nuevo Reto, Compromisos de todos. Revista para Docentes en Educación Inclusiva. Perú. 2009, no. 1. p. 8.

<sup>67</sup> OFICINA INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN. Principios fundamentales del sistema educativo Chileno. Op. cit., <http://www.ibe.unesco.org/es/en-el-mundo/regiones-de-la-unesco/america-latina-y-el-caribe/chile/profile-of-education.html>

## Estructura del sistema educativo

**Educación preprimaria.** La educación preescolar hace parte del servicio público educativo formal y se ofrece a la población de 3 a 5 años de edad. Comprende tres grados, de los cuales los dos primeros constituyen una etapa previa a la escolarización obligatoria y el tercero es el grado obligatorio, así: pre-jardín, dirigido a educandos de 3 años de edad; jardín, dirigido a educandos de 4 años de edad; transición, dirigido a educandos de 5 años de edad y que corresponde al grado obligatorio y en todos los casos gratuitos en las instituciones del Estado.

La educación para la primera infancia es concebida como un proceso continuo y permanente de interacciones y relaciones sociales de calidad, oportunas y pertinentes que posibilitan a los niños y a las niñas potenciar sus capacidades y desarrollar competencias para la vida.<sup>68</sup>

**Educación primaria.** La educación básica primaria va del primero al quinto grado y atiende a niños cuyas edades oscilan entre los 6 y los 10 años, Es obligatoria y gratuita en los establecimientos del Estado.

La educación básica secundaria va del sexto al noveno grado y atiende a estudiantes cuyas edades oscilan entre los 11 y los 14 años.<sup>69</sup>

**Educación secundaria.** La educación media hace parte del servicio público educativo formal. Comprende dos grados – el décimo y el undécimo – y atiende a jóvenes entre los 15 y 16 años. Tiene el carácter de académica o técnica y a su término se obtiene el título de bachiller que habilita al educando para ingresar a la educación superior.

La educación superior es un servicio público cultural, inherente a la finalidad social del Estado. La Ley 30 de 1992 organiza el servicio público de la educación superior y lo define como un proceso permanente que posibilita el desarrollo de las potencialidades del ser humano de una manera integral. Se realiza con posteridad

---

<sup>68</sup> COLOMBIA. Ministerio de Educación Nacional. Educación de Calidad [en línea]. 2010. Disponible en Internet: <http://www.mineduccion.gov.co/primerainfancia/1739/article-178050.html>

<sup>69</sup> OFICINA INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN. Principios fundamentales del sistema educativo Chileno. Op. cit., <http://www.ibe.unesco.org/es/en-el-mundo/regiones-de-la-unesco/america-latina-y-el-caribe/chile/profile-of-education.html>

a la educación media y tiene por objeto el desarrollo de los alumnos y su formación académica o profesional.<sup>70</sup>

En Colombia, la inclusión educativa no se ha implementado en su totalidad, aún los indicadores muestran cifras muy bajas en cuanto a la integración de niños en condición de discapacidad muy a pesar que se tiene un marco legislativo. A partir de la reglamentación existente, es de obligatoriedad para todas las instituciones educativas integrar a los niños con necesidades educativas especiales desde los primeros niveles del sistema, sin embargo esto no se cumple porque regularmente ésta empieza después de los 6 años<sup>71</sup>. En el capítulo II de la Ley 361 de 1997 en su Artículo 12 se declara que el *estado garantizará todo lo concerniente a establecer la metodología para el diseño y ejecución de programas educativos especiales* y en su parágrafo no discrimina a las entidades educativas las cuales deben todas estar en capacidad de a través de mecanismos inclusivos, promover la permanencia de las personas en situación de discapacidad en sus aulas.

Comparativamente, Colombia se encuentra lejos de modelos como el de Chile en donde existen diferentes establecimientos educativos como: aulas hospitales y escenarios en los que trabajan los grupos diferenciales para atender las necesidades de la población menor con discapacidad.

Con respecto a Argentina, a pesar de que presentan igualdad en cuanto a la obligatoriedad del último año de preprimaria obligatorio se evidencia una diferencia significativa en cuanto en Argentina la mayoría de las personas con discapacidad presentan la primaria completa.

Colombia igual que Perú presenta escuelas regulares inclusivas en donde el Modelo es garantizar la matrícula regular de este sector de la población.

**2.3.2 Educación inicial.** El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar como entidad que tiene a su cargo instituciones que prestan servicios educativos acoge a los niños con discapacidad en sus Hogares de Bienestar Familiar para integrarlos a sus aulas.

---

<sup>70</sup> OFICINA INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN. Principios fundamentales del sistema educativo Chileno. Op. cit., <http://www.ibe.unesco.org/es/en-el-mundo/regiones-de-la-unesco/america-latina-y-el-caribe/chile/profile-of-education.html>

<sup>71</sup> COLOMBIA. Presidencia de la República. Ministerio de Educación Nacional. Plan país. 2004 – 2015.

La característica más destacable de la educación inicial contemporánea, entendiendo por ésta la atención educativa brindada a niños y niñas desde el nacimiento hasta su ingreso a la educación básica o primaria, es el papel cada vez más importante que este nivel de educación ha ido adquiriendo a lo largo de las últimas décadas en la estructura de los sistemas educativos. Hecho plasmado en el documento <sup>72</sup>Programa de Atención Integral a la Primera Infancia en donde se busca que los menores, sin discriminación alguna, hagan parte desde temprano del sistema educativo; por lo tanto, la educación inicial no sólo constituye un derecho sino una oportunidad.

El nivel inicial, un segmento del sistema educativo que por mucho tiempo se desarrolló al margen del conjunto y que hoy reclama particular atención por su importancia en la historia escolar de los sujetos, ya que representa un factor estratégico, aunque no el único, para garantizar la equidad, habida cuenta que los niños y niñas son «sujetos de derechos», y requieren de una educación que asegure el pleno desarrollo de sus potenciales desde su nacimiento<sup>73</sup>

Para la atención de los lactantes y preescolares en los Hogares Infantiles existen unos lineamientos técnicos que estructuran como es su funcionamiento, desde la planta física hasta la parte administrativa.

Para los menores de 3 a 5 años esta la modalidad de **Pre jardín y Jardín (preescolar)** en los Hogares Infantiles, los cuales cuentan con espacio en donde se ubican máximo 30 niños. En este nivel, el juego de roles es la actividad fundamental. El niño demanda participar en actividades socialmente importantes. Para que los niños tengan la oportunidad de tomar decisiones y planear su actividad grupal, se propicia el trabajo en grupo, por lo tanto el espacio debe facilitar este tipo de actividades.

Presentan como objetivo “Propiciar el desarrollo social, emocional y cognitivo de los niños menores de 6 años, prioritariamente los niños de familias con alta vulnerabilidad socioeconómica, a través de acciones que propicien el ejercicio de sus derechos con la participación activa, organizada y corresponsable de la

---

<sup>72</sup> OEI. Atención integral a la primera infancia [en línea]. En: Organización de los estados Iberoamericanos para la Educación Ciencia y Cultura. 2002. Disponible en Internet: [http://www.oei.es/linea3/plan\\_cooperacion.htm](http://www.oei.es/linea3/plan_cooperacion.htm)

<sup>73</sup> Ibid.

familia, la comunidad, los entes territoriales, organizaciones comunitarias, empresas privadas, Cajas de Compensación y el Estado colombiano”<sup>74</sup>.

Los organizadores, en este espacio, son importantes ya que el niño en esta etapa incorpora a su propia actividad las normas de convivencia colectiva, participando en la Organización, distribución y utilización de juegos y otros materiales de trabajo.

Deben tener ambientes definidos donde el menor pueda gozar de espacios para su recreación y desarrollo, área de recreación colectiva, área múltiple, comedor, área socio-cultural, área de capacitación.

La prestación del servicio se da de conformidad con el Artículo 44 de la Constitución Política en donde la familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. En consecuencia, las responsabilidades que intervienen en la prestación de este servicio público de bienestar familiar están a cargo de: ICBF, Entidad Contratista, padres de familia y comunidad, Entidad territorial y otras entidades públicas y privadas<sup>75</sup>.

En el distrito de Barranquilla que hace parte de la Regional Atlántico, el ICBF presenta la división administrativa de tres centros zonales para los Hogares Infantiles: Zonal Centro Histórico Norte, ubicando sus límites en la Carrera 10 con calle 15 hasta Carrera 82 con calle 83 comprende un total de 4 Hogares Infantiles. Zonal Sur Occidente: Ubica sus Límites entre Carrera 51B con calle 1B y la calle 68 con carrera 38 B con un total de 15 Hogares Infantiles. Zonal Sur Oriente: sus límites son de la Carrera 8 C con calle 37 hasta la Carrera 35B con Calle 10 con un total de 6 Hogares Infantiles. Cada Hogar Infantil cuenta dentro de su planta de personal con una Directora, Jardineras, personal encargado de la preparación de los alimentos y personal de vigilancia.

---

<sup>74</sup> INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Lineamientos técnicos de los Hogares Infantiles – Lactantes y preescolares. Op. cit., <http://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/pdf/lineamientoslineamientoshogaresinfantileslactantesypreescolares.pdf>

<sup>75</sup> Ibid.

### 3. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1 MATERIALES Y MÉTODOS

**3.1.1 Tipo de Estudio.** La investigación, se enmarca dentro del paradigma Empírico – Analítico, utilizando el tipo de estudio descriptivo Transversal, el cual permite caracterizar la discapacidad en los niños menores de 6 años matriculados en los Hogares Infantiles del Bienestar Familiar en el mes de mayo de 2009.

El estudio descriptivo transversal permite medir en un punto determinado del tiempo el atributo seleccionado de la población o muestra poblacional para tratar de obtener una "fotografía" del problema. Se busca conocer todos los casos de personas con una cierta condición en un momento dado, sin importar por cuánto tiempo mantendrán esta característica ni tampoco cuándo la adquirieron. Si la variable estudiada es de tipo cualitativo, los resultados se entregan generalmente como porcentajes; y para las variables cuantitativas pueden expresarse a través de medidas de resumen como promedios y sus desviaciones estándar, dependiendo del tipo de variable, o bien pueden categorizarse de acuerdo con criterios clasificatorios previamente establecidos<sup>76</sup>

La estrategia metodológica Descriptiva Transversal se emplea cuando se tiene poco conocimiento sobre la situación que se estudia en relación con su historia natural y social, así como el comportamiento de su frecuencia y de los factores que lo afectan<sup>77</sup>.

**3.1.2 Universo Población y Muestra.** El Universo para realizar la investigación estuvo conformado por 3812 niños matriculados en los hogares infantiles del Bienestar Familiar de las zonales Centro Histórico Norte, Sur Occidente y Sur Oriente.

En la investigación la población de estudio fueron los niños que presentaron discapacidades físicas matriculados en los hogares infantiles Zona Negra, Las Palmas, El Bosque, Carrizal, La Manga, La Paz, Las Malvinas, Lipaya, Me Quejo y Recreo de los tres zonales de Barranquilla.

---

<sup>76</sup> RADA, G. Estudios de Prevalencia Cross Sectional o Transversales [en línea]. Universidad Católica, de Chile. 2007. Disponible en Internet: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/PDF/EPIDESC6.pdf>

<sup>77</sup> BORDA, M.; TUESCA, R. y NAVARRO, E. Métodos Cuantitativos Herramientas para la Investigación en Salud. Barranquilla- Colombia: Ediciones Uninorte. 2005

La muestra correspondió a 20 menores con discapacidades físicas matriculados en los Hogares Infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar del Distrito de Barranquilla y que cumplieran los criterios de elegibilidad.

### **3.1.3 Criterios de elegibilidad de los Hogares Infantiles**

- ✓ Pertener a los Zonales Centro Histórico Norte, Sur Occidente y Sur Oriente del Distrito de Barranquilla.
- ✓ Tener estudiantes en cada uno de los grados tenidos en cuenta para el estudio: Párvulos, jardín, transición.
- ✓ Presentar población menor de 6 años escolarizada con discapacidades físicas

### **3.1.4 Criterios de elegibilidad de los niños**

- ✓ Haber culminado satisfactoriamente el año escolar 2008 en los Hogares Infantiles de los Zonales Centro Histórico Norte, Sur Occidente y Sur Oriente del Distrito de Barranquilla.
- ✓ Tener una deficiencia física diagnosticada
- ✓ Ser menor de 6 años
- ✓ Contar con el consentimiento de los padres para participar en la investigación.

## **3.2 PRUEBA PILOTO**

Para la recolección de la información, la investigadora diseñó una encuesta que se aplicaría a los padres de los niños con discapacidad física matriculados en los hogares infantiles del ICBF.

Antes de la recolección, se realizó la prueba piloto que permitió validar la técnica y el instrumento para utilizar en la fase de recolección. Esta prueba fue realizada de la siguiente manera: se seleccionaron aleatoriamente a 20 padres de familia con niños matriculados en el mismo nivel educativo del universo de niños con discapacidad, a quienes se les informó sobre la investigación y el procedimiento en el que participarían. Una vez informados y con previa aceptación se les

convocó a una reunión en la que se aplicó la encuesta para determinar fallas en las preguntas en cuanto a la comprensión, la veracidad de la información para recolectar y el tiempo para el diligenciamiento.

Una vez aplicada la prueba, se efectuaron ajustes en la secuencia de las preguntas para su diligenciamiento oportuno. Posteriormente, se realizó la reproducción de los instrumentos para aplicarlos en el universo de estudio.

### **3.3 PROCEDIMIENTO**

En primera instancia la investigadora realizó una visita a cada uno de los Hogares Infantiles de los tres Zonales del Distrito con el propósito de identificar los niños con discapacidad física escolarizados en las diferentes zonales, hallando que 2 Hogares Infantiles del Zonal Sur Oriente y del Zonal Sur Occidente presentaron niños con los criterios de inclusión definidos.

El segundo momento de la investigación correspondió a la socialización de la investigación con todos los padres de familia del curso donde se encontraban los niños con discapacidad, con el propósito de oficializar la participación de los padres en el estudio para la prueba piloto. En este momento se firmó el consentimiento informado. Antes de la socialización, se programaron las visitas a cada hogar infantil que cumplía con los criterios de inclusión para programar la actividad. Con la aceptación de los padres de familia en la investigación se procede a efectuar la prueba piloto y los ajustes al instrumento.

El tercer momento fue la recolección de la información en la cual se aplica la técnica e instrumento seleccionado para recolectar los datos de los niños con discapacidad y efectuar el procesamiento, análisis y presentación de los resultados.

### **3.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN**

La información recopilada durante la fase de recolección, es de carácter confidencial y de uso exclusivo de la investigadora para dar respuesta a los objetivos propuestos en el estudio teniendo en cuenta los aspectos establecidos en el Artículo 15 de la Resolución 8430 de Octubre de 1993.

Los padres de familia firmaron el consentimiento informado en el cual aceptaron participar en la investigación, teniendo la claridad sobre los beneficios, la seguridad, los tiempos de participación y la aplicación del protocolo diseñado para el estudio. De acuerdo con Artículo 11 de la Resolución 8430, la presente es una investigación con riesgo mínimo, porque solamente involucra el procedimiento de encuestar a los padres de niños con discapacidad física.

### **3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

La técnica utilizada en la investigación fue la Encuesta Estructurada, para su diseño se tuvieron en cuenta todas las variables de interés que permitieran realizar el perfil de la discapacidad física en los niños matriculados en los hogares de Bienestar Familiar.

Se realizó por bloque temático teniendo en cuenta el instrumento que se utilizaría: En el primer listado de variables se registra la información concerniente al Hogar Infantil. En el segundo listado de variables se obtiene información sobre la población total de menores con deficiencias físicas en el Hogar Infantil.

El tercer listado de variables hace referencia al entorno familiar del menor. La correlación que hay entre la situación de escolaridad, la edad y la fase del ciclo vital-familiar es muy estrecha. En especial a edades tempranas donde la dependencia de los cuidadores es prácticamente absoluta.

Nivel ingresos mensuales familiares, cercanía del sitio de residencia del menor al hogar Infantil, La información se obtuvo de fuentes secundarias fichas escolares en los Hogares Infantiles en presencia del personal de la institución

### **3.6 VARIABLES DEL ESTUDIO**

En la investigación se estudiaron variables socio demográficas para correlacionarlas con la presencia de discapacidad física con el fin de establecer la caracterización de la misma. Entre ellas, la edad, el sexo, nivel de escolaridad del niño, tipo de discapacidad física y los ingresos familiares.

### 3.6.1 Operacionalización de Variables

MACROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	NIVEL DE CLASIFICACIÓN
VARIABLES SOCIO - DEMOGRÁFICAS Y ECONÓMICAS	Sexo	Calidad de ser hombre o mujer	Cualitativa	Nominal	M
					F
	Niños con Discapacidades Físicas que fueron promovidos y matriculados en el año 2009	Número total de menores con discapacidades físicas que se matricularon el año escolar 2009 en el Hogar Infantil	Cuantitativa	Ordinal	1-2
					3-4
					4-5
					5 y más
	Edad	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la investigación.	Cuantitativa	Razón	1
					2
					3
					4
					5
	Tipo de Discapacidad Física	Problema en las funciones corporales	Cualitativa	Nominal	Deficiencias motoras de origen neuromuscular Deficiencias motoras de origen Musculo esquelético
		Problema en las estructuras corporales	Cualitativa	Nominal	Miembros Superiores y Miembros Inferiores Jardín
Nivel de escolaridad	Grado escolar cursado por el niño en el momento de la evaluación.	Cualitativa	Nominal	Transición	
Ingresos Familiares	Recursos económicos mensuales que ingresan a la familia de los niños con discapacidad discapacitados	Cualitativa	Razón	MENOS 1 SMLV	
				1 SMLV	
				2 SMLV	
				+ 3 SMLV	

### 3.7 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

La información recopilada fue sistematizada en una base de datos en el software Epi- info 2008 para su procesamiento y análisis, identificando el comportamiento de cada variable que permitieran establecer el perfil de la discapacidad física en los niños matriculados en los hogares infantiles del ICBF de Barranquilla.

Para el análisis de información, se realizaron medidas de prevalencia y distribución de frecuencia. Los resultados fueron consolidados en tablas multivariadas y gráficas de barras.

### **3.8 LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

La mayor limitación del estudio fue el número de participantes 20 en total que no permite hacer análisis de asociación.

Otra limitante fue la no poder realizar visita domiciliaria a los menores para corroborar información dada en la encuesta.

Las conclusiones no pueden ser interpretadas más allá de la población investigada. Solo es significativamente estadística para los hogares infantiles del Distrito de Barranquilla.

## 4. RESULTADOS

**Tabla 1. Menores con discapacidad física en los Hogares Infantiles**

ZONAL	HOGAR INFANTIL	No. DE NIÑOS CON DISCAPACIDADES FÍSICAS MATRICULADOS EN EL HOGAR INFANTIL	No. TOTAL DE NIÑOS MATRICULADOS EN EL HOGAR INFANTIL
Sur Occidente	Recreo	2	162
Sur Occidente	Bosque	2	230
Sur Occidente	La Manga	2	170
Sur Occidente	Lipaya	2	175
Sur Occidente	Carrizal	2	140
Sur Occidente	La Paz	1	180
Sur Occidente	Me Quejo	2	80
Sur Occidente	Las Malvinas	3	240
Sur Oriente	Las Palmas	3	240
Sur Oriente	Zona negra	1	50

**Figura 1. Porcentaje de menores con discapacidad física en los Hogares Infantiles**



En los diez hogares que presentaron niños con discapacidad ocho pertenecen al centro zonal de Occidente y los dos restantes al Centro Zonal de Oriente. La asistencia de niños con discapacidad en estos hogares está en el rango de uno a tres

**Tabla 2. Tipo de discapacidad física diagnosticada en los niños matriculados en los hogares infantiles del ICBF. Año 2009**

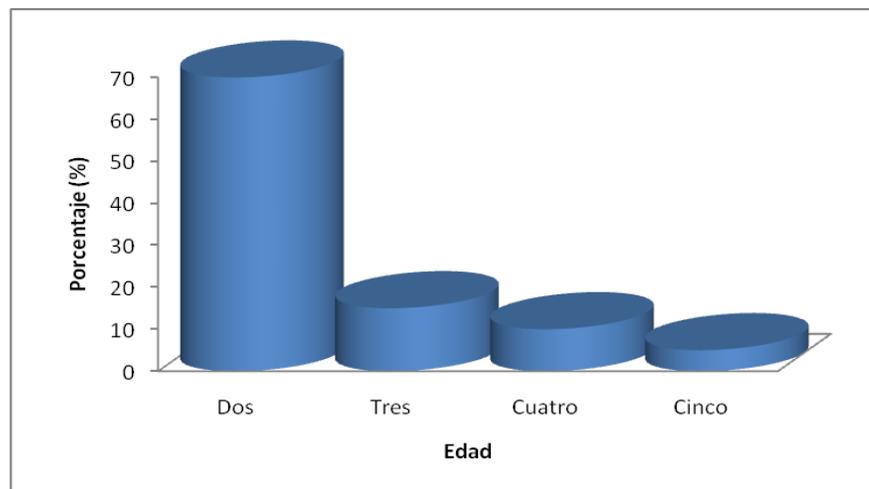
<b>TIPO DE DISCAPACIDAD</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>
Deficiencia de origen osteomuscular	4	20
Deficiencia de origen neuromuscular	16	80
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos investigadora

Los resultados muestran que el 80% de los niños matriculados con discapacidades físicas en los hogares infantiles presentaron paresia de los miembros inferiores, paresia de los miembros superiores, monoparesia y cuadriparesia como los tipos de discapacidad más frecuente, siendo ésta una consecuencia de la alteración en el Sistema Neuromuscular. El 20% restante presentó el tipo de discapacidad de origen osteomuscular entre ellas la escoliosis e hiperlordosis congénitas.

### **Variables Socio demográficas**

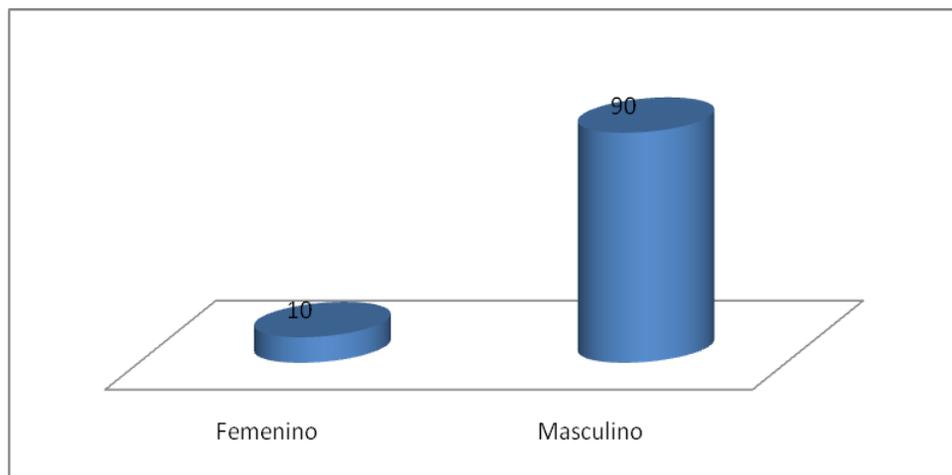
**Figura 2. Distribución de la edad en los niños con discapacidad física matriculados en los Hogares Infantiles del ICBF. Año 2009**



En el universo, la mayor distribución de frecuencia fue observada en los niños más pequeños, dos años cumplidos al momento de la investigación (70%); seguido de los que tenían tres años (15%). La Media de edad fue de 2,8 años. Es de resaltar que en los niños mayores de tres años la discapacidad física se presentó en menor proporción.

En la Figura se observa la distribución de frecuencia de esta variable cuantitativa continua en la población con discapacidad física infantil.

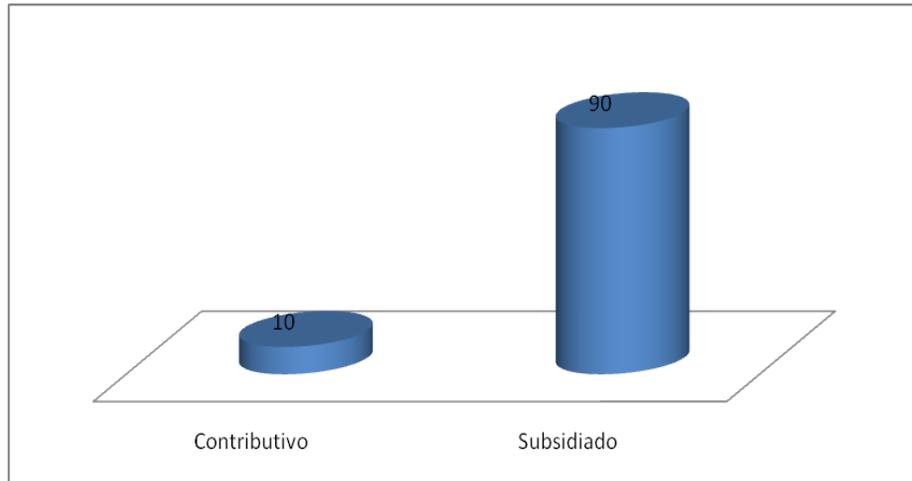
**Figura 3. Distribución del sexo en los niños con discapacidad física matriculados en los hogares infantiles del ICBF. Año 2009**



Los menores de sexo masculino presentaron una distribución más alta en lo que respecta al compromiso motor (90%) en el caso de las niñas sólo el 10% presentó discapacidad física.

Los niños son los más afectados por alteraciones de los sistemas neuromusculares y musculoesquelético, siendo éste un indicador importante para la integración escolar, que se puede interpretar como el hecho de que los menores discapacitados masculinos acceden más al sistema educativo que las niñas, como se evidencia en esta investigación al ser ellos en número mayor que el de las niñas.

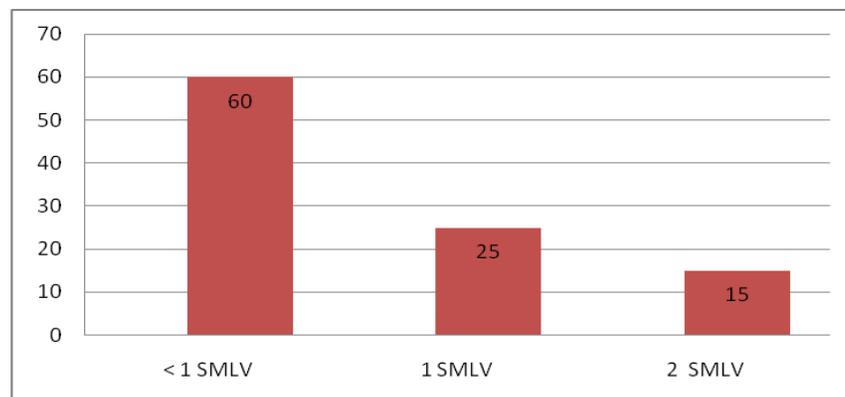
**Figura 4. Tipo de afiliación al régimen de salud de los niños con discapacidad física matriculados en los Hogares Infantiles del ICBF. Año 2009**



El 90% de los niños con discapacidad física matriculados en los hogares infantiles pertenecen al régimen subsidiado y el 10% al contributivo.

En la población de niños con discapacidad, el 100% tiene cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud, siendo mayor la distribución de frecuencia para el Régimen Subsidiado que para el Contributivo por las condiciones económicas del entorno familiar.

**Figura 5. Distribución de los niños según ingresos familiares en los Hogares Infantiles del ICBF. Año 2009**



El 60% de las familias de los niños con discapacidad física devenga mensualmente menos de 1 SMLV y el 40% restante oscila entre 1 y 2 salarios mínimos.

En la Figura se observa que 85% de las familias de niños con discapacidad integrados en los hogares infantiles del ICBF reciben hasta un salario mínimo, lo que demuestra las limitaciones para satisfacer las necesidades básicas del hogar.

**Tabla 3. Distancia del Hogar Infantil a la residencia del menor discapacitado físico**

Distancia de 1 a 5 Cuadras	Distancia de más de 10 cuadras			
	FR	Distancia de 5 a 10 Cuadras	FR	FR
9	45%	7	35%	20

Se observa en la tabla que el 45% de los menores con discapacidad física asistentes a los Hogares Infantiles viven cerca de ellos, un 35% en inmediaciones alrededor de 10 cuadras y un 20% a mas de 10 cuadras del Hogar Infantil al que asiste.

## 5. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio permiten caracterizar la discapacidad física de los menores que asisten a los Hogares Infantiles del Distrito de Barranquilla.

Se muestra una prevalencia del 80 % de discapacidad física que correspondió a origen neuromuscular, los resultados son consistentes con los hallados por Hernández y Hernández<sup>78</sup>, en su estudio sobre costos indirectos causados por la discapacidad; en él afirman que el 62 % de las personas con discapacidad sufren alteración del sistema nervioso, aspecto de gran interés tanto por la causa como por las consecuencias en términos de la discapacidad.

La discapacidad física se presenta más en el sexo masculino obteniendo una alta distribución (90%), en el caso de las niñas sólo el 10% presentó discapacidad física según Hernández y Hernández<sup>79</sup>, la discapacidad afecta igual a hombres y mujeres, el 19,6 % son menores de edad, el 51,7 % están entre los 18 y 64 años y el 28,5 % restante lo constituyen los mayores de 65.

Si se sigue la tendencia en educación, son los hombres quienes tienen un mayor acceso al sistema educativo; en lo que concierne a la población menor con discapacidad esta tendencia según los resultados parece permanecer.

En la población participante la mayor frecuencia observada fue en niños de dos años cumplidos en el momento de la investigación (70%); seguido de los que tenían tres años (15%). Esto permite favorecer el desarrollo físico, cognitivo y social de los niños vital para su inclusión social y como se mencionó en el marco teórico, garantiza el derecho a la educación y a la participación en procura de la igualdad que promueva la integración adecuada a su entorno

Las respuestas a las necesidades de los niños colombianos con discapacidad han sido mayoritariamente privadas y dirigidas a los grupos de mayores posibilidades económicas. Entre las iniciativas gubernamentales de protección, existe la de Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar, que hasta el año 2000 atendía a 1.200,000 niños, de los cuales al menos 6,000 eran niños con discapacidad. En

---

<sup>78</sup> HERNANDEZ, Janeth y HERNÁNDEZ, Iván. Op. cit., 130-144.

<sup>79</sup> Ibid.

otros programas, el Instituto de Bienestar Familiar atiende a 4,000 niños en institutos de rehabilitación y 1,319 en hogares sustitutos especiales.

El 90% de los niños con discapacidad física matriculados en los hogares infantiles pertenecen al régimen subsidiado y el 2% al contributivo. Por su parte, Hernández y Hernández,<sup>80</sup> señalan que en Colombia el 29% de las personas con discapacidad carecen de aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El 90,6 % no recibe servicios de rehabilitación y de ellos el 77,5 % refieren como razones para no asistir a rehabilitación la falta de dinero y los problemas de accesibilidad.

A pesar de que la investigación arrojó datos similares al estudio de Hernández este se toma como referente mas no se puede extrapolar la estadística obtenida a toda población menor que asiste a los hogares infantiles por no ser estadísticamente significativa debido al tamaño de la muestra.

Las familias de los niños con discapacidad física en los hogares infantiles devengan mensualmente menos de 1 SMLV (60%) y el 40% restante no recibe más de 2 salarios mínimos. Para Boniolo<sup>81</sup>, la pobreza es causa de discapacidad, señala la autora que las personas con esta condición requieren de la atención y cuidado especializado lo que incluye la alimentación balanceada, adecuar la infraestructura de la casa para eliminar barreras y necesidades básicas satisfechas. Por su parte, Sen, dice que existen razones de peso para creer que la manera como se mide la pobreza de las personas con discapacidad no debe ser la misma que para las personas que no la presentan.

La calidad de vida (o pobreza) no debe medirse por los bienes materiales ausentes y los otros recursos que tienen a su disposición.<sup>82</sup>

Para (Hernández, y Hernández, año , el 55 % de los hogares colombianos con personas con discapacidad reportaron ingresos entre uno y dos salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV) y solo el 4,9 % de más de tres salarios mínimos. Únicamente un 7,8 % de las personas está afiliado al régimen

---

<sup>80</sup> HERNANDEZ, Janeth y HERNÁNDEZ, Iván. Op. cit., 130-144.

<sup>81</sup> BONIOLO, E. Discapacidad y Pobreza. En: El Niño Discapacitado. Capítulo 18. Argentina. 2003 Disponible en Internet: <http://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=n6NwdirySCkC&oi=fnd&pg=PA175&dq=discapacidad+vs+pobreza&ots=XygdTtCXIf&sig=fZQv2PsM32WXiQi6awYImogLFXy#v=onepage&q&f=false>

<sup>82</sup> BRAITHWAITE J. and MONT, D. Disability and poverty: a survey of world bank poverty assessments and implications . In: European Journal of Disability Research. 2009, vol. 3, p. 219–232.

contributivo de Seguridad Social en Salud el 42% de las personas con discapacidad pertenecen a los estratos uno y dos, sólo el 1,6 % de ellos están en el estrato cuatro. La proporción de discapacitados entre los pobres es el doble de la población total. La diferencia en la proporción de personas con dificultades permanentes entre pobres y no pobres es estadísticamente significativa

## **6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **6.1 CONCLUSIONES**

En este apartado la investigadora da respuesta a los objetivos planteados en la investigación.

El tipo de discapacidad predominante en la población fue la de origen neuromuscular, siendo la paresia de miembros inferiores, de miembros superiores, la cuadriparesia y la monoparesia las más frecuentes.

La edad en la que se presentan con mayor frecuencia las discapacidades son los dos y tres años, el sexo que tuvo mayor representatividad en el universo estudiado fue el masculino por lo cual se encontró mayor distribución en ellos.

En cuanto a las variables socio demográficas encontramos que los niños con discapacidades físicas matriculados en los hogares infantiles del ICBF pertenecen a familias cuyos ingresos mensuales no superan los dos salarios mínimos legal vigente, tienen cobertura del sistema general de seguridad social en salud en el régimen subsidiado (90%) lo que se constituye en un factor de riesgo de la deserción académica del niño.

Al analizar los indicadores de cobertura de la población con discapacidad en los hogares infantiles del ICBF se observa la poca inclusión educativa que existe, quedando entonces la inquietud para una posterior investigación sobre la efectividad de las estrategias para la integración escolar que se tienen implementada en las instituciones de educación básica y media y la adecuación de la infraestructura que garantice la accesibilidad a las personas con alguna condición de discapacidad.

### **6.2 RECOMENDACIONES**

A manera de recomendación la investigadora sugiere lo siguiente:

- ✓ Continuar con la investigación sobre la efectividad de las estrategias para la integración escolar que se tienen implementadas en las instituciones de

educación básica y media y la adecuación de la infraestructura que garantice la accesibilidad a las personas con alguna condición de discapacidad, de manera que se aporte a la política pública de Educación Inclusiva.

- ✓ Promover la participación del Magister en Salud Pública en la realización del perfil epidemiológico de las personas con discapacidad para que las instituciones educativas incluyan en su planeación administrativa la adecuación de ambientes y estrategias pedagógicas para la integración escolar.
- ✓ Teniendo en cuenta los resultados de la investigación sobre las condiciones socio demográficas y de pobreza en la que se encuentran los niños con discapacidad sería conveniente adelantar desde la Salud Pública estrategias de organización colectiva que mejoren las condiciones de vida de estos niños.
- ✓ Como salubristas públicos está la de realizar investigación que contribuya a detectar tempranamente que factores personales y ambientales contribuyen a entorpecer el buen desarrollo de las personas con discapacidad.
- ✓ En el ámbito educativo el salubrista público debe procurar trabajar interdisciplinariamente en procura de un currículo que entrelace la discapacidad con la salud con el propósito de promover el bienestar y la independencia en las personas con discapacidad.

## BIBLIOGRAFÍA

AGUADO, A.; ALCEDO, M. y ARIAS, B. Cambio de Actitudes hacia la Discapacidad con Escolares de Primaria. En: Revista Psicothema. 2008, vol. 20 no. 4, p. 697–704.

ALBERGUCCI, M. Educación especial una mirada desde lo conceptual y la información estadística disponible: ¿de la mano o en sendas diferentes? [en línea]. En: Documento de la Unidad de Información, Dirección Nacional de Gestión Curricular y Formación Docente, Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. Disponible en Internet:  
[http://www.me.gov.ar/curriform/publica/educ\\_esp\\_informe.pdf](http://www.me.gov.ar/curriform/publica/educ_esp_informe.pdf)

AMADOR, E. et al. Observatorio de discapacidad del corregimiento de Juan Mina-Barranquilla. Universidad Libre Seccional Barranquilla y Secretaría de Salud Distrital. 2009.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Datos de Discapacidad 2006 [en línea]. 2009. Disponible en Internet: [http://www.iadb.org/sds/soc/site\\_6215\\_s.htm](http://www.iadb.org/sds/soc/site_6215_s.htm)

BEECH, J. y LARRONDO, M. La Inclusión Educativa en la Argentina de Hoy. Definiciones, Logros y Desafíos a Futuro. En: Taller regional sobre educación inclusiva cono sur y región andina. 2007, p. 9-13.

BONIOLO, E. Discapacidad y Pobreza. En: El Niño Discapacitado. Capítulo 18. Argentina. 2003 Disponible en Internet:  
<http://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=n6NwdirySCkC&oi=fnd&pg=PA175&dq=discapacidad+vs+pobreza&ots=XygdTtCXIf&sig=fZQv2PsM32WXiQi6awYImogLFX#v=onepage&q&f=false>

BORDA, M.; TUESCA, R. y NAVARRO, E. Métodos Cuantitativos Herramientas para la Investigación en Salud. Barranquilla- Colombia: Ediciones Uninorte. 2005

BRAITHWAITE J. and MONT, D. Disability and poverty: a survey of World Bank poverty assessments and implications. In: European Journal of Disability Research. 2009, vol. 3, p. 219–232.

BUNCH, G y VALEO, A. Student attitudes toward peers with disabilities in inclusive and special education schools. In: Disability & Society. 2004, p. 61-76.

CARRASCO, R. M. Estudio de prevalencia de la discapacidad motora y cognitiva de la población anciana del Policlínico Antonio Maceo [en línea]. 2009 Disponible en Internet:  
<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEkApyyAEEEnBUhkFOh.php>.

CHILE. Ministerio de Educación. Política nacional de educación especial: Nuestro compromiso con la diversidad [en línea]. 2007. Disponible en Internet:  
<http://www.mineduc.cl/biblio/documento/200704252105370.POLITICAEDUCESP.pdf>

COLOMBIA. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Discapacidad – Colombia [en línea]. En: Boletín Censo General. Actualización 2005, p. 1-3. Disponible en Internet:  
<http://www.dane.gov.co/censo/files/boletines/discapacidad.pdf>

COLOMBIA. Ministerio de Educación Nacional. Colombia Avanza hacia una Educación Inclusiva con Calidad [en línea]. En: Centro virtual de noticias. 2010. Disponible en Internet:  
<http://www.mineduccion.gov.co/cvn/1665/article-168443.html>

\_\_\_\_\_. Educación de Calidad [en línea]. 2010. Disponible en Internet:  
<http://www.mineduccion.gov.co/primerainfancia/1739/article-178050.html>

\_\_\_\_\_. Revolución Educativa 2002 – 2005. En: Colombia Aprende. 2005. Disponible en Internet:  
<http://www.colombiaaprende.edu.co/html/home/1592/article-91697.html>

COLOMBIA. Presidencia de la República. Ministerio de Educación Nacional. Plan país. 2004 – 2015.

DÍAZ, J. et al. Discapacidad y enfermedades crónicas. Aspectos relativos a la salud de la infancia y de la adolescencia en España. Ministerio de Sanidad y Consumo, Sociedad de Pediatría Social. 2007, p. 180.

ESPARZA, Cecilia y ABELLÁN, Antonio. La discapacidad en Europa. Datos del 2006 [en línea]. En: Portal mayores. 2009, no. 93, 11 p. Disponible en Internet: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-disca-en-europa-2006-v1.pdf>

GÓMEZ, R. et al. Discapacidades en la Infancia [en línea]. Universidad Complutense de Madrid. 2003, p. 3. Disponible en Internet: [www.paidos.rediris.es/genysi/recursos/doc/estadis/discapacidades.pdf](http://www.paidos.rediris.es/genysi/recursos/doc/estadis/discapacidades.pdf)

HARLEM BRUNDTLAND, Gro. Conferencia de la OMS sobre discapacidad [en línea]. Trieste, Italia, 18 de abril 2002. Disponible en Internet: <http://www.inclusion-ia.org/espa%F1ol/Norm/conf-oms.htm>

HERNANDEZ, Janeth y HERNÁNDEZ, Iván. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. En: Rev. Salud pública. 2005, vol. 7 no. 2, p. 130-144.

INFANTE, M. Inclusión Educativa en el Cono Sur Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2007, p 2- 5.

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Insumos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar para el informe del presidente al Congreso de la república 2002 – 2010 [en línea] Disponible en Internet: <http://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/pdf/informealcongreso2002-2010-04dejuniode2010.pdf>

\_\_\_\_\_. Lineamientos técnicos de los Hogares Infantiles – Lactantes y preescolares. 2009. Disponible en Internet: <http://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/pdf/lineamientoslineamientoshogaresinfantileslactantesyprescolares.pdf>

JIMÉNEZ, M.; GONZÁLEZ, P. y MARTÍN, J. La Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. En: Rev. Salud Pública. 2002, jul.-ago, vol. 18 no. 4.

KENNETH, Zola. Toward the necessary universalizing of a disability policy. In: The Milbank Quarterly. 1987, vol, 67 no. 2, p. 401-28.

LEYVA FUENTES, M. Una nueva Mirada a la Educación Especial en Cuba a partir del Concepto de la CIF. En: Rev. Electrónica de investigación Psicoeducativa. 2005, vol. 3 no. 3, p. 193-214. Disponible en Internet: [http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/7/espanol/Art\\_7\\_90.pdf](http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/7/espanol/Art_7_90.pdf)

LÓPEZ GONZÁLEZ, María. Modelos Teóricos e Investigación en el ámbito de la Discapacidad. Hacia la incorporación de la experiencia Personal. En: Revista de la escuela universitaria de magisterio de Toledo. 2006, Año 31 no. 16, p. 215-240.

NAVARRO, E; BARCELÓ, R. y TUESCA, R. Análisis de la Situación de Salud Departamento del Atlántico: Plan de Atención Básica Departamental, 2004 – 2005. Ediciones Uninorte; Gobernación del Atlántico, Secretaría Departamental de Salud. 2006, p. 151-154.

OEI. Atención integral a la primera infancia [en línea]. En: Organización de los estados Iberoamericanos para la Educación Ciencia y Cultura. 2002. Disponible en Internet: [http://www.oei.es/linea3/plan\\_cooperacion.htm](http://www.oei.es/linea3/plan_cooperacion.htm)

OFICINA INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN. Principios fundamentales del sistema educativo Chileno [en línea]. En: World data on education. 6a. ed. Julio 2006. Disponible en Internet: <http://www.ibe.unesco.org/es/en-el-mundo/regiones-de-la-unesco/america-latina-y-el-caribe/chile/profile-of-education.html>

Organización Mundial de la Salud, OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF. En: 54 asamblea mundial para la salud. Mayo de 2001. Disponible en Internet: <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>

\_\_\_\_\_. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía [en línea]. 1980. Disponible en Internet: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/CIDDM/ciddm.htm>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Discapacidad. Programa de Rehabilitación OPS/OMS. Washington, D.C. 1991.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Discapacidad [en línea]. En: OPS, Chile. 2009. 3 p. Disponible en Internet: [http://new.paho.org/chi/index.php?option=com\\_content&task=view&id=82&Itemid=259](http://new.paho.org/chi/index.php?option=com_content&task=view&id=82&Itemid=259)

\_\_\_\_\_. Organización Mundial de la Salud. La Discapacidad: Prevención y Rehabilitación en el Contexto del Derecho al Disfrute del más alto nivel posible de Salud Física y Mental y otros Derechos Relacionados [en línea]. En: 47 Consejo Directivo, 58. Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, 25-29 de septiembre de 2006. 3 p. Disponible en Internet: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/CD47.r10-s.pdf>

PALECHANO, V. El estudio de la discapacidad desde el punto de vista psicosocial. Análisis y modificación de conducta. Universidad de Valencia-España. 2003, p. 327.

PORTER, Gordon. Puesta en Práctica de la Educación Inclusiva [en línea]. En: Conferencia San Sebastián. (2003: España). Ponencia. España, 17 p. Disponible en internet: [http://sid.usal.es/docs/F8/FDO6564/gordon\\_porter.pdf](http://sid.usal.es/docs/F8/FDO6564/gordon_porter.pdf)

PUIG De La BELLACASA, R. Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. En: Discapacidad e información. Real patronato de prevención y atención a personas con minusvalía. 1990.

RADA, G. Estudios de Prevalencia Cross Sectional o Transversales [en línea]. Universidad Católica, de Chile. 2007. Disponible en Internet: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/PDF/EPIDESC6.pdf>

SARTO MARÍN, María. Familia y Discapacidad [en línea]. En: Congreso “la atención a la diversidad en el sistema educativo”. (3: 2001: Salamanca) Ponencia. España, p. 1-10. Disponible en Internet: <http://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>

UIPC-IMSERSO. Evolución histórica de los modelos en los que se fundamenta la discapacidad. En: Evolución histórica de los modelos. Unidad 2. Programa docente y difusión de la CIF. 2003, p. 2. Disponible en Internet: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/PDF/unidad2.pdf>

UNESCO. Marco de acción de Dakar. Educación para Todos: cumplir nuestros compromisos [en línea]. Texto aprobado en el Foro Mundial sobre la educación. Dakar, Senegal. 2000, p. 1-7. Disponible en Internet: [http://www.unesco.org/education/efa/ed\\_for\\_all/PDF/Marco\\_accion\\_spa.pdf](http://www.unesco.org/education/efa/ed_for_all/PDF/Marco_accion_spa.pdf)

VÁSQUEZ, A. La discapacidad en América Latina [en línea]. En: Temas de salud. Organización Mundial de la Salud. Junio de 2011. Disponible en Internet: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

VELEZ, Cecilia. La educación inclusiva en el marco de la revolución educativa en Colombia. En: 48 International conference on education. 2008. Disponible en Internet: [http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user\\_upload/Policy\\_Dialogue/48th\\_ICE/Presentations/IBE\\_ICE\\_Workshop\\_3B\\_Presentation\\_ES\\_Cecilia\\_Maria\\_Velez\\_White\\_Nov08.pdf](http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Policy_Dialogue/48th_ICE/Presentations/IBE_ICE_Workshop_3B_Presentation_ES_Cecilia_Maria_Velez_White_Nov08.pdf)

VERDUGO, Miguel; GONZÁLEZ, Gil. y CALVO, María. Apreciamos las Diferencias: Alumnos con Discapacidad Física [en línea]. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Universidad de Salamanca, Comité Español de Representantes de Minusválidos, Junta de Comunidades de Castilla - la Mancha. 2003. Disponible en Internet: <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/6676/8-1/apreciamos-las-diferencias-orientaciones-didacticas-y-metodologicas-para-trabajar-sobre-la-discapacidad-en-educacion-primaria.aspx>

WHITE, Glen. Discapacidad como tema de salud pública [en línea]. 2009. Universidad de Kansas. Traducción al Español. Por: Dr. Nicolás Padilla, Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, Universidad de Guanajuato, México. Disponible en Internet: [http://www.feoc.ugto.mx/super/Salud\\_publica/L0013/1.htm](http://www.feoc.ugto.mx/super/Salud_publica/L0013/1.htm)

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. World Report [online]. In: Disability and Rehabilitation. 2010, 350 p. Available from Internet: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf)

## ANEXOS

Población con registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad según asistencia escolar para grupos de edades entre 5 y 20 años por Departamento, 2008

Departamento	Asiste	No Asiste	Sin Información	Total
AMAZONAS	323	189	0	512
ANTIOQUIA	6.874	5.978	8	12.860
ARAUCA	479	496	19	994
ATLÁNTICO	3.114	1.824	53	4.991
BOGOTÁ D.C	18.877	10.262	67	29.206
BOLÍVAR	1.860	1.429	67	3.356
BOYACÁ	3.033	1.727	41	4.801
CALDAS	2.405	889	6	3.300
CAQUETÁ	1.168	877	21	2.066
CASANARE	1.291	938	24	2.253
CAUCA	2.011	2.472	27	4.510
CESAR	3.834	2.147	99	6.080
CHOCÓ	255	89	0	344
CÓRDOBA	2.146	2.801	3	4.950
CUNDINAMARCA	2.677	2.438	34	5.149
GUAINÍA	29	26	1	56
GUAVIARE	155	98	0	253
HUILA	2.750	2.424	72	5.246
LA GUAJIRA	1.084	606	42	1.732
MAGDALENA	737	524	115	1.376
META	418	443	16	877
NARIÑO	4.413	3.278	86	7.777
NORTE DE SANTANDER	872	812	21	1.705
PUTUMAYO	821	743	5	1.569
QUINDÍO	766	577	1	1.344
RISARALDA	2.142	1.040	11	3.193
SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA	103	81	2	186
SANTANDER	1.318	1.225	45	2.588
SUCRE	901	695	21	1.617
TOLIMA	2.399	2.513	45	4.957
TOTAL PAÍS	73.874	54.826	1.056	129.756
VALLE	4.565	5.089	92	9.746
VAUPÉS	16	46	12	74
VICHADA	38	50	0	88

Fuente: DANE – Dirección de Censos y Demografía - Población con registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. Actualizado a Septiembre de 2008

Nota: El total para cada Departamento incluye la información de los municipios registrados hasta 2008

## ENCUESTA

### 1. Información Administrativa del hogar infantil

- a) Hogar Infantil\_\_\_\_\_
- b) Zonal\_\_\_\_\_
- c) Población menor total atendida\_\_\_\_\_
- d) Número promedio de menores por curso\_\_\_\_\_
- e) Número de cursos en el hogar infantil\_\_\_\_\_

### 2. Información de la población infantil que presenta deficiencias físicas en el hogar infantil

- a) Edad\_\_\_\_\_
- b) Sexo F\_\_\_ M\_\_\_\_\_
- c) Curso escolar año 2008\_\_\_\_\_
- d) Deficiencia Diagnosticada\_\_\_\_\_

### 3. Información familiar

- a) Ingresos familiares: -1SMLV\_\_\_ 1SMLV\_\_\_ 2SMLV\_\_\_ +3SMLV\_\_\_
- b) Distancia de la residencia del menor al hogar infantil
  - 1 a 5 cuadras\_\_\_
  - 5 a 10 cuadras\_\_\_
  - + de 10 cuadras\_\_\_