

Infancia, Adolescencia y Discapacidad en Andalucía

MARIANO HERNÁN GARCÍA
ANDRÉS CABRERA LEÓN
EDITORES





Infancia, Adolescencia y Discapacidad en Andalucía

MARIANO HERNÁN GARCÍA
ANDRÉS CABRERA LEÓN
EDITORES



CATALOGACIÓN POR LA BIBLIOTECA DE LA EASP

Infancia, Adolescencia y Discapacidad en Andalucía
Mariano Hernán García, Andrés Cabrera León, editores

1. Niños con discapacidad. 2. Personas con discapacidad.
I. Hernán García, Mariano. II Cabrera León, Andrés
NLM Clasificación WS 368

Edita
ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA
Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070
18080 Granada España
www.easp.es

ISBN: 84-87385-76-1
Depósito Legal: Gr. 1000 / 2004
Maquetación y diseño: Carmen F. Sigler

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio de carácter mecánico ni electrónico, incluidos fotocopia y grabación, ni tampoco mediante sistemas de almacenamiento y recuperación de información, a menos que se cuente con la autorización por escrito de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Las publicaciones de la Escuela Andaluza de Salud Pública están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen representados los datos que contiene no implican, de parte de la Escuela Andaluza de Salud Pública, juicio alguno sobre la condición jurídica de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto a la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Escuela Andaluza de Salud Pública los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Por cuestiones lingüísticas este libro utiliza en ocasiones palabras genéricas masculinas, sobre todo para referirse a menores, profesionales, niños, etc. entendiéndose que con ello se incluyen ambos géneros

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Coordinación del estudio

Mariano Hernán García
Director del Observatorio de la Infancia en Andalucía

Andrés Cabrera León
Coordinador del área de Estudios y Proyectos del Observatorio de la Infancia en Andalucía

La infancia, la adolescencia y la discapacidad en cifras y datos

Francisco Jesús Alaminos Romero
Licenciado en Ciencias y Técnicas Estadísticas

Opinión de profesionales sobre la atención a menores con discapacidad

María Teresa Cruz Piqueras
Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología

Marcelo Edgardo Pezzimenti Menéndez
Licenciado en Psicología

Presencia de la discapacidad en la prensa escrita y tratamiento

María de la Luz Rodríguez Herrera
Licenciada en Ciencias de la Información

Colaboradores

Eladio Bodas González
*Jefe del Servicio de Orientación Educativa y Atención a la Diversidad
Dirección General de Orientación Educativa y Solidaridad, Consejería de Educación, Sevilla*

Pablo García Túnez
Coordinador de la Unidad de Salud Mental-Infantil, Hospital MaternoInfantil de Granada

Soledad Jiménez González
Jefa del Servicio de Personas con Discapacidad, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Sevilla

PRÓLOGO

Como Presidente del Consejo Andaluz de Asuntos de Menores (CAAM)—órgano consultivo y asesor de las Administraciones Públicas Andaluzas en materia de menores—constituye un honor y un placer prologar esta obra, primer trabajo de investigación desarrollado por el Observatorio de la Infancia en Andalucía (OIA), a propuesta del CAAM.

El OIA es un órgano recientemente creado dependiente de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, que tiene por objeto el desarrollo de las actuaciones de investigación y formación, así como el establecimiento de un sistema de información que permita el adecuado conocimiento, análisis técnico, seguimiento y evolución de los asuntos relacionados con los derechos y la atención a menores. La Dirección General de Infancia y Familias de esta Consejería gestiona el OIA a través de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Cuenta con un equipo estable de profesionales (investigadores, técnicos de proyectos y personal administrativo); así como con la asistencia técnica y colaboraciones de expertos e instituciones y ONG para proyectos puntuales, como el que nos ocupa en relación a la discapacidad en los menores que motiva el presente prólogo.

Desde sus comienzos el CAAM y el OIA mantienen un contacto permanente, como lo demuestra la presencia del Director del OIA en las deliberaciones del Consejo. Personalmente estimo que nuestra Comunidad Autónoma andaluza ha sido pionera en cubrir una antigua demanda y aspiración de la Pediatría Social, como era la de disponer dentro del campo de la salud pública de un área de especial dedicación a la salud pública infantil, que diera respuesta a sus requerimientos y peculiaridades propias de una etapa como es la de la Infancia y Adolescencia.

La base que motivó nuestra propuesta para este estudio sobre Infancia, Adolescencia y Discapacidad en Andalucía, fue la declaración del 2003 como "Año Europeo de las personas con discapacidad" por la UE, año coincidente con el décimo aniversario de la adopción por la Asamblea General de las Naciones Unidas de las normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, origen de considerables progresos en dar respuesta a la discapacidad según los principios de los derechos humanos.

Cartas, resoluciones, declaraciones de la UE en relación a la discapacidad sostienen el espíritu de dicha declaración:

- Carta comunitaria de los derechos sociales fundamentales de los trabajadores que reconoce la necesidad de adoptar medidas apropiadas para la integración social y económica de las personas con discapacidad (2001).
- Resolución relativa a la integración de los niños y jóvenes con discapacidad en los sistemas educativos ordinarios, intensificando los esfuerzos en la integración de los alumnos con discapacidad en los distintos niveles de enseñanzas en el sistema educativo ordinario, alentando dicha integración (2001).
- Resolución sobre la igualdad de oportunidades de las personas con minusvalía (1997) y relativa a la igualdad de oportunidades laborales de las personas con minusvalías (1999), reafirmando los derechos humanos básicos de las personas con discapacidad en lo relativo a la igualdad de acceso a las actividades sociales y económicas.

Asimismo, el Consejo Europeo de Lisboa (2000), se hace presente invitando a los estados miembros a estar más vigilantes para evitar la exclusión social en sus políticas de empleo, educación, formación, sanidad y vivienda y acometer acciones prioritarias dirigidas a grupos

específicos, tales como las personas con discapacidad. Posteriormente en el Consejo Europeo de Niza (2000) se efectúa la declaración por la que la Unión Europea en particular con ocasión del "Año Europeo de las personas con discapacidad" (2003) se compromete a desarrollar acciones tendentes a garantizar una mejor integración de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida social, en aplicación del principio de no-discriminación.

Con estos antecedentes el CAAM se plantea el reto de desarrollar acciones en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, que dieran igualmente respuesta a la convocatoria de dicho año, en el que pudiéramos poner de manifiesto nuestros puntos fuertes, nuestros puntos débiles y consecuentemente propuestas de mejora. Para ello se planificó:

- Dedicarle el II Foro Andaluz de la Infancia, tradicional acto conmemorativo de los 20 de noviembre. "Día de la Infancia en Andalucía".
- Proponer al OIA el desarrollo de una investigación que actualizara la situación de la Infancia, Adolescencia y Discapacidad en Andalucía.

Consciente de la escasez de tiempo y el importante reto que tanto para la CAAM como para el OIA se asumía, se le dio a ambas actividades un enfoque complementario. En el Foro se debatieron aspectos relacionados con la infancia y la enfermedad crónica, incluyéndose el relacionado con las denominadas "enfermedades raras" (prevalencia inferior a 5 por 10.000 habitantes), que no se abordaría en la investigación, pero que no se podía obviar al constituir una importante demanda social del momento. La situación ya de por sí difícil de cualquier persona discapacitada, se ve multiplicada cuando se padece este tipo de enfermedad por el desconocimiento que suele conllevar. Aunque considerada por patología como poco frecuentes, no se pueden perder de vista que en su conjunto afectan a una

parte importante de la población y a su rareza se añade la escasez de investigación que facilite el diagnóstico y tratamientos apropiados, por lo que se le reconocen como "medicamentos huérfanos". Son situaciones en las que la necesidad de asociacionismo se incrementa, reclamando respuesta institucional tanto a nivel de la UE como del Estado Español. La creación de dos centros nacionales para Enfermedades Raras, uno destinado a la atención al paciente en Burgos dependiente del INSERSO y otro a la investigación en Madrid, y el recientemente creado Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (IIER) son referencias que el CAAM no podía dejar de reflexionar y debatir en el Foro sobre esta problemática tan actual.

La segunda aportación al "Año Europeo de las personas con discapacidad" se lleva a cabo a través de la investigación desarrollada por el OIA, cuyos resultados se exponen en el presente libro, en una aproximación a la realidad de la infancia con discapacidad y sus familias en Andalucía, incluyendo características, necesidades, así como la capacidad social para proporcionar una respuesta adecuada a las mismas. Aparte del análisis y confrontación de los datos más recientes disponibles de nuestra Comunidad y del Estado Español, a nuestro juicio, adquiere especial relevancia el estudio de opinión sobre la atención a la discapacidad a través de los profesionales implicados y de los movimientos asociativos de afectados, voces a tener muy en cuenta en la planificación de la política social y en los ajustes de las correspondientes estructuras sociales, educativas y sanitarias según necesidades.

El capítulo III se enfoca a analizar la presencia en la prensa escrita de la discapacidad en relación con los menores y su tratamiento. Tipo de discapacidad —objeto de la información—, fuentes de la información, géneros periodísticos, tratamiento temático, tamaño de la noticia, localización, tipo de prensa y lenguaje son abordados. Como indican los autores "la presencia de la discapacidad en un medio como la prensa escrita es determinante a la

hora de estar presente en la sociedad y ser reconocida como parte de ella, lo que la lleva a no situarse en la marginalidad". Reflexión muy importante que debe animarnos a implicarnos aún más en la consecución de dicho objetivo, conjuntando esfuerzos de instituciones, organizaciones sociales, profesionales, asociaciones, que favorezcan esa situación de cambio que, afortunadamente, se está produciendo.

Las conclusiones en que culmina la investigación, con sus aspectos cuantitativos y cualitativos, constituyen obligada consulta para futuros enfoques de atención integral a los menores con discapacidad y son sin duda un punto de partida para futuras investigaciones, tanto en los aspectos tratados como los no tratados y de importancia emergente.

Con una amplia y actualizada bibliografía y anexos relacionados con la metodología utilizada finaliza la obra. En su introducción los editores indican *que las fuentes de información utilizadas en el presente trabajo están disponibles para la comunidad científica con el fin de avanzar en el conocimiento sobre la infancia y la adolescencia*. Oferta que nos hace considerar al OIA como una realidad en cuanto a nuestras aspiraciones de disponer de un Centro enfocado al estudio y conocimiento de la infancia y también al área de la "Salud Pública Infantil".

Dada su reciente creación y puesta en marcha, considero obligado terminar aludiendo a las funciones que el OIA viene a desarrollar:

- Realizar estudios e investigaciones sobre las condiciones de vida de la infancia.
- Establecer un sistema de información fiable.
- Generar propuestas para las tomas de decisiones sobre las políticas de infancia.
- Crear un fondo de documentación que estimule el estudio y la investigación.

- Realizar procesos de evaluación de las políticas sociales dirigidas a los niños.
- Fomentar y promover encuentros entre profesionales y expertos, y facilitar el intercambio de experiencias e investigaciones.
- Promover y gestionar planes de formación sobre los derechos y la atención a los menores.
- Publicar y difundir los materiales generados a través de los diferentes estudios e investigaciones.
- Medir el estado actual y la evolución del bienestar y calidad de vida y desarrollo de los derechos de los menores.
- Elaborar el informe anual sobre la infancia en Andalucía, en el que se recojan los datos más relevantes relativos a los menores.
- Asesorar técnicamente y seguir los proyectos de cooperación exterior en materia de menores en los que participe la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.
- Cualquier otra función de apoyo y seguimiento vinculada a la recogida, análisis y difusión de la información, la producción de documentación, el desarrollo de proyectos de investigación y promoción de la formación de los profesionales implicados en todas las materias relacionadas con los menores en Andalucía.

Como Presidente y en nombre del Consejo Andaluz de Asuntos de Menores deseo felicitar a los editores de la presente obra, Mariano Hernán García y Andrés Cabrera León, así como al equipo de investigadores del OIA y a los colaboradores de las Consejerías de Educación, Salud y Asuntos Sociales por el excelente trabajo efectuado en un tiempo récord, solo factible gracias al esfuerzo personal y ejemplar entrega a la investigación que sin duda se verá traducido en beneficios para esos "individuos sujetos a derechos", niños y niñas con problemas de discapacidad, a los que han dedicado esta obra.

Ignacio Gómez de Terreros
Presidente del Consejo Andaluz de Asuntos de Menores

ÍNDICE

PRÓLOGO	7
INTRODUCCIÓN	13
Capítulo 1 LA INFANCIA, LA ADOLESCENCIA Y LA DISCAPACIDAD EN CIFRAS Y DATOS	
1.1. OBJETIVOS	21
1.2. METODOLOGÍA	21
1.3. DEFINICIONES	27
1.4. RESULTADOS	35
1.4.1. Población de menores de 18 años con discapacidad en Andalucía y España	35
1.4.2. Distribución según discapacidades, deficiencias y limitaciones	38
1.4.3. Nivel educativo de los menores con discapacidad.....	51
1.4.4. Características sociodemográficas de las familias con algún menor con discapacidad	52
1.4.5. Salud y discapacidad	57
Capítulo 2 OPINIÓN DE PROFESIONALES SOBRE LA ATENCIÓN A MENORES CON DISCAPACIDAD	
2.1. OBJETIVOS	65
2.2. METODOLOGÍA	65
2.3. RESULTADOS	73
2.3.1. Profesionales de servicios sociales	73
2.3.2. Profesionales de servicios sanitarios	81
2.3.3. Profesionales de educación	97
2.3.4. Ámbito asociativo	112
Capítulo 3 PRESENCIA DE LA DISCAPACIDAD EN LA PRENSA ESCRITA Y TRATAMIENTO	
3.1. OBJETIVOS	127
3.2. METODOLOGÍA	127
3.3. RESULTADOS	133
3.3.1. Presencia de menores con discapacidad en la prensa escrita. Análisis conjunto 2002-2003	133
3.3.2. Análisis comparativo 2002-2003.....	139
3.3.3. Lenguaje	145
3.3.4. Algunos ejemplos gráficos	146
CONCLUSIONES	159
BIBLIOGRAFÍA	165
LISTADO DE SIGLAS, ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	173
ANEXOS	177
– Propuestas de los profesionales	177
– Guión de la entrevista	185
– Formatos noticias	186
– Resultados según tipo de prensa.....	189
– Ámbitos intervención en la discapacidad e infancia en Andalucía	195



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo analiza la información recogida en tres estudios independientes con diferentes unidades de observación (menores con discapacidad, profesionales y medios de comunicación) y también a las metodologías de investigación. Por una parte, el estudio sobre menores con discapacidad se abordó desde las técnicas de investigación por muestreo basada en encuestas dirigidas a población general, con la finalidad de proporcionar indicadores sociodemográficos de la discapacidad en menores de 18 años de Andalucía (en adelante, estudio cuantitativo). Por otra parte, se realizó un estudio de opinión sobre la atención a la discapacidad recabando información de profesionales que atienden a menores con discapacidad, desde los servicios públicos y desde el ámbito asociativo, para lo cual se utilizó una metodología de investigación cualitativa, (en adelante, estudio cualitativo). Y, por último, se realizó un seguimiento de las noticias que en la prensa escrita aparecieron con relación a la discapacidad en Andalucía, cuantificando su aparición y evaluando el tratamiento informativo (en adelante, estudio de prensa).

Si el nacimiento y crianza de cualquier recién nacido implica retos y ciertas incertidumbres para sus padres y para el sistema público y privado que lo atiende, esta situación se hace aún más compleja cuando este niño tiene asociada alguna discapacidad, limitación o deficiencia. A pesar de las dificultades que provoca sobre el conjunto de los miembros de una familia asumir y abordar este tema, un gran número de profesionales, tanto de las instituciones públicas como del movimiento asociativo, realizan diariamente una importantísima labor de apoyo a estos menores y a sus familias. Si aceptamos la idea de que no existe una infancia, sino miles de posibilidades de ser niño o ser niña, y que el tiempo de la infancia es un momento de construcción biológica y psíquica, caracterizado por la enorme plasticidad y posibilidad de cambios y evoluciones,

hablemos de infancia (en masculino y femenino plural) y de problemas asociados a su desarrollo. Para evitar las etiquetas antes de que estos niños y niñas adquieran su discapacidad o discapacidades y no anteponer así su limitación (el *down*, la *ciega*) a su identidad, es necesario dar a conocer la realidad social de este fenómeno de la discapacidad en la infancia.

Con el interés de obtener una conceptualización homogénea sobre discapacidad, en este estudio se ha seguido la definición de conceptos y términos que mantiene la Ley 1/1999 de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía, para la que persona con discapacidad sería *toda aquella que tenga una ausencia o restricción de la capacidad de realizar una actividad, en la forma o dentro del margen que se considera normal para una persona, como consecuencia de una deficiencia. Se entiende por deficiencia la pérdida o anormalidad de una estructura o función psíquica, fisiológica o anatómica.*

Gran parte de los resultados mostrados en este estudio, no son exclusivos de niñas y niños con discapacidad, sino que se ha pretendido ampliarlos al conjunto de la infancia y la adolescencia. En este sentido, cabe destacar que promover acciones encaminadas a la creación de entornos sin barreras y más accesibles, o fomentar valores como la igualdad de oportunidades, la tolerancia y el respeto a la diversidad constituyen avances sociales que nos afectarán a todas y a todos, independientemente de la dificultad o el ámbito en el que nos desarrollemos.

La estructura de esta publicación ha venido dada por los tres estudios realizados, presentando un capítulo para cada uno, en los que se describen los objetivos, la metodología y los resultados obtenidos. De esta manera se pretende ofrecer en cada capítulo una visión íntegra de todo su contenido. Se completa el texto con apartados

para conclusiones, bibliografía utilizada, anexos que completan la metodología o los resultados y listado de abreviaturas.

En el capítulo I se presentan los resultados del estudio cuantitativo, obtenidos del análisis estadístico realizado sobre dos encuestas poblacionales (una de ámbito andaluz y otra de ámbito español), ofreciendo datos acerca de la población de menores con discapacidad en Andalucía y España, su distribución por discapacidades, deficiencias y limitaciones, su nivel educativo, características sociodemográficas de las familias con menores con discapacidad e indicadores sobre su salud. Además, se incluye un apartado con las definiciones de las variables de estudio.

Como fuentes de información se han utilizado dos encuestas poblacionales, una de ámbito español (Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, INE 1999) y otra de ámbito andaluz (Encuesta Andaluza de Salud, Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1999).

La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES-99), realizada en 1999 por el Instituto Nacional de Estadística con la colaboración técnica y financiera del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales y de la Fundación ONCE, es una gran operación estadística en forma de macroencuesta (con una muestra efectiva de 70.500 viviendas, lo que supone haber recabado información sobre unas 218.000 personas de toda España) y está orientada a cubrir las necesidades de información sobre los fenómenos de la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento de la población y el estado de salud de la población residente en España.

Esta encuesta adopta como marco de referencia la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDM, Organización Mundial de la Salud. Madrid. Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1983),

instrumento recomendado en el Manual de Naciones Unidas sobre desarrollo de Estadísticas de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías propuestas en 1980 por la Organización Mundial de la Salud. Actualmente, desde 2001, existe una nueva clasificación, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud [CIF, Organización Mundial de la Salud. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001], que replantea el modelo de clasificación anterior, estableciendo un marco conceptual que permita la estandarización de los estados de salud, aproximándolo a la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE).

La EDDES-99 fue diseñada para estudiar la discapacidad en el total de la población española, presentando poca muestra cuando se trabaja con un subgrupo reducido de ésta, como puede ser la población de menores de 18 años de Andalucía. Por lo tanto, la base de información existente en la muestra de menores resulta insuficiente para realizar estimaciones precisas en segmentaciones múltiples o para identificar posibles factores asociados de manera multivariante, pero a partir de ella podemos describir las principales características sociodemográficas de todos los menores con discapacidad en Andalucía.

Este informe recoge los resultados de una explotación de los datos que aportan ambas encuestas sobre los menores en Andalucía y se centra en los aspectos más globales del perfil sociodemográfico de la población menor con discapacidad, como su distribución por sexo y edad, grado de severidad, tipo de discapacidad y deficiencia que ha originado las discapacidades. Se analizan también los niveles educativos, las características sociodemográficas del sustentador principal y de su cónyuge en hogares con menores y algunos indicadores de salud, como salud percibida (por el padre, madre o tutor), enfermedades crónicas o sedentarismo.

Para el apartado de salud se ha utilizado el módulo específico de Salud de la EDDES-99 y la muestra de menores de la Encuesta Andaluza de Salud de 1999 (EAS-99). Además de la dificultad y precaución que suponía trabajar con poca muestra en la EDDES-99, la EAS-99 presentaba el añadido de que no se trataba de una encuesta específica de población con discapacidad como era el caso de la EDDES-99, que incorporaba un cuestionario exclusivo para personas con discapacidad.

Aunque el ámbito geográfico utilizado para la EDDES-99 fué Andalucía, en algunos casos se aportaba información del conjunto de España, con el fin de que sirviera como refuerzo de los resultados dados para Andalucía, además de proporcionar información sobre España.

El objetivo principal planteado en el estudio cuantitativo de la discapacidad en menores de 18 años en Andalucía fue conocer la prevalencia de menores con discapacidad que residían en viviendas familiares y su distribución según sexo, edad, tipos de discapacidad y tipos de deficiencias causantes de esta discapacidad.

El capítulo II de esta publicación presenta los resultados del estudio cualitativo, a través del análisis de las opiniones de profesionales que atienden a menores con discapacidad en los ámbitos de Servicios Sociales, Servicios Sanitarios, Educación y asociaciones. En esta parte del trabajo se analizan las fortalezas y las debilidades, y se presentan las claves para mejorar los servicios para la atención a la discapacidad. Es prácticamente imposible abarcar todo el sistema público de atención y el ámbito asociativo que se desarrolla actualmente en Andalucía. Teniendo en cuenta esto, este trabajo se propuso recoger y analizar las opiniones de los profesionales que, desde diferentes ámbitos de atención y provincias andaluzas, han trabajado con la infancia y la adolescencia con discapacidad. Para ello se ha utilizado una metodología cualitativa que ha permitido dar voz a este amplio colectivo, aproximándonos,

a través de sus discursos, a la realidad de los profesionales que cotidianamente desarrollan su trabajo con niñas y niños con discapacidad. Esto ha posibilitado hacer partícipes a los profesionales que diariamente están trabajando en un ámbito tan complejo en el que, junto al quehacer más técnico y científico, entran en juego tantas emociones y sentimientos de estos menores y sus familias. Como fuentes de información se han analizado los discursos obtenidos de profesionales a través de un diseño muestral estructural, mediante la realización de 30 entrevistas personales semiestructuradas y, en algunos casos, grupales.

El análisis de las opiniones y reflexiones emitidas por estos profesionales ha generado una interpretación de las mismas que ha aportado resultados y propuestas para reforzar las dimensiones y características más positivas de su trabajo como la calidad de la atención, la coordinación, la atención a la familia, la planificación y la gestión de los recursos. También se han propuesto cambios y mejoras en aquellas acciones más debilitadas.

Como objetivos de esta parte del estudio se plantearon: conocer y analizar la opinión de diversos perfiles de profesionales andaluces que trabajaban en los servicios que atendían a la población infantil y adolescente con discapacidad (servicios sociales, salud y educación), con el interés de facilitar un análisis estratégico que identificara fortalezas, debilidades y propuestas de mejora; y explorar la opinión de las asociaciones que trabajan con niñas y niños con discapacidad en Andalucía para incorporar las principales demandas, inquietudes y necesidades de la atención a los menores con discapacidad.

Además se han incorporado como Anexo un diagrama con los ámbitos de intervención en la Infancia con discapacidad en Andalucía.

El capítulo III es un estudio de prensa que cuantifica la

presencia y analiza el tratamiento de noticias relacionadas con la infancia y la adolescencia con discapacidad. Se presenta en dos apartados, uno con los resultados globales y otro comparando los años 2002 y 2003, con el fin de observar el impacto en los medios de comunicación de la declaración de 2003 como "Año europeo de las personas con discapacidad". Además, en este estudio se incluye un apartado de ejemplos de noticias extraídas de los periódicos seleccionados donde se describen las variables de estudio.

A pesar de la gran influencia que ejerce la televisión, del papel de inmediatez que juega la radio y del carácter universal de Internet, el ciudadano sigue confiando en la prensa escrita como referente informativo.

La presencia de la discapacidad en un medio como la prensa escrita es determinante a la hora de estar presente en la sociedad y ser reconocida como parte de ella, lo que la lleva a no situarse en la marginalidad. Gracias a la mayor implicación de las instituciones y del mayor protagonismo de los colectivos de personas con discapacidades, esta situación está empezando a cambiar.

Muchas veces se escucha decir que *lo que no sale en los medios de comunicación no existe* y eso es lo que ocurre con muchas de las realidades sociales de nuestros días que no encuentran repercusión en los medios de difusión y si aparecen lo hacen de una manera distorsionada y estereotipada influyendo desfavorablemente en su integración.

La designación de 2003 como "Año europeo de las personas con discapacidad" ha motivado la puesta en marcha de políticas de ayudas y mejoras hacia las personas con discapacidad. Uno de los puntos en los que se ha hecho mayor hincapié es la concienciación de la sociedad. Para conseguir este objetivo se han llevado a cabo una serie de iniciativas destinadas a los profesionales de

la prensa, principales creadores de opinión. Así pues, en la denominada Declaración de Atenas (Medios de Comunicación y Discapacidad, Congreso Europeo, Atenas, 13 y 14 de junio de 2003), los medios europeos de comunicación acordaron contribuir, dentro de su campo de actuación, a un nuevo concepto de la discapacidad, basado en el reconocimiento de que los ciudadanos con discapacidad tienen los mismos derechos humanos que otros ciudadanos y reconociendo el importante papel que pueden jugar en la culminación de este proceso, así como en la plasmación de la diversidad de la sociedad. Además, durante el año 2003 se han llevado a cabo conferencias, seminarios y jornadas en referencia a los medios de comunicación y la discapacidad, como las celebradas en Oviedo, el 31 de marzo de ese año, organizadas por el colectivo de profesionales asturianos que convocó a un nutrido número de expertos en el tema. Entre las conclusiones de estas Jornadas, se destaca la necesidad de *aumentar la accesibilidad y la participación de las personas con discapacidad en todos los medios de comunicación. En este sentido es recomendable incrementar los contenidos y programas referidos a la discapacidad en los diferentes medios de comunicación así como aumentar la visibilidad y presencia de las propias personas con discapacidad transmitiendo directamente sus mensajes*. En Andalucía, la radiotelevisión autonómica (RTVA) se ha sumado a estas iniciativas motivadas por el Año de la Discapacidad, apoyando, con su difusión, las campañas de servicio público producidas por instituciones y asociaciones en 2003.

Todas estas iniciativas se refieren a las personas con discapacidad como colectivo, no se especifican acciones concretas dirigidas a los menores con discapacidad. Por lo tanto las recomendaciones para el tratamiento de la discapacidad en los medios de comunicación se aplican al sector de la Infancia. Pero hay que tener en cuenta que los menores están protegidos legalmente ante la prensa, como recoge la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero,

de Protección Jurídica del Menor, que en su artículo 4 (Derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen) enumera una serie de puntos en relación a la presencia de los menores en los medios de comunicación.

Por otra parte, los estudios e informes que se han elaborado acerca de la discapacidad y los medios de comunicación se centran principalmente en el colectivo y no suelen hacer mención de la discapacidad en sectores como la infancia y la adolescencia.

Para evaluar el conocimiento que tiene la población andaluza sobre la discapacidad y, en concreto, sobre los menores con discapacidad, es necesario cuantificar su presencia en los medios de comunicación y localizar dónde aparece esta información y cuál es su tratamiento, siendo éste el objetivo principal de este estudio de prensa.

Las fuentes de información utilizadas en el presente trabajo están disponibles para la comunidad científica, con el fin de avanzar en el conocimiento sobre la infancia y la adolescencia. Realizar investigaciones en las que la unidad de análisis sea el propio menor, así como su contexto familiar y social, son retos para el futuro de la investigación en el campo de la infancia y la adolescencia en situación de desventaja.

No queremos terminar sin agradecer la participación de todos los profesionales que han colaborado en este estudio con su esfuerzo y sus palabras. También se lo dedicamos a todos los niños y niñas con sus capacidades y limitaciones, tan diversas y dispares como la que cada uno de nosotros y nosotras llevamos dentro.



La infancia, la adolescencia y la discapacidad
en cifras y datos





1.1. OBJETIVOS

El objetivo principal planteado en el estudio cuantitativo de la discapacidad en menores de 18 años en Andalucía ha sido conocer la prevalencia de menores con discapacidad que residen en viviendas familiares y su distribución según sexo, edad, tipos de discapacidad y tipos de deficiencias causantes de esta discapacidad.

Asimismo, se trató de obtener una serie de indicadores sociodemográficos y de salud que permitieran comparar la situación de los menores con alguna discapacidad o limitación y su entorno familiar frente a los menores que no padecen ninguna discapacidad ni limitación.

1.2. METODOLOGÍA

1.2.1. ENCUESTA SOBRE DISCAPACIDADES, DEFICIENCIAS Y ESTADOS DE SALUD, 1999

DISEÑO MUESTRAL

La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES-99), realizada en 1999 por el Instituto Nacional de Estadística con la colaboración técnica y financiera del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales y de la Fundación ONCE, estaba dirigida a la población que reside en viviendas familiares, por lo que el diseño utilizado fue el de la Encuesta General de Población. Se utilizó un muestreo bietápico, seleccionando en una primera etapa las secciones censales, agrupadas en estratos según el tamaño del municipio al que pertenecen, y en otra etapa las viviendas familiares, que fueron seleccionadas con igual probabilidad mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio.

El tamaño de la encuesta fue fijado en 79.000 viviendas familiares, distribuidas en 3.000 secciones censales.

FASES DE LA ENCUESTA

El estudio fue diseñado en tres fases, aplicando en cada fase distintos cuestionarios:

Primera fase:

Se intentaba detectar a todos los residentes del hogar con alguna discapacidad o limitación y se recogía información sociosanitaria de todos los miembros del hogar a través de un cuestionario de hogar.

Segunda fase:

Se entrevistaba a todos los miembros del hogar con alguna discapacidad o limitación, recogiendo información sobre todas las discapacidades que padecían, y considerando sólo una deficiencia por cada discapacidad padecida, a través de los cuestionarios independientes.

- Cuestionario de discapacidades y deficiencias (personas de 6 y más años)
- Cuestionario de limitaciones y deficiencias (personas de 0 a 5 años)

Tercera fase:

Se entrevistaba a un solo miembro de cada hogar, seleccionado aleatoriamente, en cuestiones relacionadas con la salud y utilización de servicios sanitarios mediante el cuestionario de salud.

MÓDULO DE SALUD DE LA EDDDES-99

El módulo de salud de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 fue realizado en la

última fase del estudio. Se elaboró recogiendo información de un solo miembro de cada hogar seleccionado con igual probabilidad entre los componentes del hogar, independientemente de si padecía o no alguna discapacidad.

Esto hace que el número de menores que se estudia en el Módulo de Salud sea menor que en los otros módulos y por las razones expresadas anteriormente, la muestra de menores en este módulo resulta insuficiente para trabajar estadísticamente, a nivel autonómico, con un mínimo de fiabilidad. Para paliar este inconveniente y reforzar estadísticamente los resultados de Andalucía, se presentan los mismos resultados para el conjunto de España.

El módulo de Salud recoge información sobre: *medida de utilización de servicios* (en el caso de que la persona entrevistada padeciera alguna discapacidad o limitación, se investigaban aquellos servicios no relacionados directamente con las deficiencias padecidas, ya que sobre estos se preguntaba en el Cuestionario de Discapacidades y Deficiencias), *autovaloración del estado de salud, características antropométricas, limitaciones temporales de las actividades cotidianas, hábitos de vida, accidentalidad, prevalencia de enfermedades crónicas, victimación, accesibilidad y hábitos de nutrición.*

Andalucía

TABLA1. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN ANDALUCÍA

	Hogares	Personas	Personas con Discapacidad (6 y más años)	Menores (6 a 17 años)	Menores con discapacidad (6 a 17 años)	Menores (0 a 5 años)	Menores con limitación (0 a 5 años)	Total Limit. + Discap (0 a 17 años)
ALMERÍA	1.242	3.989	418	906	11	221	6	17
CÁDIZ	1.849	6.474	639	1.475	29	372	13	42
CÓRDOBA	1.463	4.608	670	997	10	243	10	20
GRANADA	1.240	3.948	428	822	9	213	2	11
HUELVA	1.060	3.579	376	750	11	178	9	20
JAÉN	1.328	4.183	447	957	9	254	4	13
MÁLAGA	1.770	5.817	560	1.196	16	294	7	23
SEVILLA	2.354	7.847	747	1.598	21	390	9	30
Total	12.306	40.445	4.285	8.701	116	2.165	60	176

Fuente: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999
Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

TAMAÑO DE LA MUESTRA EN ANDALUCÍA

La muestra de la encuesta en la Comunidad Autónoma andaluza ha sido de 12.306 hogares, en los que residían 40.445 personas, de las cuales 4.285 eran personas con discapacidad de 6 y más años. Para los menores entre 6 y 17 años la muestra es de 8.701 menores, de los cuales 116 tenían alguna discapacidad. Para los menores de 0 a 5 años la muestra fue de 2.165, de los que 60 niños tenían algún tipo de limitación (Tabla 1).

Por tanto, los 10.866 menores de 18 años entrevistados en la EDDES-99 representan el 26,9% del total de la muestra (adultos y menores) y los 176 menores con discapacidad el 1,6% de la muestra de menores.

1.2.2. ENCUESTA ANDALUZA DE SALUD

La Encuesta Andaluza de Salud de 1999 (EAS-99) fue realizada por la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) para la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. El objetivo de la EAS-99 era aportar información relevante para el análisis del estado de salud de los andaluces y del sistema sanitario andaluz. Fue diseñada para que fuese comparable con la Encuesta Nacional de Salud y otras encuestas poblacionales de temática y metodología similares. Está formada por dos muestras independientes, *muestra de menores* (para menores de 16 años) y *muestra de adultos* (a partir de 16 años).

La EAS-99, muestra de menores, recoge información sobre algunos aspectos sociales y sanitarios de los menores andaluces: características sociodemográficas del menor, del informante y del cabeza de familia, estado de salud y morbilidad percibida, uso de servicios de salud, hábitos de vida relacionados con salud, cuidados informales y calidad medioambiental.

DISEÑO MUESTRAL

Las muestras de adultos y menores están conformadas por las personas no institucionalizadas residentes en Andalucía en 1999, con 16 o más años y menores de 16 años, respectivamente.

Se utilizó un diseño muestral probabilístico, estratificado y polietápico, tomando como unidades primarias los municipios andaluces, estratificados por provincias y tamaño del hábitat, como unidades secundarias las secciones censales de los municipios; terciarias los domicilios, y como unidades finales los individuos. Cuando en una vivienda residía más de un individuo perteneciente a la población de estudio, se seleccionó uno de ellos aleatoriamente mediante aplicación de la plantilla *kish*. Se estableció cuotas de sexo sobre las unidades finales de muestreo.

Las muestras, tanto las de menores como las de adultos, se estructuraron en cuatro oleadas, con submuestras mensuales y bloques semanales, aplicadas trimestralmente, de marzo a diciembre de 1999, a fin de desestacionalizar la información.

La encuesta se realizó mediante entrevistas personales en el hogar, con un total de 6.484 entrevistas a adultos (mayores de 16 años) y de 2.081 a población infantil (menores de 16 años). En el caso de los menores de 16 años la información se obtuvo de uno de los padres o del tutor.

Se obtuvo información de todos los miembros del hogar para las variables siguientes: parentesco con el cabeza de familia, sexo, edad, situación laboral, limitación o discapacidad, necesidad de cuidados especiales.

En los 2.081 hogares de la muestra de menores residían 8.978 personas, de las cuales 284 eran personas con discapacidad. El total de menores de 16 años en estos hogares fue de 3.696 de los cuales 66 tenían alguna discapacidad siendo entrevistados 44.

1.2.3. MÉTODO ESTADÍSTICO

Para trabajar con la EDDES-99 se partió de los microdatos en un fichero de texto ASCII con formato fijo. Los datos habían sido previamente codificados y depurados por el Instituto Nacional de Estadística.

La importación, etiquetado y procesamiento de la información de la EDDES-99 se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 11.5.1. Para la realización de algunos cálculos y para la creación de tablas y gráficos se utilizó Microsoft Office 97.

Se trabajó igualmente a nivel de microdato con la EAS-99. Esta base de datos había sido previamente codificada, depurada y etiquetada en SPSS por la Escuela Andaluza de Salud Pública.

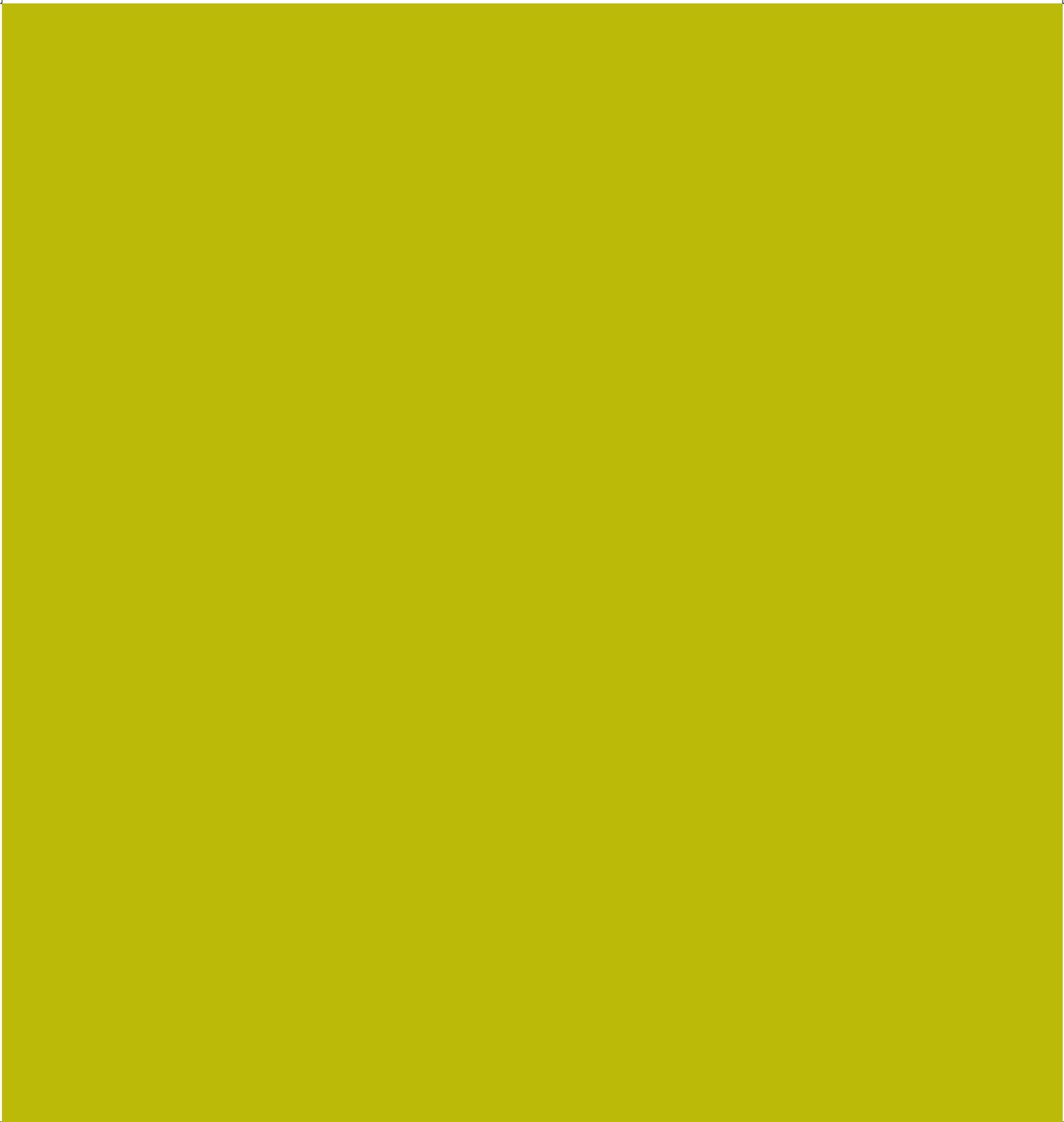
Se obtuvieron estimaciones de totales poblacionales, porcentajes y tasas por 1.000 menores para la discapacidad total, por grupos de discapacidad, grupos de deficiencia y limitaciones según sexo y grupo de edad (0-5 años; 6-11 años; 12-17 años).

En el resto de las variables se obtuvieron estimaciones poblacionales y/o porcentajes.

Los resultados se presentaron mediante tablas de datos con totales, porcentajes y tasas por 1.000 menores y gráficos con tasas por 1.000 menores o porcentajes. Como fuente para el cálculo de las tasas poblacionales se utilizó la revisión del patrón municipal de 1999.

Para obtener las estimaciones poblacionales de la discapacidad a partir de la EDDES-99 se utilizaron los coeficientes de ponderación calculados por el INE.





1.3. DEFINICIONES

1.3.1. NIVELES DE CONSECUENCIA DE DISCAPACIDAD

La encuesta, siguiendo a la CIDDM (vigente hasta 2001), estudia la discapacidad en base a tres niveles de consecuencias de la enfermedad:

- El primer nivel o deficiencias está formado por los síntomas, señales o manifestaciones de una enfermedad a nivel de órgano o función del mismo órgano, cualquiera que sea su causa. Una deficiencia es, por tanto, cualquier pérdida o anomalía de un órgano o de la función propia de ese órgano. Por ejemplo, ausencia de una mano, mala visión, sordera, retraso mental, etc.
- El segundo nivel o discapacidades, que son las consecuencias que la enfermedad produce a nivel de la persona. Por ejemplo, dificultad para subir escaleras, para comunicarse, para realizar las tareas del hogar, etc.
- El tercer nivel son las minusvalías, que recogen las consecuencias que la enfermedad produce a nivel social, es decir, las desventajas que la enfermedad origina en el individuo en su relación con las demás personas que forman su entorno, debido a la dificultad de cumplir las normas o costumbres que impone la sociedad.

El estudio se inició por el segundo nivel de consecuencia de la enfermedad o discapacidades. Una vez identificadas las personas con alguna discapacidad, se realizaba una entrevista y se cumplimentaba para cada una el cuestionario de discapacidades y deficiencias.

1.3.2. DISCAPACIDADES

Se entiende como discapacidad, a efectos de la Encuesta,

toda limitación grave que afecte o se espere que vaya a afectar durante más de 1 año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia. Se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas¹.

Para la identificación de la población discapacitada se estableció un listado de 36 actividades básicas de la vida cotidiana clasificando a la persona como discapacitada cuando ésta considera que está limitada gravemente para realizar alguna de estas actividades. Para cada persona se recogen todas las discapacidades que padece, independientemente de que estén o no relacionadas entre sí.

Esas actividades básicas se agrupan, a su vez, en diez categorías que se corresponden con los grupos de discapacidades generales sobre los que aporta información la encuesta:

1. Ver

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes de visión, ya sea de lejos o de cerca. A diferencia de todos los demás casos de discapacidades, dentro de las que son subsanables por medio de ayudas técnicas externas, este grupo sólo recoge aquellas limitaciones importantes que no han sido superadas mediante el uso de gafas o lentillas sea cual fuere la causa.

¹Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Metodología

- 1.1. Percibir cualquier imagen
- 1.2. Realizar tareas visuales de conjunto
- 1.3. Realizar tareas visuales de detalle
- 1.4. Ver en condiciones de iluminación pobres, diferenciar colores, etc.

2. Oír

- 2.1. Recibir cualquier sonido
- 2.2. Audición de sonidos fuertes
- 2.3. Escuchar el habla

3. Comunicarse

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para formular y entender mensajes verbales y no verbales (expresión facial, gestos, signos, etc.)

- 3.1. Comunicarse a través del habla
- 3.2. Comunicarse a través de lenguajes alternativos
- 3.3. Comunicarse a través de gestos no signados
- 3.4. Comunicarse a través de escritura-lectura convencional

4. Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para adquirir y aplicar conocimientos (a través tanto de instrucciones como por propia experiencia), debidas exclusivamente a la existencia de deficiencias cognitivas y/o intelectuales.

- 4.1. Reconocer personas y objetos, y orientarse
- 4.2. Recordar informaciones y episodios
- 4.3. Entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas
- 4.4. Entender y ejecutar órdenes y/o tareas complejas

5. Desplazarse

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para desarrollar los movimientos básicos del cuerpo debido tanto a deficiencias físicas como psíquicas.

- 5.1. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
- 5.2. Levantarse, acostarse
- 5.3. Desplazarse dentro del hogar

6. Utilizar brazos y manos

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para mover y manipular objetos con los miembros superiores debido tanto a deficiencias físicas como psíquicas.

- 6.1. Trasladar objetos no muy pesados
- 6.2. Utilizar utensilios y herramientas
- 6.3. Manipular objetos pequeños con manos y dedos

7. Desplazarse fuera del hogar

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para desarrollar actividades que se requieran para que la persona pueda moverse en el entorno de su ambiente habitual (incluye personas en silla de ruedas).

- 7.1. Deambular sin medio de transporte
- 7.2. Desplazarse en transporte público
- 7.3. Conducir vehículo propio (entre 18 y 75 años)

8. Cuidar de sí mismo

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para realizar actividades de la vida diaria de autocuidado e higiene personal.

- 8.1. Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto
- 8.2. Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio
- 8.3. Vestirse-desvestirse y arreglarse
- 8.4. Comer y beber

9. Realizar las tareas del hogar (mayores de 10 años)

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para realizar las actividades de la vida diaria que tengan por objeto obtener y cubrir las necesidades de mantenimiento y cuidado del hogar.

- 9.1. Hacer compras y controlar los suministros y servicios
- 9.2. Cuidar de las comidas
- 9.3. Limpieza y cuidado de la ropa
- 9.4. Limpieza y mantenimiento de la casa
- 9.5. Cuidar del bienestar del resto de la familia

10. Relacionarse con otras personas

Se refiere a personas con dificultades graves o importantes relacionadas con las conductas interpersonales, bien sea en la familia o fuera de ella.

- 10.1. Mantener relaciones de cariño con familiares
- 10.2. Hacer nuevos amigos y mantener la amistad
- 10.3. Relacionarse con compañeros, jefes, etc.

1.3.3. LIMITACIONES

Para los niños menores de 6 años, se prescinde del estudio de las discapacidades propiamente dichas dada la dificultad que tiene su detección. En efecto, puede haber sido diagnosticada alguna enfermedad que haya dado origen a una deficiencia pero que no se haya traducido en discapacidad alguna debido a la corta edad del niño o niña, aunque en el futuro pudiera derivar en discapacidades.

Por ello, para este grupo se investiga un conjunto de limitaciones para realizar las actividades propias de edades tempranas que puedan considerarse indicativas de discapacidades futuras, como, por ejemplo, dificultad para mantenerse sentado o de pie, si el niño tiene una edad superior a 6 meses o dificultad para nombrar un objeto.

Se considera una limitación a efectos de esta encuesta, toda dificultad grave o importante que afecte a niños menores de 6 años y tenga su origen en una deficiencia.

Las categorías de limitaciones consideradas para los menores de 6 años son:

1. Retrasos importantes para mantenerse sentado, de pie o empezar a caminar

Se considera que la edad normal de un niño para mantenerse sentado es de nueve meses, para mantenerse de pie de doce meses y para empezar a caminar de dieciocho meses.

2. Dificultades importantes para ver

3. Ceguera total

Se refiere a aquellos niños que tienen una discapacidad para percibir cualquier imagen.

4. Dificultades importantes para oír

5. Sordera total

Se refiere a aquellos niños que tienen una limitación para percibir cualquier sonido.

6. Dificultades para mover los brazos o debilidad o rigidez en los brazos

7. Dificultades para caminar o debilidad o rigidez en las piernas

Debilidad entendida como una falta importante de fuerza. Se refiere a aquellos niños que tienen gran dificultad para elevar brazos o piernas, para levantar objetos o para ponerse de pie, gatear, etc. como consecuencia, por ejemplo, de una distrofia muscular.

Rigidez en brazos o piernas. Se refiere a aquellos niños que tienen continuamente los músculos contraídos (agarrotados), con grave dificultad para relajarlos. Por ejemplo, un niño que presente continuamente los puños cerrados y muy apretados sin poder abrir la mano como consecuencia, por ejemplo, de lesiones del sistema nervioso (como por ejemplo parálisis cerebral) presentará la limitación 6. Asimismo, un niño que se desplace continuamente de forma no coordinada (como consecuencia de la rigidez de los músculos de las piernas) presentará la limitación 7.

8. Ataques, rigidez del cuerpo o pérdida de conocimiento

Ataque o convulsión. Se refiere a aquellos niños que tienen

contracciones violentas e involuntarias de los músculos voluntarios, a consecuencia de las cuales producen movimientos irregulares localizados o generalizados. Ejemplos de convulsiones crónicas o recidivas son las producidas por la epilepsia en algunas de sus variantes, tumores intracraneales, hipoglucemias o malformaciones, etc.

Se recogerán aquellos ataques que se han repetido en varias ocasiones y no aquellos otros que se hayan producido una única vez (convulsiones febriles, convulsiones por tétanos, etc.) y que con un tratamiento adecuado han remitido. Si la enfermedad que ha producido estas convulsiones, que se han dado una sola vez, es importante y necesita cuidados o atenciones especiales, quedará recogida en la limitación 14.

9. Dificultades para hacer las cosas como los demás niños de su edad

10. Dificultades por ser un niño lento o estar alicaído
Se considera que un niño está *alicaído* cuando frecuentemente se encuentra triste, deprimido, ausente, retraído, pasivo o excesivamente sumiso.

Se considera que un niño es *lento* cuando presenta lentitud en las respuestas a los estímulos físicos o psíquicos (afectividad, relaciones con otros niños de su edad o con sus familiares, etc.) ya que estos comportamientos pueden ser indicativos de enfermedades como autismos o retrasos mentales.

11. Dificultades para comprender órdenes sencillas
Se refiere a niños que tienen dificultad para comprender órdenes sencillas, acordes con su edad.

Un niño de 2 años debe saber contestar a la pregunta ¿cómo te llamas?, así como señalar objetos como un chupete, un abrigo, un vaso, etc. cuando se le ordena.

Un niño de 3 años debe conocer y decir su nombre, cuando se le pregunta.

Un niño de 4 años debe saber contestar cuando se le pregunta qué hace, si tiene hambre o sueño.

Un niño de 5 años debe saber responder acerca del uso que se le da a determinados objetos (tenedor, cuchillo, cuchara, lápiz, muñecos, etc.).

12. Dificultad para nombrar un objeto

13. Hablar con dificultad

14. Problemas o enfermedades diagnosticadas que precisen de cuidados o atenciones especiales

Se recogen en este apartado aquellos problemas que el niño lleva padeciendo un año o más o se espera que su duración sea superior a un año. Se refiere a aquellas limitaciones producidas por enfermedades como retrasos mentales, epilepsias, parálisis, parálisis cerebral infantil, tumores, secuelas de enfermedades infecciosas encefalitis, alteraciones metabólicas congénitas fenilcetonuria, glucogenosis, hijos de madres diabéticas, trombosis, hemorragias cerebrales, etc.

1.3.4. DEFICIENCIAS

Se considera deficiencia a efectos de la EDDES-99 cualquier pérdida o anomalía de un órgano, o de la función propia de ese órgano, que haya dado lugar a una o varias discapacidades.

Las deficiencias que han dado origen a las discapacidades también se clasifican en tipos y categorías, de acuerdo con el siguiente esquema:

1. Deficiencias mentales

- 1.1. Retraso madurativo
 - 1.2. Retraso mental profundo y severo
 - 1.3. Retraso mental moderado
 - 1.4. Retraso mental leve y límite
 - 1.5. Demencias
 - 1.6. Otros trastornos mentales
2. Deficiencias visuales
- 2.1. Ceguera total
 - 2.2. Mala visión
3. Deficiencias del oído
- 3.1. Sordera prelocutiva
 - 3.2. Sordera poslocutiva
 - 3.3. Mala audición
 - 3.4. Trastornos del equilibrio
4. Deficiencias del lenguaje, habla y voz
- 4.1. Mudez (no por sordera)
 - 4.2. Habla dificultosa o incomprensible
5. Deficiencias osteoarticulares
- 5.1. Cabeza
 - 5.2. Columna vertebral
 - 5.3. Extremidades superiores
 - 5.4. Extremidades inferiores
6. Deficiencias del sistema nervioso
- 6.1. Parálisis de una extremidad superior
 - 6.2. Parálisis de una extremidad inferior
 - 6.3. Paraplejía
 - 6.4. Tetraplejía
 - 6.5. Trastornos de la coordinación de movimientos
 - 6.6. Otras deficiencias del sistema nervioso
7. Deficiencias viscerales
- 7.1. Aparato respiratorio
 - 7.2. Aparato cardiovascular
 - 7.3. Aparato digestivo

- 7.4. Aparato genitourinario
- 7.5. Sistema endocrino metabólico
- 7.6. Sistema hematopoyético y sistema inmunitario
- 7.5. Sistema endocrino-metabólico
- 7.6. Sistema hematopoyético y sistema inmunitario

8. Otras deficiencias

- 8.1. Piel
- 8.2. Deficiencias múltiples
- 8.3. Deficiencias no clasificadas en otra parte

1.3.5. SEVERIDAD DE LA DISCAPACIDAD

La severidad de la discapacidad hace referencia al grado de dificultad que tiene la persona para realizar una determinada actividad, sin ayuda (si no la recibe) o con ayudas (en el caso de que las reciba).

1. Moderada

Se considera que una persona presenta una discapacidad moderada si realiza la actividad sin dificultad alguna debido a que recibe ayuda o la realiza con un grado de dificultad moderada.

2. Severa

Se considera que una persona tiene una discapacidad severa si realiza la actividad con gran dificultad.

3. Total

Se considera que una persona tiene una discapacidad total si no puede realizar la actividad.

1.3.6. NIVEL EDUCATIVO DE LOS MENORES CON DISCAPACIDAD

La EDDES-99 recoge información sobre los estudios reglados de más alto nivel completados por las personas de diez y más años. En el caso de que una persona haya cursado estudios de un cierto nivel sin haber llegado a finalizarlos, se la considera incluida en el nivel anterior.

Se distinguen las siguientes categorías de estudios reglados:

- Analfabeto por problemas físicos o psíquicos
- Analfabeto por otras causas
- Sin estudios
- Estudios primarios o equivalentes
- Enseñanza general secundaria, 1^{er} ciclo (actual ESO, 1^{er} ciclo)
- Enseñanza profesional de 2^o grado, 2^o ciclo (actual ciclo formativo grado medio)
- Enseñanza general secundaria, 2^o ciclo (actual ESO, 2^o ciclo–Bachillerato)
- Enseñanzas profesionales superiores (actual ciclo formativo grado superior)
- Estudios universitarios o equivalentes

1.3.7. ENFERMEDADES CRÓNICAS

En la EDDES-99 se recogen exclusivamente las enfermedades diagnosticadas. No se recogen aquellas que el sujeto cree o considera que puede padecer y que no cuentan con certificación médica.

Se incluyen las enfermedades siguientes:

Espina bífida/hidrocefalia, síndrome de Down, autismo, hemofilia, parálisis cerebral, reumatismo craneoencefálico, enfermedad mental, sida, retinosis pigmentaria, artritis reumatoide espondilitis anquilopoyética, distrofia muscular, esclerosis lateral o múltiple, infarto de miocardio/ cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares, demencia/alzheimer y parkinson.

1.3.8. DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA EAS-99

La Encuesta Andaluza de Salud no fue diseñada específicamente para estudiar la prevalencia de la discapacidad; sin embargo se introdujo en el cuestionario de hogar la siguiente pregunta, que recogía información

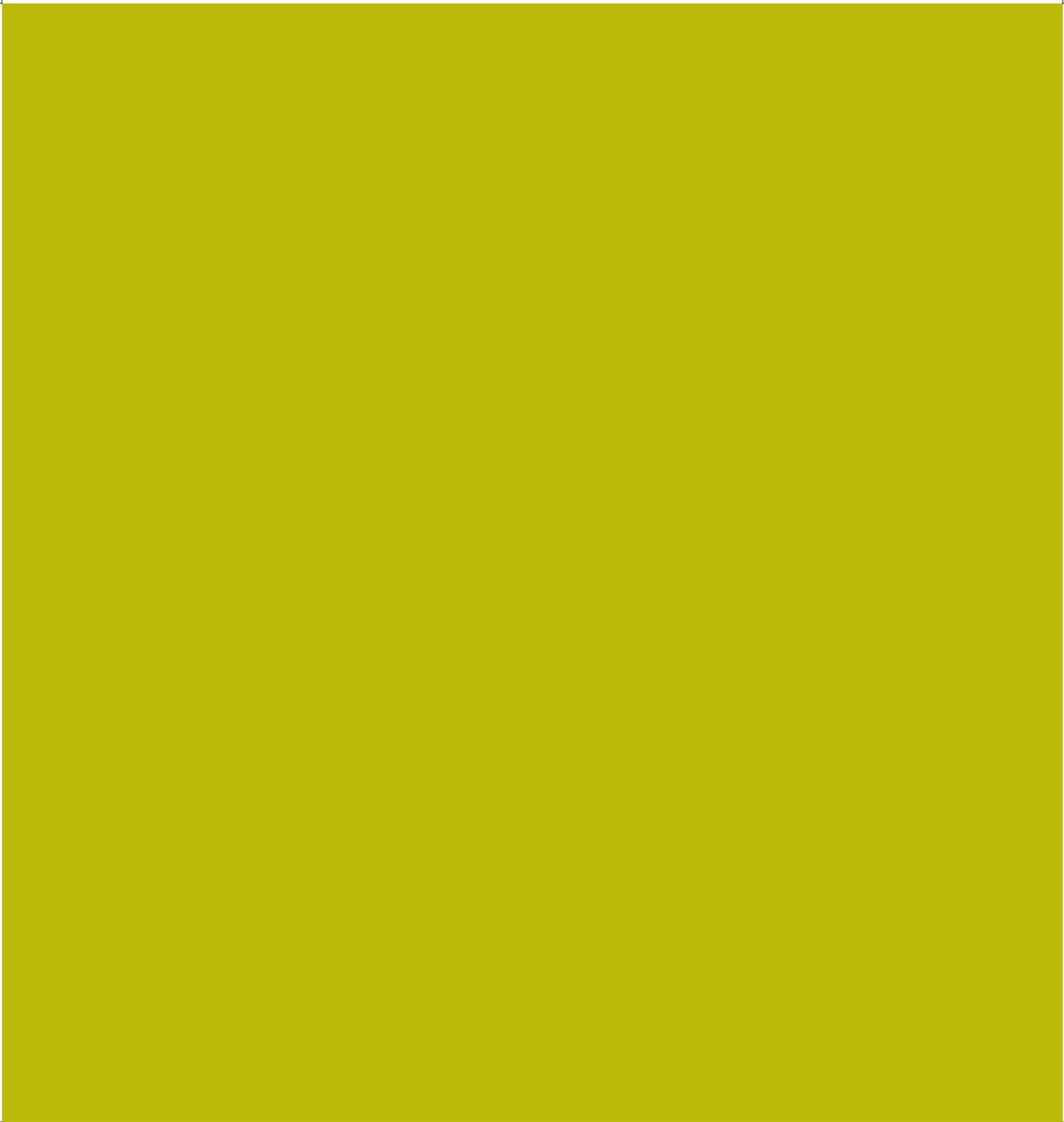
de todos los miembros del hogar, independientemente de si eran o no entrevistados.

¿Padece alguna de las siguientes limitaciones o minusvalías que le impidan realizar con normalidad las actividades de la vida familiar, social o laboral?

1. Enfermedad crónica
2. Problemas de nervios, depresión o trastorno mental
3. Limitación, discapacidad o minusvalía física
4. Limitación, discapacidad o minusvalía sensorial
5. Limitación, discapacidad o minusvalía psíquica o mental
6. No padece ninguna limitación o minusvalía

Se consideró que un persona padecía limitación o discapacidad cuando su respuesta fue distinta de la número 6, es decir, no padece ninguna limitación o minusvalía.





1.4. RESULTADOS

1.4.1. POBLACIÓN DE MENORES DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD EN ANDALUCÍA Y ESPAÑA

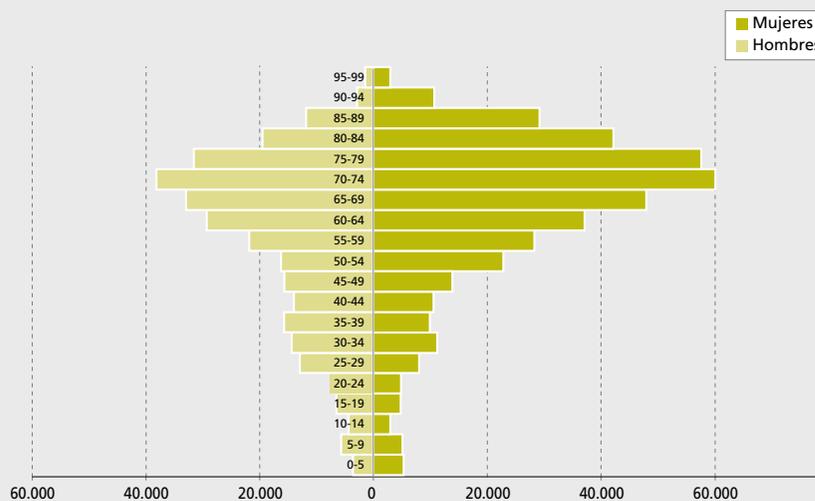
La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES-99) ha permitido estimar que en Andalucía existen aproximadamente 721.361 personas con alguna discapacidad. En términos relativos, esta cifra supone el 10,1% de la población total residente en la Comunidad.

La estimación proporcionada por la EDDES-99 para la población de menores de 18 años en Andalucía ha sido aproximadamente de 32.031 menores con alguna limitación o discapacidad, representando aproximadamente un 2% de la población de menores de 18 años residentes en Andalucía.

La prevalencia de las situaciones de discapacidad está relacionada de forma directa con la edad, este aumento es continuo conforme avanza la edad, y a partir de los 50 años este incremento se acelera de forma notable, siendo más acusado para las mujeres que para los hombres. (Gráfico 1).

La población de menores representa el 21,4% de la población total andaluza; y cuando se habla de discapacidad, los menores representan el 4,4% del total de la discapacidad.

GRÁFICO 1. Pirámide de población con discapacidad en Andalucía



Fuente: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Inebase. Revisión padrón municipal, 1999
Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

Los 32.031 menores con discapacidad o limitación en Andalucía suponen el 23,1% del total de menores en España con discapacidad o limitación. De estos el 39,1% son menores con limitación, de 0 a 5 años, y el 60,9% menores de 6 a 17 años con discapacidad. (Tabla 2).

Las tasas de menores con discapacidad obtenidas son de 19,5 y 18,4 menores por cada 1.000 menores residentes en Andalucía y España respectivamente. (Tablas 2-3; Gráfico 2).

De los 32.031 menores con discapacidad en Andalucía, aproximadamente un 34,6% poseen certificado de discapacidad. Un 17,4% de los menores de 5 años con limitación, y un 46% de los menores de 6 a 17 años con discapacidad están registrados en los centros de valoración. En cuanto a los menores entre 6 y 17 años, las niñas con certificado de discapacidad representan el 38,3%, y los niños el 61,7%.

En la tabla 4 se recoge el grado máximo de severidad que el menor posee para alguna de las discapacidades que padece. En el caso de los menores de 0 a 5 años se recoge el grado máximo de severidad de alguna de las limitaciones que padece.

La severidad de la discapacidad hace referencia al grado de dificultad que el menor tiene para realizar cada actividad sin ayudas o con ayudas (en el caso de que las reciba).

Un 41,6% de los menores entre 6 y 17 años con discapacidad padece un grado máximo de severidad en la discapacidad padecida, es decir 8.108 menores de ese grupo de edad se encuentran con un grado máximo de dificultad en realizar las actividades que les son comunes. (Tabla 4; Gráfico 4).

Andalucía

TABLA 2. MENORES DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO. ANDALUCÍA							
Casos	Número de casos			%	Tasas por 1.000 menores		
	Hombres	Mujeres	Total		Hombres	Mujeres	Total
0-5	5.202	7.328	12.530	39,1	22,8	33,2	27,9
6-11	5.646	4.128	9.774	30,5	19,9	15,4	7,7
12-17	5.684	4.043	9.727	30,4	17,4	13,0	15,2
Total	16.532	15.499	32.031	100	19,7	19,4	19,5

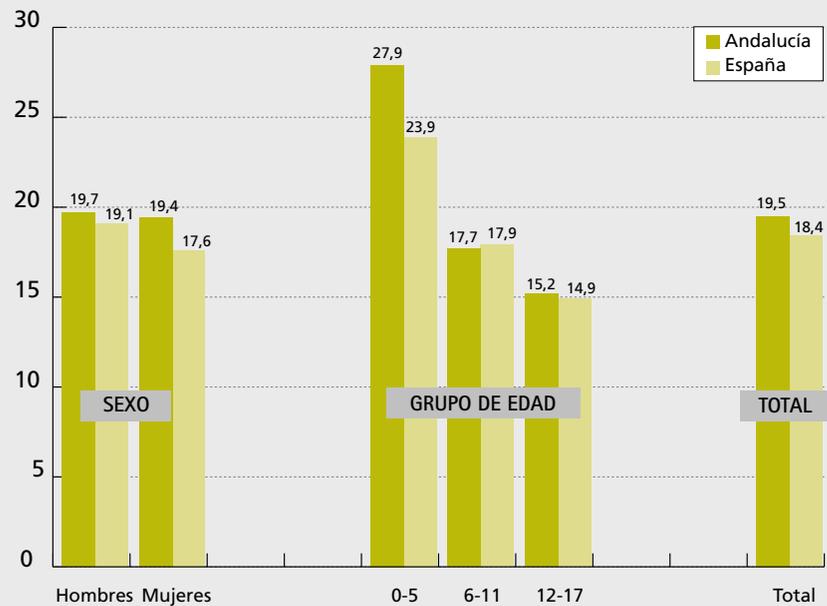
Fuente: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Inebase. Revisión padrón municipal, 1999
Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

TABLA 3. MENORES DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO. ESPAÑA

Casos	Número de casos			%	Tasas por 1.000 menores		
	Hombres	Mujeres	Total		Hombres	Mujeres	Total
0-5	24.723	24.854	49.577	35,7	23,3	24,6	23,9
6-11	20.470	19.162	39.632	28,6	16,1	15,9	17,9
12-17	28.899	20.606	49.505	35,7	18,8	14,1	14,9
Total	74.092	64.622	138.714	100	19,1	17,6	18,4

Fuente: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Inebase. Revisión padrón municipal, 1999
Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

GRÁFICO 2. Discapacidad o limitación en menores de 18 años según sexo, grupo de edad y total. Andalucía y España



Fuente: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Inebase. Revisión padrón municipal, 1999
Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

1.4.2. DISTRIBUCIÓN SEGÚN DISCAPACIDADES, DEFICIENCIAS Y LIMITACIONES

Como se ha comentado anteriormente, la estimación proporcionada por la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (EDDES-99) para los menores de 18 años debe ser tomada con cierta precaución, tanto más cuanto mayor es el nivel de desagregación en que se presentan los resultados. Por esto, se utilizan los resultados de España para reforzar estos resultados obtenidos en Andalucía.

Según el modelo de consecuencias de la enfermedad considerado por la CIDDM, las deficiencias representan el primer nivel de consecuencia de la enfermedad, éstas afectan a las personas generando en ellas discapacidades, segundo nivel de consecuencia de la enfermedad. Entonces, un menor puede padecer más de una deficiencia y a su vez cada una de éstas puede hacer que se encuentre afectado por varias discapacidades o limitaciones, por tanto estos menores con discapacidades múltiples tendrían aún más dificultad para realizar las actividades normales de la vida cotidiana.

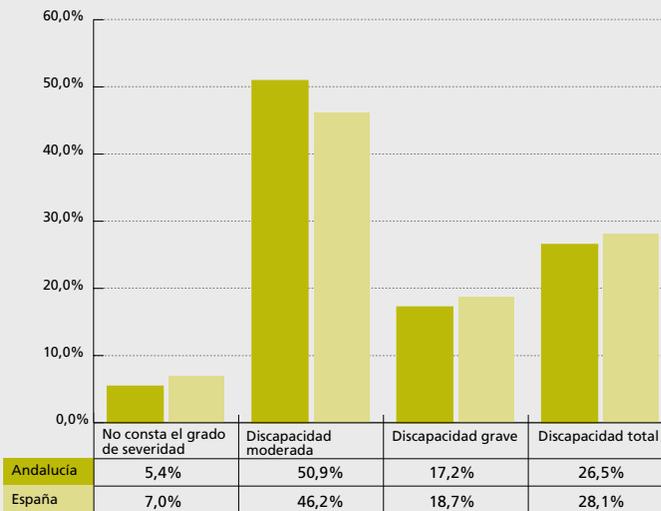
Andalucía

TABLA 4. MENORES DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD O LIMITACIÓN SEGÚN EL GRADO MÁXIMO DE SEVERIDAD. ANDALUCÍA

	Máximo grado de severidad de la discapacidad				Total
	No consta el grado de severidad	Discapacidad moderada	Discapacidad grave	Discapacidad total	
0-5	1.608	8.412	2.143	367	12.530
6-11	-	3.953	1.377	4.444	9.774
12-17	121	3.954	1.988	3.664	9.727
Total	1.729	16.319	5.508	8.475	32.031
	% Máximo grado de severidad de la discapacidad				
0-5	12,9	67,1	17,1	2,9	100
6-11	0,0	40,4	14,1	45,5	100
12-17	1,2	40,6	20,4	37,7	100
<i>Total (6-17)</i>	<i>0,6</i>	<i>40,5</i>	<i>17,3</i>	<i>41,6</i>	100
Total	5,4	50,9	17,2	26,5	100

Fuente: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999
Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

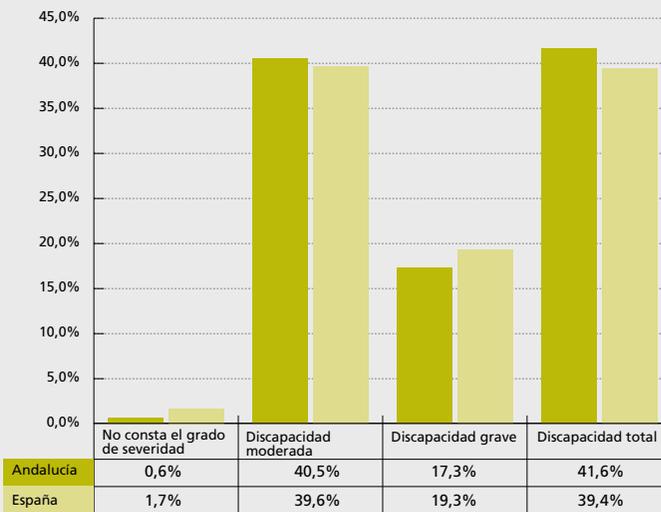
GRÁFICO 3. Menores de 18 años con discapacidad o limitación según el grado máximo de severidad. Andalucía España



Fuente: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999

Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

GRÁFICO 4. Menores de 6 a 17 años con discapacidad o limitación según el grado máximo de severidad. Andalucía España



Fuente: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999

Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

España

DISTRIBUCIÓN POR DISCAPACIDADES. MENORES DE 6 A 17 AÑOS

Las discapacidades más frecuentes en los menores de 6 a 17 años son las que implican desplazamiento, como deambular sin medio de transporte o en transportes públicos (43,0%), comunicación con personas (38,6%), sobre todo a través de lectura o escritura convencional².

Les siguen las discapacidades para realizar tareas del hogar (37,5%) y para el aprendizaje como aprender y desarrollar tareas (34,8%), en especial si presentan cierta complejidad, cuidar de sí mismo (31,7%) y para mantener relaciones de amistad o cariño con otras personas (32,7%).

Las discapacidades relacionadas con la motricidad como moverse, levantarse o acostarse en el hogar (24,8%) o utilizar brazos y manos para trasladar o manipular objetos (26,2%).

Finalmente, las discapacidades para ver (22,2%) y oír (19%). (Tabla 5).

Para España se encuentran resultados similares a los anteriores, salvo en las discapacidades para la comunicación a través del lenguaje que aumentan hasta el 45,1% en los menores y las de moverse dentro del hogar que disminuyen hasta el 17,5% en los menores. (Tabla 6).

Aproximadamente, las discapacidades de desplazamiento fuera del hogar afectarían a 7 de cada 1.000 menores andaluces con edades comprendidas entre 6 y 17 años, las de comunicación a través del lenguaje a 6,3 de cada 1.000, realizar tareas del hogar y aprender y desarrollar tareas a 6,1 y 5,7 menores por cada 1.000 menores andaluces, respectivamente. (Tabla 5; Gráfico 5).

² El lenguaje Braille se considera un lenguaje convencional.

TABLA 5. MENORES DE 6 A 17 AÑOS CON DISCAPACIDAD SEGÚN GRUPO DE DISCAPACIDAD Y GRUPO DE EDAD*. ANDALUCÍA							
	Número de menores				Tasa por 1.000 menores		
	6-11	12-17	Total	%	6-11	12-17	Total
Ambos sexos							
Ver	2.265	2.068	4.333	22,2	4,1	3,2	3,6
Oír	1.614	2.092	3.706	19,0	2,9	3,3	3,1
Comunicarse	3.822	3.716	7.537	38,6	6,9	5,8	6,3
Aprender, aplicar conocim. y desarr. tareas	3.342	3.455	6.796	34,8	6,1	5,4	5,7
Desplazarse	2.603	2.234	4.837	24,8	4,7	3,5	4,1
Utilizar brazos y manos	2.001	3.117	5.118	26,2	3,6	4,9	4,3
Desplazarse fuera del hogar	4.306	4.088	8.394	43,0	7,8	6,4	7,1
Cuidar de sí mismo	3.148	3.036	6.184	31,7	5,7	4,8	5,2
Realizar las tareas del hogar	3.315	3.997	7.312	37,5	6,0	6,3	6,1
Relación con otras personas	3.081	3.304	6.385	32,7	5,6	5,2	5,4
Total	9.774	9.727	19.501	100	17,7	15,2	16,4
	Número de menores				Tasa por 1.000 menores		
Hombres	6-11	12-17	Total	%	6-11	12-17	Total
Ver	1.312	1.202	2.514	22,2	4,6	3,7	4,1
Oír	1.224	1.083	2.307	20,4	4,3	3,3	3,8
Comunicarse	1.672	2.572	4.243	37,5	5,9	7,9	6,9
Aprender, aplicar conocim. y desarr. tareas	1.625	2.127	3.752	33,1	5,7	6,5	6,1
Desplazarse	1.314	1.189	2.503	22,1	4,6	3,6	4,1
Utilizar brazos y manos	836	1.554	2.391	21,1	2,9	4,8	3,9
Desplazarse fuera del hogar	2.357	2.110	4.467	39,4	8,3	6,5	7,3
Cuidar de sí mismo	1.866	1.537	3.403	30,0	6,6	4,7	5,6
Realizar las tareas del hogar	1.939	2.285	4.224	37,3	6,8	7,0	6,9
Relación con otras personas	1.619	1.602	3.220	28,4	5,7	4,9	5,3
Total	5.646	5.684	11.330	100	19,9	17,4	18,6
	Número de menores				Tasa por 1.000 menores		
Mujeres	6-11	12-17	Total	%	6-11	12-17	Total
Ver	953	866	1.819	22,3	3,6	2,8	3,1
Oír	390	1.009	1.399	17,1	1,5	3,2	2,4
Comunicarse	2.150	1.144	3.294	40,3	8,0	3,7	5,7
Aprender, aplicar conocim. y desarr. tareas	1.716	1.328	3.044	37,3	6,4	4,3	5,3
Desplazarse	1.289	1.045	2.334	28,6	4,8	3,4	4,0
Utilizar brazos y manos	1.165	1.563	2.727	33,4	4,3	5,0	4,7
Desplazarse fuera del hogar	1.949	1.978	3.927	48,1	7,3	6,3	6,8
Cuidar de sí mismo	1.282	1.499	2.781	34,0	4,8	4,8	4,8
Realizar las tareas del hogar	1.375	1.713	3.088	37,8	5,1	5,5	5,3
Relación con otras personas	1.462	1.702	3.165	38,7	5,5	5,5	5,5
Total	4.128	4.043	8.171	100	15,4	13,0	14,1

(*) Un menor puede estar en más de un grupo de discapacidad. Fuente: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Inebase. Revisión del padrón municipal. Datos estadísticos 1999. Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

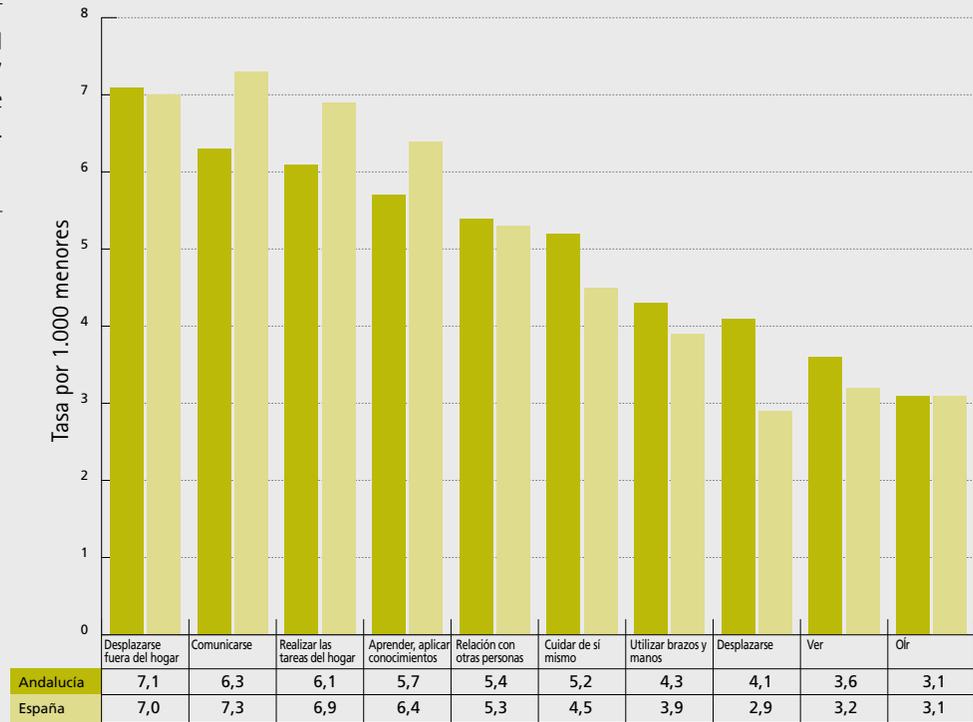
TABLA 6. MENORES DE 6 A 17 AÑOS CON DISCAPACIDAD SEGÚN GRUPO DE DISCAPACIDAD Y GRUPO DE EDAD*. ESPAÑA

	Número de menores				Tasa por 1.000 menores		
	6-11	12-17	Total	%	6-11	12-17	Total
Ambos sexos							
Ver	8.617	8.896	17.513	19,6	3,5	3,0	3,2
Oír	7.411	9.359	16.770	18,8	3,0	3,1	3,1
Comunicarse	18.192	22.006	40.198	45,1	7,3	7,4	7,3
Aprender, aplicar conocim. y desarr. tareas	12.926	22.260	35.185	39,5	5,2	7,4	6,4
Desplazarse	7.518	8.123	15.641	17,5	3,0	2,7	2,9
Utilizar brazos y manos	9.021	12.278	21.299	23,9	3,6	4,1	3,9
Desplazarse fuera del hogar	14.946	23.273	38.218	42,9	6,0	7,8	7,0
Cuidar de sí mismo	12.276	12.499	24.775	27,8	5,0	4,2	4,5
Realizar las tareas del hogar	12.309	25.222	37.531	42,1	5,0	8,4	6,9
Relación con otras personas	11.470	17.544	29.014	32,5	4,6	5,9	5,3
Total	39.632	49.505	89.137	100	16,0	16,5	16,3
Hombres							
Ver	4.756	5.302	10.058	20,4	3,7	3,5	3,6
Oír	3.355	5.097	8.452	17,1	2,6	3,3	3,0
Comunicarse	7.774	14.079	21.853	44,3	6,1	9,2	7,8
Aprender, aplicar conocim. y desarr. tareas	5.598	13.067	18.665	37,8	4,4	8,5	6,6
Desplazarse	3.867	5.044	8.912	18,1	3,0	3,3	3,2
Utilizar brazos y manos	4.074	7.366	11.440	23,2	3,2	4,8	4,1
Desplazarse fuera del hogar	7.370	13.359	20.729	42,0	5,8	8,7	7,4
Cuidar de sí mismo	5.957	7.351	13.308	27,0	4,7	4,8	4,7
Realizar las tareas del hogar	5.027	14.459	19.485	39,5	3,9	9,4	6,9
Relación con otras personas	4.888	9.520	14.408	29,2	3,8	6,2	5,1
Total	20.470	28.899	49.369	100	16,1	18,8	17,6
Mujeres							
Ver	3.861	3.594	7.455	18,7	3,2	2,5	2,8
Oír	4.056	4.262	8.318	20,9	3,4	2,9	3,1
Comunicarse	10.417	7.928	18.345	46,1	8,7	5,4	6,9
Aprender, aplicar conocim. y desarr. tareas	7.328	9.193	16.520	41,5	6,1	6,3	6,2
Desplazarse	3.651	3.079	6.729	16,9	3,0	2,1	2,5
Utilizar brazos y manos	4.947	4.911	9.859	24,8	4,1	3,4	3,7
Desplazarse fuera del hogar	7.575	9.913	17.489	44,0	6,3	6,8	6,6
Cuidar de sí mismo	6.319	5.147	11.467	28,8	5,2	3,5	4,3
Realizar las tareas del hogar	7.283	10.763	18.046	45,4	6,0	7,4	6,8
Relación con otras personas	6.582	8.024	14.606	36,7	5,5	5,5	5,5
Total	19.162	20.606	39.768	100	15,9	14,1	14,9

(*) Un menor puede estar en más de un grupo de discapacidad.

Fuente: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Inebase. Revisión del padrón municipal. Datos estadísticos 1999.
Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

GRÁFICO 5. Discapacidad en menores de 6 a 17 años según grupo de discapacidad y sexo*. Andalucía y España



(* Un menor puede estar en más de un grupo de discapacidad.

Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. INE.Inebase. Revisión del padrón municipal. Datos estadísticos 1999

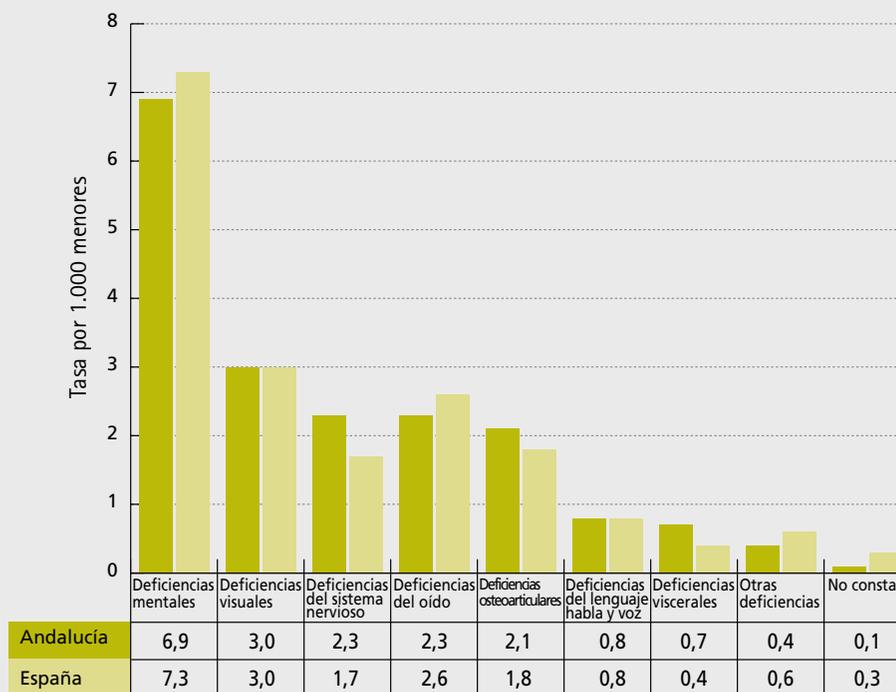
Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

DISTRIBUCIÓN POR DEFICIENCIAS. MENORES DE 6 A 17 AÑOS

Las deficiencias más frecuentes entre los menores andaluces son las deficiencias mentales, presentes en un 42% de los menores con discapacidad. A continuación, las deficiencias visuales en un 18,2%, y las auditivas y del sistema nervioso presentes en un 14,2% cada una y las osteoarticulares en un 12,7% de los menores aproximadamente. (Tablas 7 y 8).

Las deficiencias mentales estarían presentes en 7 de cada 1.000 menores andaluces con edades comprendidas entre 6 y 17 años, 3 de cada 1.000 padecerían alguna deficiencia visual, así como 2,3 de cada 1.000 estarían afectados por deficiencias auditivas y/o del sistema nervioso. (Gráfico 6).

GRÁFICO 6. Deficiencias en menores de 6 a 17 años según grupo de deficiencia de origen de la discapacidad y sexo*. Andalucía y España



(*) Un menor puede estar en más de un grupo de discapacidad.

Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. INE. Inebase. Revisión del padrón municipal. Datos estadísticos 1999.

Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

TABLA 7. MENORES DE 6 A 17 AÑOS CON DISCAPACIDAD SEGÚN DEFICIENCIA DE ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD, GRUPO DE EDAD Y SEXO. ANDALUCÍA

Grupo de deficiencia origen*	Número de casos						Tasas por 1.000 menores			
	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%	Hombres	Mujeres	Total	
Def. Mentales	4.703	41,5	3.495	42,8	8.198	42,0	7,7	6,0	6,9	
Def. Visuales	2.302	20,3	1.256	15,4	3.558	18,2	3,8	2,2	3,0	
Def. del Oído	1.760	15,5	1.012	12,4	2.773	14,2	2,9	1,7	2,3	
Def. del Lenguaje, Habla y Voz	169	1,5	820	10,0	989	5,1	0,3	1,4	0,8	
Def. Osteoarticulares	1.567	13,8	902	11,0	2.470	12,7	2,6	1,6	2,1	
Def. del S. Nervioso	1.371	12,1	1.406	17,2	2.777	14,2	2,2	2,4	2,3	
Def. Viscerales	340	3,0	440	5,4	780	4,0	0,6	0,8	0,7	
Otras Deficiencias	41	0,4	414	5,1	455	2,3	0,1	0,7	0,4	
No consta	121	1,1	-	-	121	0,6	0,2	-	0,1	
Total	11.330	100	8.171	100	19.501	100	18,6	14,1	16,4	

(*) Un menor puede estar en más de un grupo de discapacidad.

Fuentes: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Inebase

Revisión del padrón municipal. Datos estadísticos 1999

Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

TABLA 8. MENORES DE 6 A 17 AÑOS CON DISCAPACIDAD SEGÚN DEFICIENCIA DE ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD, GRUPO DE EDAD Y SEXO. ESPAÑA

Grupo de deficiencia origen*	Número de casos						Tasas por 1.000 menores			
	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%	Hombres	Mujeres	Total	
Def. Mentales	20.775	42,1	19.257	48,4	40.032	44,9	7,4	7,2	7,3	
Def. Visuales	9.446	19,1	6.892	17,3	16.338	18,3	3,4	2,6	3,0	
Def. del Oído	7.377	14,9	6.777	17,0	14.155	15,9	2,6	2,5	2,6	
Def. del Lenguaje, Habla y Voz	3.171	6,4	1.214	3,1	4.386	4,9	1,1	0,5	0,8	
Def. Osteoarticulares	6.289	12,7	3.736	9,4	10.024	11,2	2,2	1,4	1,8	
Def. del S. Nervioso	5.864	11,9	3.709	9,3	9.572	10,7	2,1	1,4	1,7	
Def. Viscerales	700	1,4	1.299	3,3	1.998	2,2	0,2	0,5	0,4	
Otras Deficiencias	1.582	3,2	1.912	4,8	3.494	3,9	0,6	0,7	0,6	
No consta	1.216	2,5	260	0,7	1.476	1,7	0,4	0,1	0,3	
Total	49.369	100	39.768	100	89.137	100	17,6	14,9	16,3	

(*) Un menor puede estar en más de un grupo de discapacidad

Fuentes: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Inebase

Revisión del padrón municipal. Datos estadísticos 1999

Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

DISTRIBUCIÓN POR LIMITACIONES Y DEFICIENCIAS.
MENORES DE 0 A 5 AÑOS

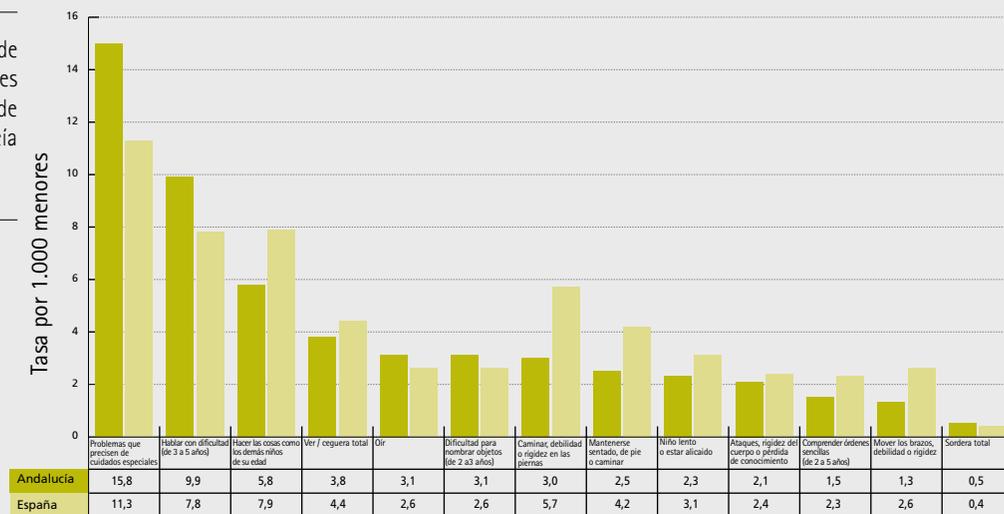
TABLA 9. MENORES DE 6 AÑOS CON LIMITACIÓN POR TIPO DE LIMITACIÓN. ANDALUCÍA Y ESPAÑA						
Tipo de limitación*	Andalucía			España		
	Casos	%	Tasa (x 1.000)	Casos	%	Tasa (x 1.000)
Mantenerse sentado, de pie o caminar	1.134	9,1	2,5	8.805	17,8	4,2
Ver o ceguera total	1.690	13,5	3,8	9.146	18,4	4,4
Oír	1.414	11,3	3,1	5.302	10,7	2,6
Sordera total	233	1,9	0,5	922	1,9	0,4
Mover los brazos, debilidad o rigidez	593	4,7	1,3	5.324	10,7	2,6
Caminar, debilidad o rigidez en las piernas	1.360	10,9	3,0	11.810	23,8	5,7
Ataques, rigidez del cuerpo o pérdida de conocimiento	929	7,4	2,1	4.951	10,0	2,4
Hacer las cosas como los demás niños de su edad	2.607	20,8	5,8	16.289	32,9	7,9
Niño lento o estar alicaído	1.021	8,1	2,3	6.383	12,9	3,1
Comprender órdenes sencillas (2 a 5 años)	669	5,3	1,5	4.717	9,5	2,3
Dificultad para nombrar un objeto (2 a 3 años)	1.411	11,3	3,1	5.372	10,8	2,6
Hablar con dificultad (3 a 5 años)	4.456	35,6	9,9	16.076	32,4	7,8
Problemas que precisen cuidados especiales	7.104	56,7	15,8	23.480	47,4	11,3
Total	12.530	100	27,9	49.577	100	23,9

(*) Un menor puede estar en más de un grupo de discapacidad. Fuentes: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Inebase
Revisión del padrón municipal. Datos estadísticos 1999
Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

TABLA 10. MENORES DE 6 AÑOS CON LIMITACIÓN POR DEFICIENCIA DE ORIGEN DE LA LIMITACIÓN. ANDALUCÍA Y ESPAÑA						
Deficiencia de origen*	Andalucía			España		
	Casos	%	Tasa (x 1.000)	Casos	%	Tasa (x 1.000)
Deficiencias Mentales	1.788	14,3	4,0	9.273	18,7	4,5
Deficiencias Visuales	1.690	13,5	3,8	7.250	14,6	3,5
Deficiencias del Oído	1.379	11,0	3,1	4.901	9,9	2,4
Deficiencias del Lenguaje, Habla y Voz	1.491	11,9	3,3	5.883	11,9	2,8
Deficiencias Osteoarticulares	1.056	8,4	2,4	5.846	11,8	2,8
Deficiencias del S. Nervioso	681	5,4	1,5	4.880	9,8	2,4
Deficiencias Viscerales	2.899	23,1	6,5	9.357	18,9	4,5
Otras Deficiencias	781	6,2	1,7	2.514	5,1	1,2
No consta	1.611	12,9	3,6	8.268	16,7	4,0
Total	12.530	100	27,9	49.577	100	23,9

(*) Un menor puede estar en más de un grupo de discapacidad. Fuentes: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Inebase
Revisión del padrón municipal. Datos estadísticos 1999
Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

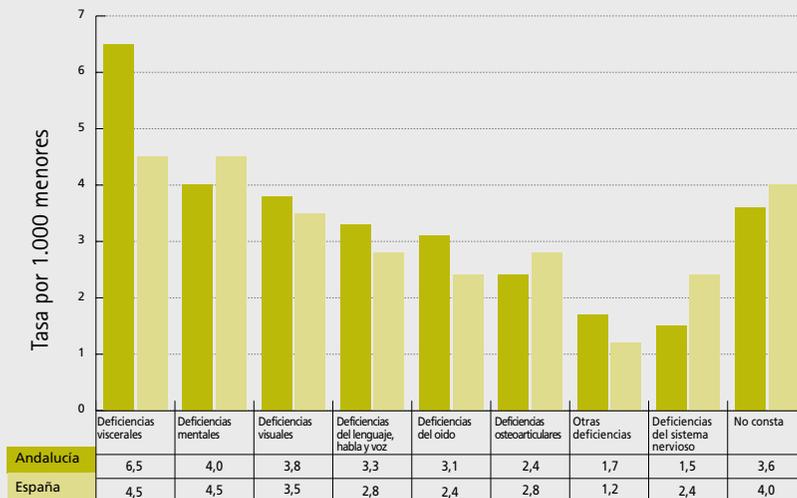
GRÁFICO 7. Tasas de limitación en menores de 6 años por tipo de limitación*. Andalucía y España



(*) Un menor puede estar en más de un grupo de discapacidad.

Fuentes: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Inebase. Revisión del padrón municipal. Datos estadísticos 1999
Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

GRÁFICO 8. Deficiencias en menores de 6 años con limitación según deficiencia de origen de la limitación*. Andalucía y España



(*) Un menor puede estar en más de un grupo de discapacidad

Fuentes: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Inebase. Revisión del padrón municipal. Datos estadísticos 1999
Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE DISCAPACIDAD

TABLA 11. MENORES DE 6 A 17 AÑOS CON DISCAPACIDAD SEGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD. ANDALUCÍA Y ESPAÑA

Tipo de discapacidad*	Casos	Andalucía %	Tasa (x 1.000)	Casos	España %	Tasa (x1.000)
Ver	4.333	22,2	3,6	17.513	19,6	3,2
Tareas visuales de conjunto	1.557	8,0	1,3	9.321	10,5	1,7
Tareas visuales de detalle	1.556	8,0	1,3	7.113	8,0	1,3
Recibir imágenes	1.296	6,6	1,1	2.098	2,4	0,4
Otros problemas de visión	1.164	6,0	1,0	4.998	5,6	0,9
Oír	3.706	19,0	3,1	16.770	18,8	3,1
Escuchar el habla	2.722	14,0	2,3	14.071	15,8	2,6
Recibir cualquier sonido	984	5,0	0,8	2.582	2,9	0,5
Oír sonidos fuertes	565	2,9	0,5	3.511	3,9	0,6
Comunicarse	7.537	38,6	6,3	40.198	45,1	7,3
Escritura-lectura convencional	6.234	32,0	5,2	32.990	37,0	6,0
Lenguajes alternativos	2.512	12,9	2,1	12.220	13,7	2,2
Hablar	2.024	10,4	1,7	9.431	10,6	1,7
Gestos no signados	1.914	9,8	1,6	7.019	7,9	1,3
Aprender y desarrollar tareas	6.796	34,8	5,7	35.185	39,5	6,4
Entender y desarr. tareas complejas	6.796	34,8	5,7	32.754	36,7	6,0
Recordar informaciones	4.368	22,4	3,7	17.576	19,7	3,2
Entender y desarr. tareas sencillas	3.458	17,7	2,9	9.896	11,1	1,8
Reconocer y orientarse	2.964	15,2	2,5	10.134	11,4	1,9
Desplazarse	4.837	24,8	4,1	15.641	17,5	2,9
Levantarse, acostarse, estar de pie	3.813	19,6	3,2	13.475	15,1	2,5
Controlar las posiciones del cuerpo	3.524	18,1	3,0	9.567	10,7	1,7
Desplazarse dentro del hogar	3.685	18,9	3,1	12.449	14,0	2,3
Utilizar brazos y manos	5.118	26,2	4,3	21.299	23,9	3,9
Utilizar utensilios y herramientas	4.232	21,7	3,6	15.688	17,6	2,9
Trasladar objetos no muy pesados	3.877	19,9	3,3	13.101	14,7	2,4
Manipular objetos pequeños	3.981	20,4	3,3	16.238	18,2	3,0
Desplazarse fuera del hogar	8.394	43,0	7,1	38.218	42,9	7,0
Usar transporte público	8.192	42,0	6,9	37.028	41,5	6,8
Moverse sin medio de transporte	6.382	32,7	5,4	26.423	29,6	4,8
Cuidar de sí mismo	6.184	31,7	5,2	24.775	27,8	4,5
Vestirse y arreglarse	6.101	31,3	5,1	21.643	24,3	4,0
Asearse solo	5.562	28,5	4,7	21.286	23,9	3,9
Usar el servicio solo	3.583	18,4	3,0	13.264	14,9	2,4
Comer y beber	3.294	16,9	2,8	11.536	12,9	2,1
Realizar las tareas del hogar	7.312	37,5	6,1	37.531	42,1	6,9
Compras y control de suministros	5.673	29,1	4,8	29.984	33,6	5,5
Cuidar de las comidas	4.575	23,5	3,8	20.115	22,6	3,7
Cuidar del resto de la familia	4.130	21,2	3,5	20.981	23,5	3,8
Cuidado de la ropa	3.818	19,6	3,2	18.585	20,8	3,4
Limpieza de la casa	3.520	18,0	3,0	19.202	21,5	3,5
Relacionarse con otras personas	6.385	32,7	5,4	29.014	32,5	5,3
Relacionarse con compañeros	5.692	29,2	4,8	25.442	28,5	4,7
Relacionarse y mantener amistad	5.504	28,2	4,6	23.959	26,9	4,4
Relaciones de cariño con familiares	2.106	10,8	1,8	6.243	7,0	1,1
Total de menores con discapacidad	19.501	100	16,4	89.137	100	16,3

(*) Un menor puede estar en más de un grupo de discapacidad

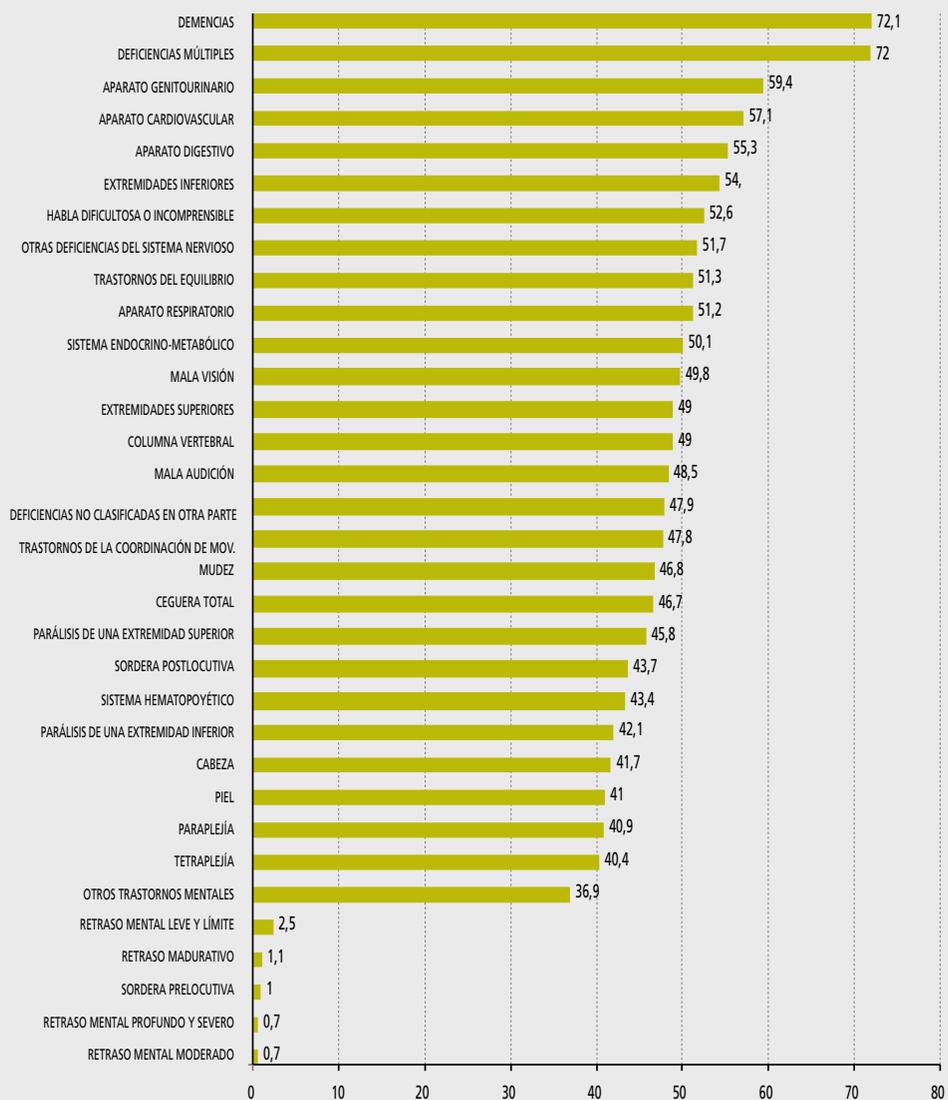
Fuentes: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Inebase

Revisión del padrón municipal. Datos estadísticos 1999

Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

MEDIA DE EDAD PARA LAS DEFICIENCIAS DE ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

Gráfico 9. Edad media de inicio de la deficiencia origen de la discapacidad. Personas de 6 y más años. España, 1999



Fuentes: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Inebase. Revisión del padrón municipal, datos estadístico, 1999
Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

TABLA 12. NÚMERO MEDIO DE DISCAPACIDADES POR PERSONA CAUSADAS POR CADA TIPO DE DEFICIENCIA SEGÚN GRUPO DE EDAD*. ESPAÑA

Ambos sexos	Grupo de edad			Total
	6-17	18 a 64	65 y más	
Deficiencias Mentales	10	10	16	13
Deficiencias Visuales	5	4	7	6
Deficiencias del Oído	3	3	5	5
Deficiencias del Lenguaje, Habla y Voz	6	9	13	11
Deficiencias Osteoarticulares	6	5	7	6
Deficiencias del S. Nervioso	13	10	13	12
Deficiencias Viscerales	5	5	8	7
Otras Deficiencias	6	7	9	9
No consta	7	4	6	6
Total	6	5	7	6
Varones	6-17	18 a 64	65 y más	Total
Deficiencias Mentales	10	10	16	12
Deficiencias Visuales	4	4	6	5
Deficiencias del Oído	4	3	4	4
Deficiencias del Lenguaje, Habla y Voz	5	9	11	10
Deficiencias Osteoarticulares	7	4	6	5
Deficiencias del S. Nervioso	13	11	12	12
Deficiencias Viscerales	8	5	7	6
Otras Deficiencias	5	6	8	8
No consta	8	4	6	5
Total	6	5	6	6
Mujeres	6-17	18 a 64	65 y más	Total
Deficiencias Mentales	10	11	16	14
Deficiencias Visuales	6	4	7	7
Deficiencias del Oído	2	3	6	5
Deficiencias del Lenguaje, Habla y Voz	9	11	15	14
Deficiencias Osteoarticulares	6	5	7	6
Deficiencias del S. Nervioso	14	10	14	12
Deficiencias Viscerales	3	6	8	7
Otras Deficiencias	6	8	9	9
No consta	3	5	7	6
Total	6	5	7	7

(*) Se han considerado los 36 tipos de discapacidad utilizados en la EDD-99

Fuentes: INE. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999

Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

NÚMERO MEDIO DE DISCAPACIDADES SEGÚN GRUPO DE EDAD

Las deficiencias que más discapacidades originan en todos los grupos de edad son las del sistema nervioso y las deficiencias mentales. En los menores de 6 a 17 años, causan una media de 13 y 10 discapacidades por menor afectado, respectivamente. (Tabla 12; Gráfico 10)

1.4.3. NIVEL EDUCATIVO DE LOS MENORES CON DISCAPACIDAD

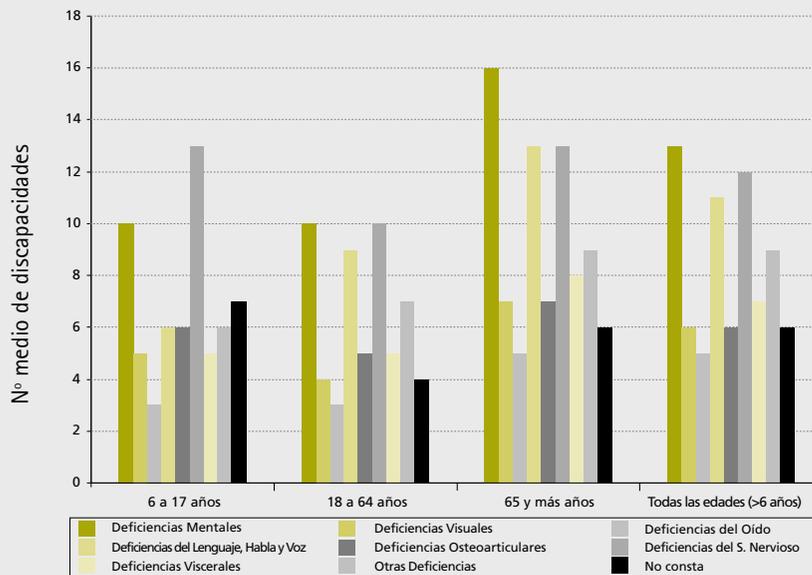
En Andalucía un 48% de las personas con discapacidad son menores de 18 años, y no han finalizado los estudios primarios o son analfabetos (por problemas psíquicos o físicos) frente a un 21% de los menores sin discapacidad.

Igualmente se aprecian diferencias en la enseñanza secundaria (primer y segundo ciclo) donde un 10% de los menores con discapacidad ha finalizado estos estudios con menos de 17 años frente a un 29% de los menores sin discapacidad. Para España el comportamiento es similar al de Andalucía (Gráfico 11).

En cuanto a los menores de Andalucía, debido al poco tamaño muestral, no es posible ofrecer un resultado desglosado por categorías de discapacidad y nivel de estudios, no obstante presentamos este resultado para el total nacional.

Para España los menores con niveles educativos más altos se dan en los grupos de discapacidades sensoriales (oír, ver) y los más bajos entre los grupos de discapacidades de conducta, comunicación y aprendizaje. (Gráfico 12).

GRÁFICO 10. Número medio de discapacidades generadas por tipo de deficiencia según grupo de edad. España



Fuentes: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, Inebase
 Revisión del padrón municipal, datos estadístico, 1999
 Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

1.4.4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS FAMILIAS CON ALGÚN MENOR CON DISCAPACIDAD

En un 44,6% del total de viviendas familiares en Andalucía viven menores de 18 años, y aproximadamente en un 1,4% hay menores con alguna discapacidad o limitación.

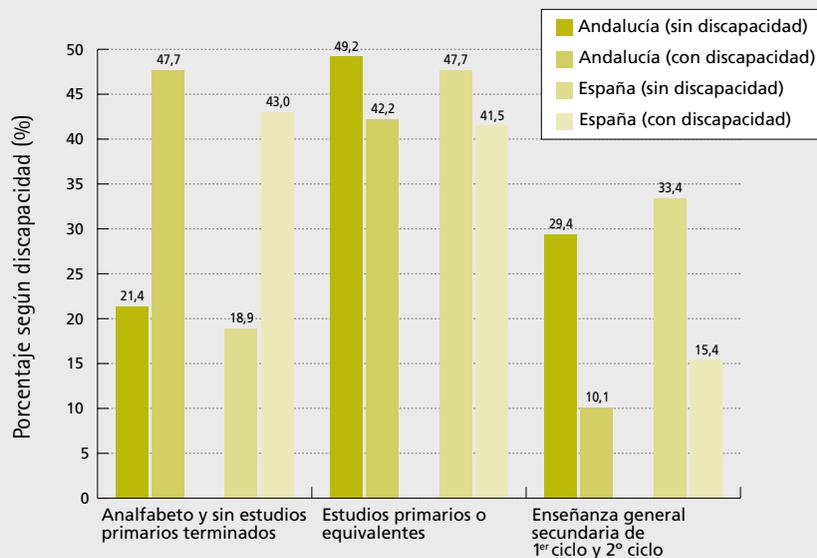
Las familias con menores con discapacidad aparecen con mayor frecuencia cuando el tamaño del municipio de residencia es mayor de 50.000 habitantes, un 55,0% frente al 43,1% cuando las familias no tienen hijos menores con discapacidad. (Tabla 13).

Los hogares con menores en Andalucía están compuestos por una media de 4,26 personas por hogar, y ésta no resulta diferente cuando en el hogar hay menores

con discapacidad. Se observa que el porcentaje de hogares con hasta 3 personas es inferior en hogares con menores con discapacidad, que en hogares con menores sin discapacidad, 14,1% frente a 25,2%. (Tabla 14).

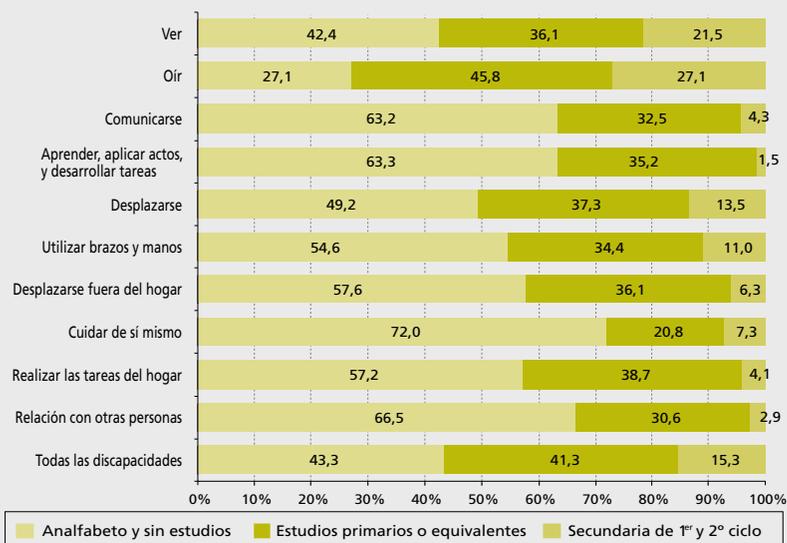
Las características más frecuentes del sustentador principal del hogar con menores, con o sin discapacidad, es el de un varón con edad media de 41 años, casado, con estudios primarios o medios y que trabaja como asalariado en el sector privado. (Tabla 15).

GRÁFICO 11. Mayor nivel de estudios terminado en menores entre 10 y 17 años según padezcan o no alguna limitación o discapacidad. Andalucía y España



Fuentes: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999
Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

GRÁFICO 12. Distribución porcentual del mayor nivel de estudios terminados en menores entre 10 y 17 años con alguna discapacidad por tipo de discapacidad. España



Fuentes: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999
Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

TABLA 13. TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA DE LOS MENORES DE 18 AÑOS. ANDALUCÍA
HOGARES CON ALGÚN MENOR CON DISCAPACIDAD O LIMITACIÓN Y HOGARES CON MENORES SIN DISCAPACIDAD NI LIMITACIÓN

Tamaño del municipio de residencia	Número de hogares con menores de 18 años			Porcentaje		
	Menores con discapa.	Menores sin discapa.	Total	Menores con discapa.	Menores sin discapa.	Total
Hasta 10.000 hab.	6.240	217.414	223.654	20,2	23,3	23,2
Desde 10.001 a 50.000 hab.	7.635	312.733	320.368	24,7	33,6	33,3
Desde 50.001 hasta 500.000 hab.	11.206	255.914	267.120	36,3	27,5	27,8
Más de 500.000 hab.	5.786	145.660	151.446	18,7	15,6	15,7
Total	30.867	931.721	962.588	100	100	100

Fuentes: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999
Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

El cónyuge o pareja suele ser mujer, con edad media de 38 años, que no trabaja fuera del hogar y con estudios primarios o medios. (Tabla 16).

La situación de estar conviviendo como pareja de hecho aparece como más frecuente en hogares con menores con discapacidad, 40,1% frente a un 21,6%, que en hogares con menores sin discapacidad.

En cuanto al mayor nivel de estudios, es menos frecuente haber terminado estudios primarios o medios, en hogares con algún menor con discapacidad o limitación, 63,1%

frente a 67,0%, en el caso del sustentador principal del hogar, y 60,9% frente a 71,0%, en la pareja o cónyuge. Ocurre al contrario cuando el mayor nivel de estudios terminado es universitario o profesional superior, 19,0% frente a 15,1%, y 19,0% frente a 12,0%, respectivamente. (Tablas 15 y 16).

De igual forma, la situación laboral de estar trabajando es menos frecuente en hogares con menores con discapacidad, tanto para el sustentador principal del hogar, 71,8% frente a 78,6%, como para la pareja o cónyuge, 21,3% frente a 25,6%. (Tablas 15 y 16).

Andalucía

TABLA 14. N° DE PERSONAS QUE COMPONEN EL HOGAR DE LOS MENORES DE 18 AÑOS. ANDALUCÍA

HOGARES CON ALGÚN MENOR CON DISCAPACIDAD O LIMITACIÓN Y HOGARES CON MENORES SIN DISCAPACIDAD NI LIMITACIÓN

	Número de hogares con menores de 18 años			Porcentaje		
	Menores con discapa.	Menores sin discapa.	Total	Menores con discapa.	Menores sin discapa.	Total
Número de personas que componen el hogar						
Hasta 3 personas	4.349	235.053	239.402	14,1	25,2	24,9
4 personas	14.736	386.144	400.880	47,7	41,4	41,6
5 personas	6.646	197.263	203.909	21,5	21,2	21,2
6 personas	3.283	78.165	81.448	10,6	8,4	8,5
7 o más personas	1.852	35.096	36.948	6,0	3,8	3,8
Total	30.866	931.721	962.587	100	100	100

Fuentes: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

TABLA 15. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL SUSTENTADOR PRINCIPAL DEL HOGAR CON ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS ANDALUCÍA HOGARES CON ALGÚN MENOR CON DISCAPACIDAD O LIMITACIÓN Y HOGARES CON MENORES SIN DISCAPACIDAD NI LIMITACIÓN						
	Número de casos			Porcentaje		
	Hogar con menores con discapacidad	Hogar con menores sin discapacidad	Total	Hogar con menores con discapacidad	Hogar con menores sin discapacidad	Total
Sexo						
Varón	28.204	843.939	872.143	91,4	90,6	90,6
Mujer	2.663	87.781	90.444	8,6	9,4	9,4
Total	30.867	931.720	962.587	100	100	100
Grupo de edad						
Menos de 30 años	2.750	82.549	85.299	8,9	8,9	8,9
De 31 a 45 años	20.864	566.675	587.539	67,6	60,8	61,0
Más de 45 años	7.253	282.496	289.749	23,5	30,3	30,1
Total	30.867	931.720	962.587	100	100	100
Nacionalidad						
Española	30.483	923.136	953.619	98,8	99,1	99,1
Extranjera	384	8.584	8.968	1,2	0,9	0,9
Total	30.867	931.720	962.587	100	100	100
Estado civil						
Soltero	1.011	17.748	18.759	3,3	1,9	2,0
Casado	27.656	847.599	875.255	89,6	91,1	91,0
Viudo	942	38.366	39.308	3,1	4,1	4,1
Separado legalmente	484	16.042	16.526	1,6	1,7	1,7
Divorciado	774	10.899	11.673	2,5	1,2	1,2
Total	30.867	930.654	961.521	100	100	100
Vive en pareja de hecho						
Sí	1.289	18.500	19.789	40,1	21,6	22,3
No	1.922	67.054	68.976	59,9	78,4	77,7
Total	3.211	85.554	88.765	100	100	100
Mayor nivel de estudios terminados						
Analfabeto o sin estudios	5.515	165.972	171.487	17,9	17,8	17,8
Estudios primarios o equivalentes	10.588	324.695	335.283	34,3	34,8	34,8
Enseñanza secundaria	8.901	299.994	308.895	28,8	32,2	32,1
Estudios universitarios y profesionales superiores	5.862	141.060	146.922	19,0	15,1	15,3
Total	30.866	931.721	962.587	100	100	100
Situación laboral						
Trabajando	22.152	732.141	754.293	71,8	78,6	78,4
Otra situación	8.715	199.579	208.294	28,2	21,4	21,6
Total	30.867	931.720	962.587	100	100	100
Situación profesional						
Empleador	1.906	46.693	48.599	8,0	6,3	6,4
Empresario sin asalariados o trabajador independiente	3.614	114.278	117.892	15,2	15,5	15,5
Ayuda familiar	-	1.177	1.177	-	0,2	0,2
Asalariado del sector público	4.322	157.805	162.127	18,2	21,3	21,2
Asalariado del sector privado	13.911	419.301	433.212	58,6	56,7	56,8
Total	23.753	739.254	763.007	100	100	100

Fuentes: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

TABLA 16. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL CÓNYUGE O PAREJA DEL SUSTENTADOR PRINCIPAL DEL HOGAR CON ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS. ANDALUCÍA

HOGARES CON ALGÚN MENOR CON DISCAPACIDAD O LIMITACIÓN Y HOGARES CON MENORES SIN DISCAPACIDAD NI LIMITACIÓN

	Número de casos			Porcentaje		Total
	Hogar con menores con discapacidad	Hogar con menores sin discapacidad	Total	Hogar con menores con discapacidad	Hogar con menores sin discapacidad	
Sexo						
Varón	1.029	32.616	33.645	3,6	3,8	3,8
Mujer	27.916	832.051	859.967	96,4	96,2	96,2
Total	28.945	864.667	893.612	100	100	100
Grupo de edad						
Menos de 30 años	4.534	137.432	141.966	15,7	15,9	15,9
De 31 a 45 años	20.017	560.855	580.872	69,2	64,9	65,0
Más de 45 años	4.394	166.380	170.774	15,2	19,2	19,1
Total	28.945	864.667	893.612	100	100	100
Mayor nivel de estudios terminados						
Analfabeto o sin estudios	5.813	146.479	152.292	20,1	16,9	17,0
Estudios primarios o equivalentes	10.262	313.243	323.505	35,5	36,2	36,2
Enseñanza secundaria	7.357	300.611	307.968	25,4	34,8	34,5
Estudios universitarios y profesionales superiores	5.513	104.117	109.630	19,0	12,0	12,3
Total	28.945	864.450	893.395	100	100	100
Situación laboral						
Trabajando	6.178	221.635	227.813	21,3	25,6	25,5
Otra situación	22.767	642.491	665.258	78,7	74,4	74,5
Total	28.945	864.126	893.071	100	100	100
Situación profesional						
Empleador	150	7.452	7.602	2,1	3,2	3,2
Empresario sin asalariados o trabajador independiente	639	30.303	30.942	9,0	13,2	13,1
Ayuda familiar	128	11.307	11.435	1,8	4,9	4,8
Asalariado del sector público	1.946	65.942	67.888	27,3	28,7	28,6
Asalariado del sector privado	4.269	114.932	119.201	59,9	50,0	50,3
Total	7.132	229.936	237.068	100	100	100

Fuentes: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999

Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

1.4.5. SALUD Y DISCAPACIDAD

En este apartado recogemos algunos resultados que relacionan salud y discapacidad, obtenidos a partir del Módulo de Salud de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES-99) y de la Encuesta de Andalucía de Salud (EAS-99).

En los 2.081 hogares en los que se recogió información para la muestra de menores de la EAS-99 residían un total de 8.978 personas, de las cuales 284 eran personas con limitación o discapacidad. El total de menores de 16 años en estos hogares fue de 3.696, de los cuales 66 tenían alguna limitación o discapacidad.

Por tanto, según la EAS-99, la discapacidad en menores de 16 años representa aproximadamente el 1,8% de los menores de 16 años, resultado similar al estimado por la EDDES-99, un 1,9% para los menores de 18 años.

Como se ha dicho anteriormente tanto la Encuesta Andalucía de Salud como el Módulo de Salud de la EDDES-99, no son encuestas sobre discapacidad y presentan limitaciones en cuanto al tamaño de la muestra de menores con discapacidad, pero pueden aportar alguna información interesante, no recogida en las encuestas de discapacidad, como la relación entre algunos aspectos de salud y la discapacidad (enfermedad crónica, salud percibida y otros).

Al comparar los resultados de ambas encuestas hay que tener en cuenta que utilizan criterios de clasificación para la discapacidad diferentes y que la subpoblación de estudio también es diferente (la muestra de menores de la EAS-99 recoge información de menores hasta los 15 años de edad y la EDDES-99 hasta 17 años de edad).

Los resultados presentan una comparación entre menores con discapacidad y menores sin discapacidad y, en el caso de la EDDES-99, se acompañan los resultados para el ámbito español como refuerzo para los resultados obtenidos para el ámbito andaluz.

ESTADO DE SALUD

Aunque se utiliza una escala distinta en cada una de las dos encuestas, ambas obtienen resultados similares en cuanto a las diferencias en la percepción de la salud de los hijos por el padre, madre o tutor, según padezcan o no alguna discapacidad.

Según la EDDES-99, en Andalucía un 96,1% de los encuestados considera que el estado de salud de su hijo es bueno o muy bueno cuando éste no tiene ninguna discapacidad, frente a un 79,2%, cuando el menor padece discapacidad. Prácticamente ningún padre considera que el estado de salud del menor sea malo o muy malo si no tiene ninguna discapacidad, por el contrario, un 4,6% de las padres de menores con discapacidad sí consideran esta situación. (Gráfico 13).

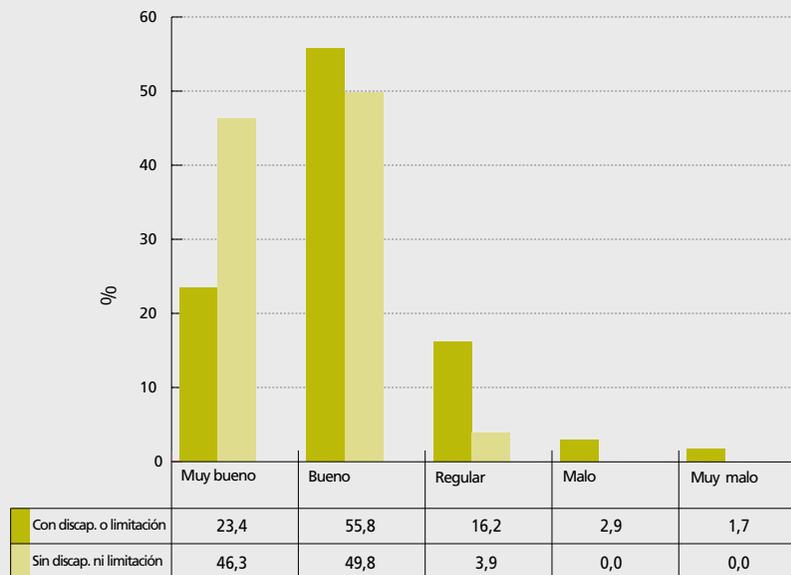
Según la EAS-99, sólo en un 65,9% de los encuestados dijeron que el estado de salud de su hijo era excelente o muy bueno cuando eran menores de 16 años con discapacidad frente al 85,4% si el menor no padecía discapacidad. (Gráfico 14).

ENFERMEDADES CRÓNICAS

Aproximadamente el 52,6% de los menores de 18 años andaluces con alguna limitación o discapacidad tenían alguna enfermedad crónica diagnosticada, frente a un 21,7% de los menores sin discapacidad. En España, el porcentaje de enfermedad crónica diagnosticada entre los menores de 18 años con discapacidad o limitación era del 53,1%, frente al 19,8 cuando no padecían discapacidad ni limitación.

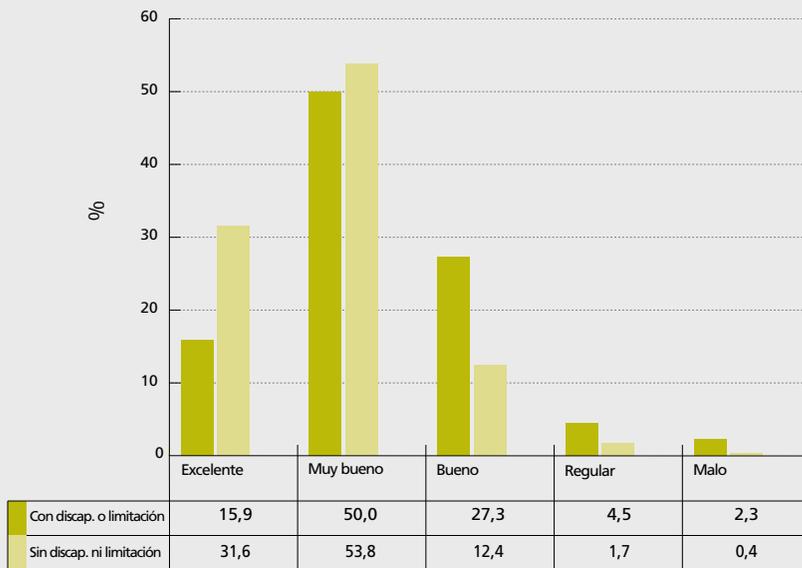
Las enfermedades crónicas más frecuentes entre los menores andaluces con discapacidad fueron la artrosis y problemas reumáticos (23,0% de los menores), bronquitis crónica, asma o enfisema (14,2%) y enfermedades del corazón (13,1%). Por el contrario, cuando los menores no padecían discapacidad, las más frecuentes fueron las alergias (61,3%), la bronquitis crónica (13,9%) y las jaquecas, migrañas y dolores frecuentes de cabeza (12,9%). (Gráfico 15).

GRÁFICO 13. Estados de salud (autovaloración del padre, madre o tutor) en menores de 18 años según padezcan o no alguna limitación o discapacidad. EDDES-99. Andalucía



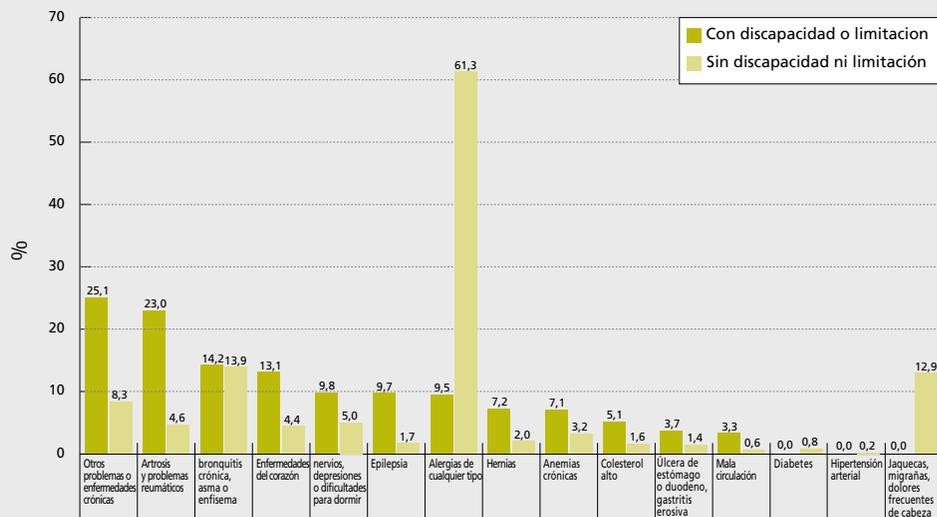
Fuentes: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999
Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

GRÁFICO 14. Estado de salud (autovaloración del padre, madre o tutor) en menores de 16 años según padezcan o no alguna limitación o discapacidad. EAS-99. Andalucía.



Fuentes: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Encuesta Andaluza de Salud, 1999. Muestra de menores
Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

GRÁFICO 15. Diagnóstico de enfermedad crónica en menores de 18 años según padezcan o no alguna limitación o discapacidad. EAS-99. Andalucía



Fuentes: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999
Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

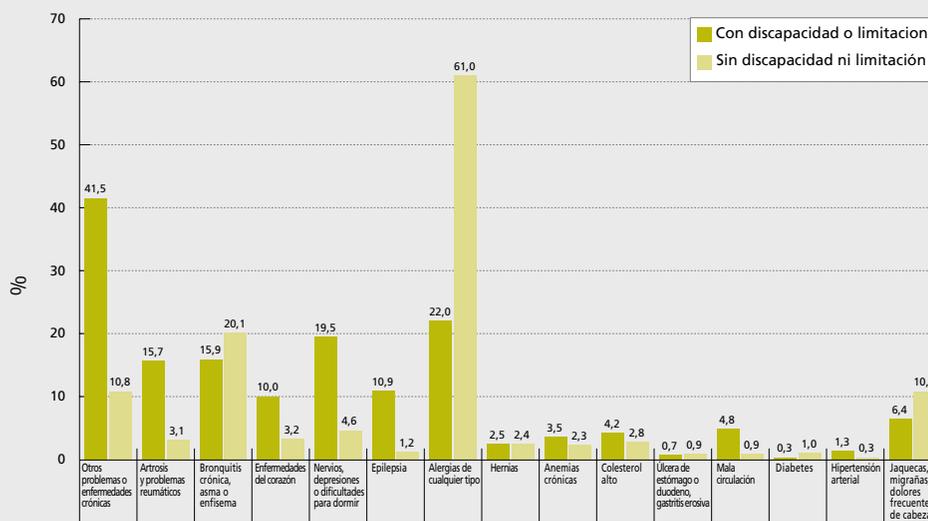
CONSUMO DE MEDICAMENTOS

La prevalencia de consumo de medicamentos en los últimos 14 días por parte de menores de 18 años en Andalucía es superior, en porcentaje, cuando los menores padecen discapacidad o limitación (40,1% frente a 29,5%). Este comportamiento es similar al obtenido para España. (Gráfico 17).

ACTIVIDAD FÍSICA

Los menores con discapacidad o limitación presentan una actividad física o deportiva menos regular que los menores sin discapacidad. Existe un alto porcentaje de menores que no hace ningún tipo de ejercicio, tanto en los menores que padecen discapacidad como en los que no. En general, casi un 80% de los menores no realiza ninguna actividad física o lo hace ocasionalmente. Cuando se trata de una actividad deportiva superior son los menores con discapacidad los que la realizan en porcentaje superior (9,1% frente a 5,6%). (Gráfico 18).

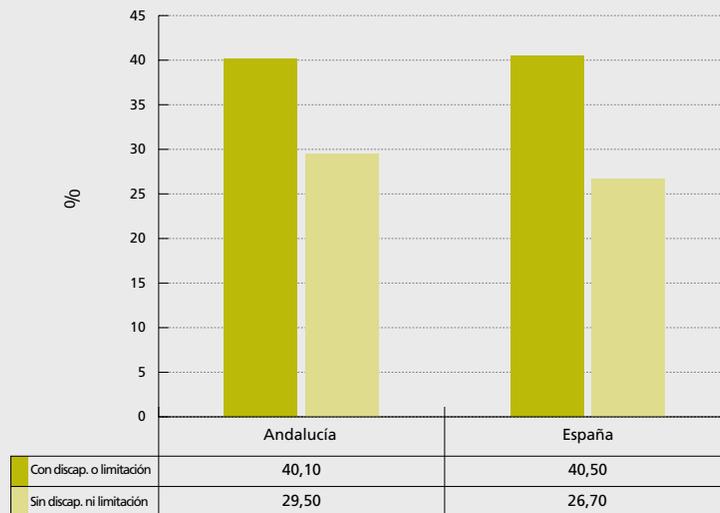
GRÁFICO 16. Diagnóstico de enfermedad crónica en menores de 18 años según padezcan o no alguna limitación o discapacidad. España



Fuentes: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999

Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

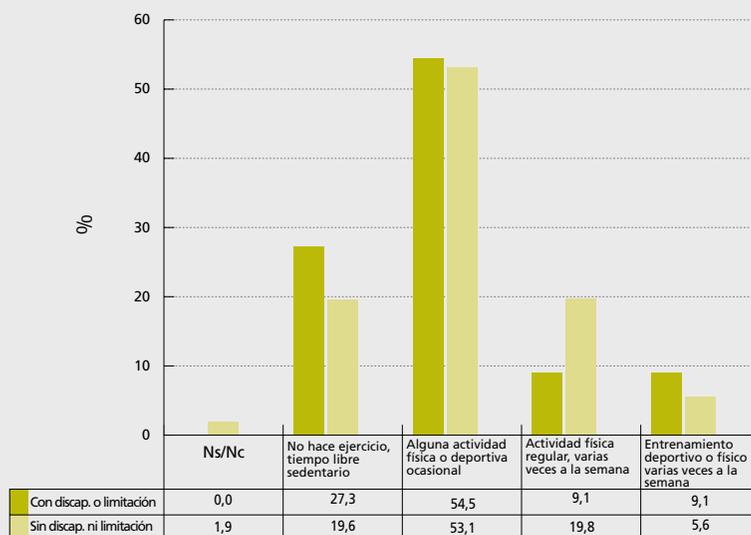
GRÁFICO 17. Consumo de medicamentos en los últimos 14 días en menores de 18 años según padezcan o no alguna limitación o discapacidad. Andalucía y España



Fuentes: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999

Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

GRÁFICO 18. Ejercicio físico en el tiempo libre en menores de 16 años según padezcan o no alguna limitación o discapacidad. Andalucía



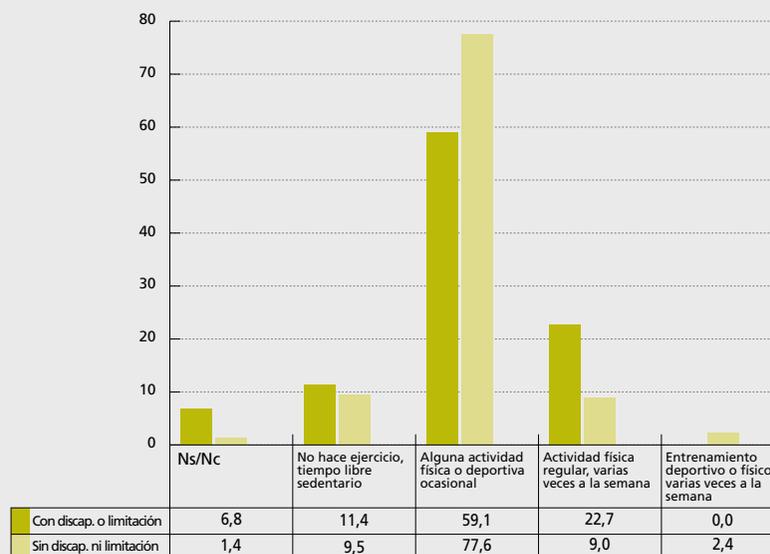
Fuentes: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Encuesta Andaluza de Salud, 1999. Muestra de menores

Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

RELACIÓN PESO / ALTURA

Los resultados muestran que los padres de menores con discapacidad o limitación consideran con mayor frecuencia que la relación peso/altura de sus hijos se aleja de lo que ellos considerarían como un peso normal para su altura. De esta forma un 6,8% de los menores con discapacidad es considerado en este aspecto con un peso "bastante mayor de lo normal", frente a 1,4% de los menores sin discapacidad ni limitación. Por otro lado el 22,7% de los menores con discapacidad se considera que tiene un peso "menor de lo normal", frente a 9,0% de los menores sin discapacidad. (Gráfico 19).

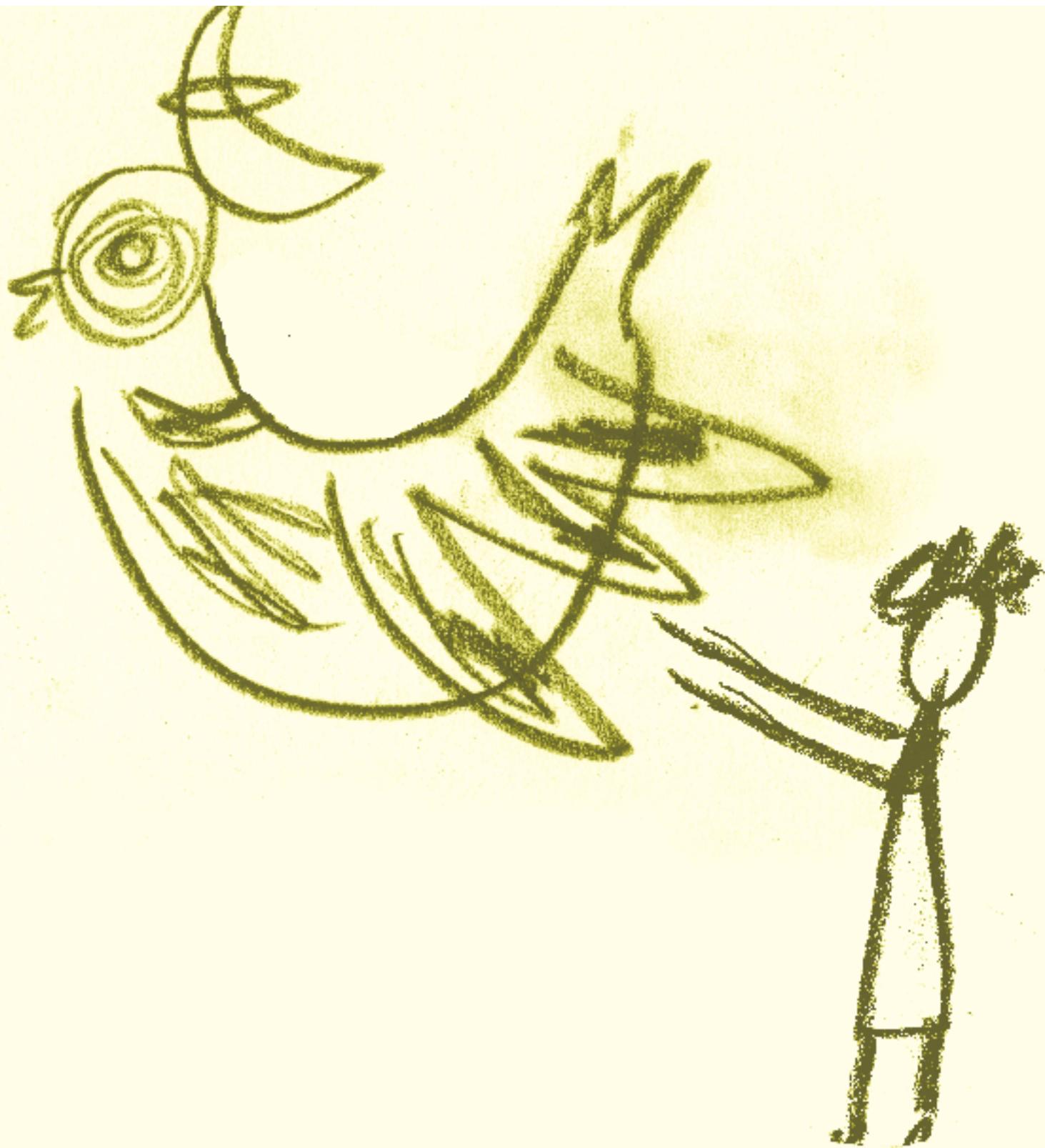
GRÁFICO 19. Relación peso / altura (percepción del padre, madre o tutor) en los menores de 16 años según padezcan o no alguna limitación o discapacidad. Andalucía



Fuentes: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Encuesta Andaluza de Salud, 1999. Muestra de menores
Elaboración: Observatorio de la Infancia en Andalucía

Opinión de los profesionales sobre la atención a menores con discapacidad





2.1. OBJETIVOS

Este trabajo tiene como finalidad analizar la opinión de diferentes perfiles de profesionales que trabajan en el ámbito de la discapacidad, la infancia y la adolescencia (servicios sociales, sanitarios, educativos y asociaciones), con el interés de obtener información actualizada sobre los servicios que atienden a dicha población.

Los objetivos específicos que se han planteado son los siguientes:

- a. Conocer y analizar la opinión de diversos perfiles de profesionales andaluces que trabajan en los servicios que atienden a la población infantil y adolescente con discapacidad (servicios sociales, salud y educación), con el interés de identificar fortalezas, debilidades y propuestas de mejora.
- b. Explorar la opinión de las asociaciones que trabajan con niñas y niños con discapacidad en Andalucía para incorporar las principales demandas, inquietudes y necesidades de la atención a las personas menores de edad con discapacidad.

2.2. METODOLOGÍA

Tipo de estudio: descriptivo y transversal de tipo cualitativo.

Población de estudio: profesionales andaluces relacionados con la atención a la infancia con discapacidad que trabajan en el ámbito sanitario, educativo, de servicios sociales o asociativo.

Periodo de estudio: julio-septiembre 2003.

Diseño muestral: estructural, basado en la selección de

personas según perfiles de informantes clave previamente establecidos.

Técnicas de recogida de información:

- Entrevistas semiestructuradas
- Análisis de contenido de diferentes documentos aportados por las asociaciones

Identificación y definición de recursos y perfiles profesionales

- Búsqueda de documentación relevante sobre:
 - Organización, normativa y recursos en Andalucía en temas de discapacidad elaborados por la Consejería de Asuntos Sociales, la Consejería de Educación y Ciencia, y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía
 - Documentación aportada por las asociaciones al Consejo Andaluz de Asuntos de Menores

Variables de segmentación identificadas para el desarrollo de las entrevistas:

- Sector profesional en el que los profesionales desarrollan su trabajo: servicios sociales, salud, educación o asociaciones
- Nivel de atención: servicios sociales comunitarios o especializados, servicios sanitarios de atención primaria o especializada, servicios educativos en su modalidad de centros de integración o específicos
- Tipo de discapacidad que atienden en las asociaciones: motórica, sensorial, o psíquica
- Ámbito geográfico: con el interés de abarcar todo el ámbito geográfico andaluz se realizó al menos una entrevista en cada provincia andaluza

Aunque este trabajo previó realizar 20 entrevistas, finalmente se efectuaron un total de 30 entrevistas. El carácter abierto del diseño cualitativo permitió incorporar testimonios de perfiles profesionales no previstos inicialmente, y que han enriquecido el resultado global de este informe. La segmentación definitiva de los perfiles por ámbitos de actuación se recoge en la tabla siguiente.



TABLA 1. ENTREVISTAS REALIZADAS POR ÁMBITOS:

salud	Psicólogos y diversos perfiles profesionales de las Unidades de Salud Mental Infantil y Hospitales de Día	E.4 – E.5
	Neuropediatra de Unidades de Seguimiento Madurativo	E.1 – E.6
	Neonatólogo de Unidades de Cuidados Intensivos y Neonatales	E.3
	Médica rehabilitadora del Servicio de Rehabilitación	E.2
	Pediatra de atención primaria	E.7
s. sociales	Diversos perfiles profesionales de los Centros de Orientación y Valoración	E. 18 – E. 19 E. 20 – E. 21
	Profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios	E. 22
	Profesionales de equipos con menores en riesgo social	E. 23
educación	Equipos de Orientación educativa	E.13 – E.14
	Profesor de un departamento de Orientación de la ESO	E .8
	D.G. Orientación Educativa y Solidaridad	E. 9
	Profesora de un Programa de Garantía Social	E.12
	Maestra de Educación Primaria	E.16
	Director de un Centro de Educación Primaria	E.15
	Logopeda de un Centro Específico	E.10
	Psicóloga de un Centro Específico	E.11
Psicólogo de Educación Infantil	E.17	
asociaciones	Discapacidad motórica	E.27 – E.28
	Discapacidad sensorial	E.24 – E.30
	Discapacidad psíquica	E.29 – E.25 – E .26

Trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó durante los meses de julio a septiembre de 2003. Dado que coincide con el periodo vacacional de la mayoría de las personas identificadas, se produjeron algunas dificultades en la localización de algunos perfiles y realización de varias de las entrevistas, que se fueron solventando hasta que todos los perfiles quedaron cubiertos. Las entrevistas fueron moderadas por algunos de los dos miembros del equipo de investigación, aunque la mayor parte de ellas se realizaron con la presencia de ambos investigadores.

Las identificaciones de las personas que respondían a cada uno de los perfiles entrevistados se iniciaron con unos contactos remitidos por el propio Observatorio de la Infancia, ampliándose a medida que se realizaban las entrevistas, mediante la técnica de bola de nieve hasta cubrir el total de los perfiles definidos. La técnica de bola de nieve consiste en que el equipo de investigación solicita a los informantes clave que reconozcan a otros informantes con características similares. De esta manera, se identifica a un suficiente número de informantes hasta que se hace referencia a personas ya entrevistadas o no se obtiene ninguna información nueva relevante, es decir se satura tanto la población objeto de estudio como la información recolectada.

Las entrevistas han tenido una duración media de 75 minutos. Mientras algunas de ellas se desarrollaron en los centros habituales de trabajo de los entrevistados, otras tuvieron que realizarse en el propio domicilio de los entrevistados o en diversos lugares públicos. La producción del discurso se generó a partir de un guión establecido de temas a tratar, aunque en un proceso siempre abierto a la retroalimentación de la información por parte de entrevistados y entrevistadores. A las personas entrevistadas se les solicitó que identificaran las fortalezas y debilidades de la atención a la discapacidad infantil, primero en un contexto más global y referido al ámbito

andaluz, para ir poco a poco deteniéndose en aspectos más concretos referidos a su área de trabajo (servicios sociales, educativos, sanitarios o asociativos), y finalmente a su puesto de trabajo o centro en el que desarrolla su actividad. (Guión de entrevista en anexo).

Análisis de la información

En cuanto a la *fase de análisis* de la información, en primer lugar, se transcribieron de forma literal las grabaciones obtenidas en las entrevistas. A continuación, se agrupó la información en las categorías que se habían establecido siguiendo las variables dependientes y objetivos del estudio, y, después, se extrajeron las conclusiones. Además, el sector correspondiente a las asociaciones, se enriqueció con las aportaciones derivadas del análisis de contenido de la documentación remitida por las asociaciones³. Siguiendo esta clasificación, los fragmentos correspondientes a cada una de las categorías de análisis extraídas de las transcripciones se procesaron y agruparon mediante un procesador de textos.

Los resultados que se presentan a continuación, son producto del análisis y la reflexión extraídos a partir de las opiniones de las personas entrevistadas que trabajan en ámbitos profesionales diferentes pero con un objetivo común: la atención a la infancia y adolescencia con discapacidad. La gran variabilidad de los dispositivos consultados, los diferentes perfiles profesionales, así como los distintos servicios y unidades en las que estas personas trabajan, han hecho muy compleja la labor de análisis de los discursos y su extrapolación de opinión a resultado.

³ Este estudio se ha visto enriquecido en el bloque de resultados referente a las asociaciones mediante el análisis de la información remitida por diversas asociaciones de personas con discapacidad de Andalucía a través de una demanda realizada por el Consejo Andaluz de Asuntos de Menores, donde se invitaba a que las asociaciones expresaran mediante un documento escrito sus principales demandas en cuanto a la infancia y la discapacidad

Para facilitar la agrupación de la información obtenida, se ha convenido en presentar las informaciones en dos grandes bloques por cada sector (servicios sociales, educación, salud, asociaciones): aspectos positivos o fortalezas de la atención, y aspectos negativos o debilidades de la atención. Cada uno de los apartados de fortalezas y debilidades contiene a su vez las categorías de calidad de atención, coordinación, atención a la familia, planificación, recursos o variabilidad interprovincial.

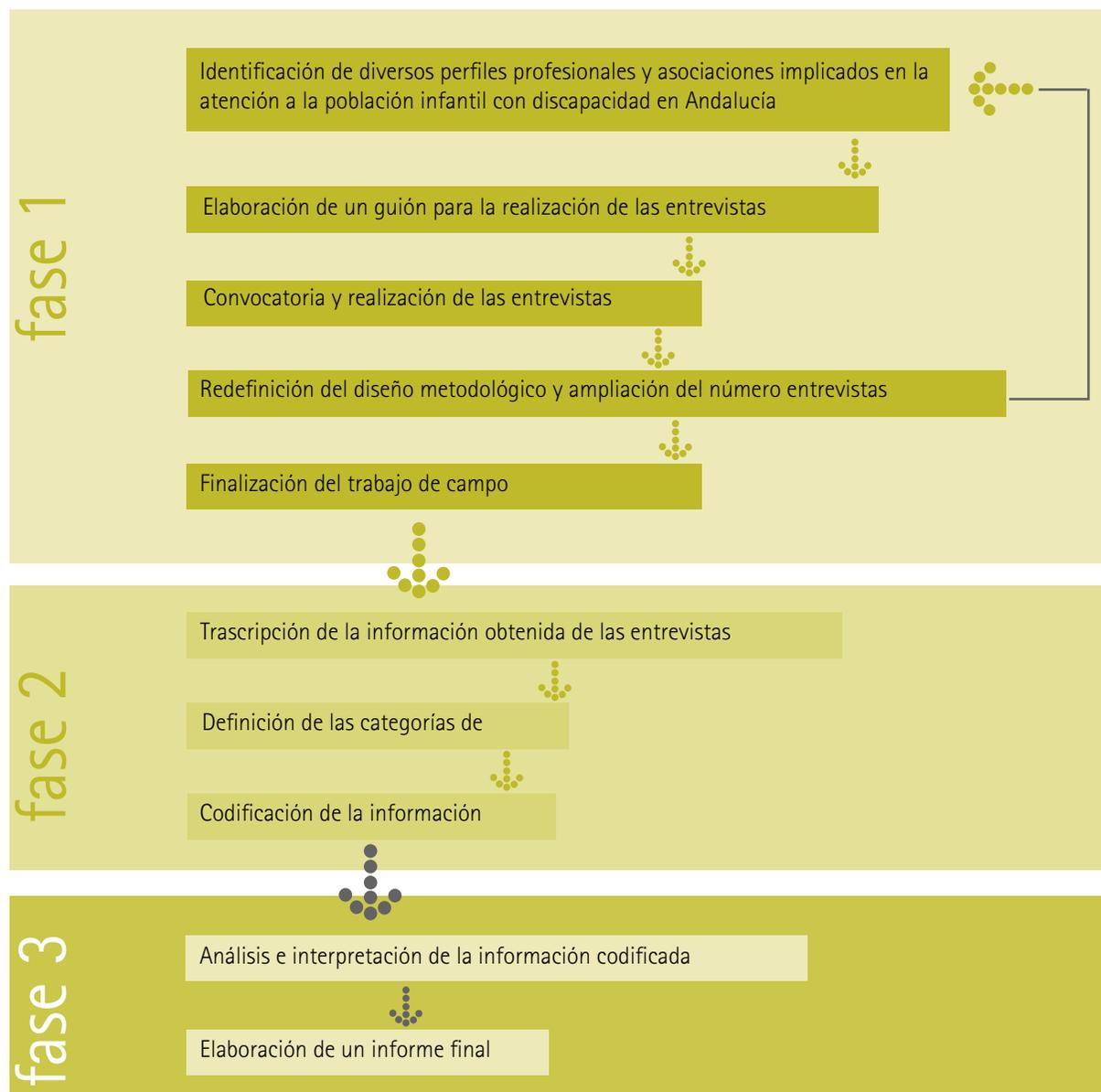
Por último, aparte de las fortalezas y debilidades por sector, se incluyen apartados referidos a otras aportaciones de interés y que tratan de aportar experiencias y elementos para el debate y la reflexión.

Fases del estudio

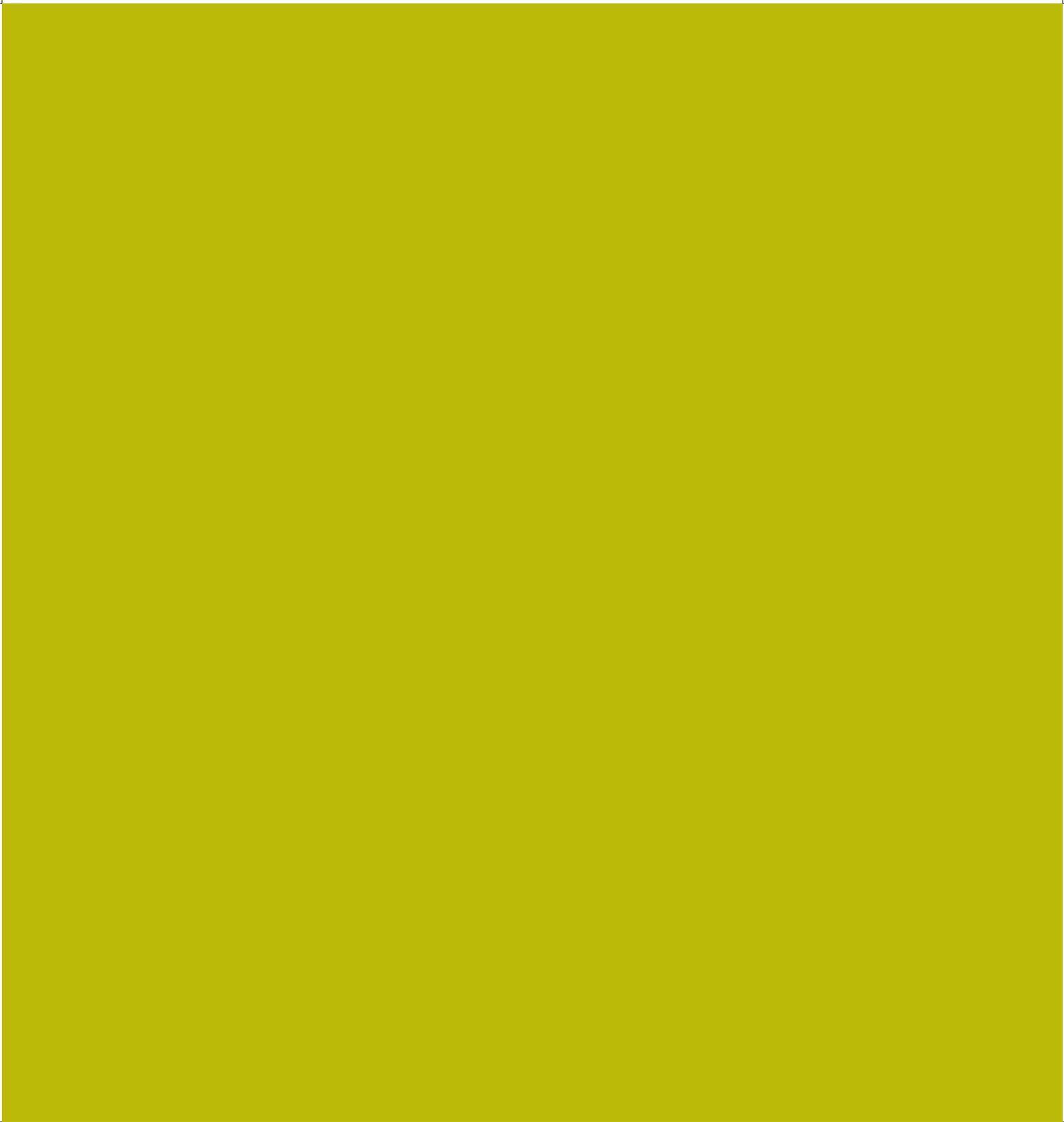
La siguiente figura muestra las tres fases del estudio, en la que se presenta el diseño y realización del trabajo de campo (Fase 1), la preparación y organización de la información (Fase 2) y el análisis y elaboración del informe (Fase 3).



CUADRO 1. FASES PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO







2.3. RESULTADOS

2.3.1. PROFESIONALES DE SERVICIOS SOCIALES

FORTALEZAS DE LA ATENCIÓN

CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Los profesionales consultados valoraron positivamente la atención que se les dispensó desde el área de los servicios sociales, y destacaron la calidad de las prestaciones que realizan. Desde la perspectiva de estos profesionales, el planteamiento de sus intervenciones es integral puesto que incluye el abordaje del medio social y familiar en que se inserta el menor con discapacidad.

La valoración inicial que podemos hacer sobre el funcionamiento de nuestro centro es positiva, por la forma de atender a los niños discapacitados y a sus familias.

(E. 19)

Tenemos buena fama y hemos hecho lo imposible por los niños, todo el equipo ha estado dando un tratamiento de calidad, o sea en servicios sociales pueden estar satisfechos porque se ha trabajado muy bien con los niños y sus familias.

(E. 20)

Esta calidad de la atención la tratan de extender a todos sus ámbitos de actuación: mejorando la accesibilidad del servicio y el confort.

Nosotros llevamos un tratamiento distinto a los niños menores de cinco años, cuando hay una solicitud, los citamos antes y, además, se intenta ponerlos en salas de espera distintas. Tenemos dos salas de espera, pues los niños por aquí, los adultos por allí.

(E. 18)

Entonces hay conciencia en el centro, tanto por parte de la dirección como por parte de los que tienen que organizar la estructura del funcionamiento del equipo, de que no es permisible, lo ponemos entre comillas, el que se vea más de tres niños al día.

(E. 19)

Dadas las características de calidad de la atención que quieren ofrecer estos centros, surge entre los mismos profesionales de los servicios sociales consultados, una reflexión sobre la viabilidad económica que implica la atención integral al niño o niña con discapacidad, debido al gran coste económico que supone que haya terapeutas que no puedan dar sesiones a más de un determinado número de los menores al día. Sin embargo, abogan por un modelo de atención más a largo plazo, cuyos efectos sobrepasen lo meramente terapéutico, puesto que al margen de incrementar notablemente la calidad de vida de estos niños o niñas y sus familias, con este tipo de intervenciones pueden evitarse otras actuaciones que implicarían un mayor gasto económico, como sería su ingreso en una residencia de gravemente afectados.

Por tanto aquí un terapeuta sale caro, tiene muy pocos niños y desde el punto de vista económico a corto plazo sale caro, pero a largo plazo evitamos que niños, que pueden medio desenvolverse, de mayores estén en un centro de afectados porque nadie haya hecho nada.

(E. 18)

Los de alto riesgo, podrían verlo más rentable, ¿no? Porque a la larga, sería más carga para la sociedad. Es decir, un niño, aunque esté muy mal al principio, si poco a poco se va trabajando con él, si en vez de ser una persona, completamente dependiente es una persona mínimamente autónoma..., será una carga bastante menor para la sociedad, aunque solo lo viéramos desde el punto de vista económico.

(E. 20)

Este planteamiento de atención e intervención integral dirigido al menor y su familia lo ejecutan los Centros de Valoración y Orientación, mediante equipos interdisciplinarios, cuyos miembros destacan la importancia de trabajar en equipo.

Nosotros tenemos una reunión semanal, a la que llamamos reunión de tratamiento, y en la que analizamos todas las solicitudes que hemos visto durante la semana anterior y todas las orientaciones que hemos hecho de tratamiento. Entonces el equipo, que en ese sentido, ya no es solamente el equipo nuestro, sino que intervienen las dos terapéutas y la dirección del centro, marca las pautas a seguir o las necesidades de ese tratamiento.

(E. 19)

Aquí tenemos un equipo de médicos, psicólogos, pedagogos, y trabajadora social, que digamos, son el equipo que valora al crío, que entiende que lo que le pasa... Y luego están los terapéutas: hay fisio, hay terapia ocupacional, hay logopedia y psicomotricidad.

(E. 18)

Los usuarios llegan a los Centros de Valoración y Orientación con su propia iniciativa o derivados de los servicios de salud, educación o las propias asociaciones. Estos centros, entre otras funciones, realizan programas de atención temprana a los menores y sus familias. Para acceder a este programa, que normalmente cubre la

atención desde 0 hasta 3 años, no hace falta cumplir con ningún otro requisito, puesto que el propio equipo se encarga de hacer la valoración, intervención y seguimiento del caso.

Que a veces vienen derivados por los pediatras, otras veces porque les dicen que estamos aquí, y otras veces porque ellos lo conocen y vienen. No hay ningún problema en atender a los niños que no vienen orientados por un pediatra o no vienen por ningún cauce oficial. De modo que a los niños los atendemos desde pequeños, de 0 años a 3. Vengan por el cauce que vengan...

(E. 20)

Una de las principales funciones que realizan los Centros de Valoración y Orientación es la de otorgar el certificado de la valoración del grado de minusvalía. Pueden detectar niñas o niños que se han escapado del circuito de detección precoz y que no estén siendo atendidos por ningún otro dispositivo.

Hoy en día, aquí nos llegan, desde "porque me lo ha dicho el vecino del quinto", a porque se lo han dicho en el hospital, o de alguna asociación, porque lo manda el pediatra, o porque la familia se entera, no hay unos cauces establecidos, de hecho identificamos niños que no nos los ha mandado nadie y que no los está atendiendo nadie, pero que vienen aquí a por el reconocimiento del grado de minusvalía.

(E. 18)

Por último, en algunas provincias existen Unidades de Atención Comarcales en determinadas zonas rurales, con lo cual se evita que las familias tengan que desplazarse a la capital, facilitando y acercando la atención a los ciudadanos.

Unidades comarcales, se llaman así. Esas unidades se componen la mayoría de las veces por un terapéuta de estimulación precoz y un logopeda, y en algunos casos un fisioterapeuta. Estas unidades comarcales están en los

pueblos, más lejanos a lo que es en la ciudad, en lo que es la sierra o la campiña.

(E. 20)

COORDINACIÓN

COORDINACIÓN INTERNA

De la misma forma que el pediatra de atención primaria valora a los niños en sus sucesivos controles de salud, y cuando detecta algún problema lo deriva a los servicios especializados de salud, el trabajador o la trabajadora social de los servicios sociales comunitarios cumple una importante función en la identificación y derivación de los menores y las familias que pueden necesitar un programa de atención temprana o una determinada prestación económica.

Los servicios sociales, orientan a los usuarios, también sobre prestaciones, y saben que para recibir determinadas prestaciones tienen que pasarse por aquí.

(E. 19)

Se orienta a la familia para que vaya al centro base y se haga una valoración y empiece el circuito de atención a la discapacidad... con menores lo que más hemos trabajado es transporte adaptado, y hacemos orientaciones de gestión sobre prestaciones que igual no dependen sólo de nosotros sino de la Junta de Andalucía.

(E. 22)

COORDINACIÓN EXTERNA

Los recursos existentes facilitan que existan casos en que un mismo niño, pueda estar recibiendo intervención desde salud, desde los servicios sociales, y desde el ámbito asociativo. Destacan los avances producidos en este sentido en algunas provincias andaluzas, y la importancia que se le debe dar a la coordinación, para no duplicar recursos públicos en la atención a una misma familia.

Si un niño está atendido en un sitio, no se atiende en el otro,

si están en la Unidad de Seguimiento y Atención Temprana, y vienen aquí y nos enteramos, hablamos con la Unidad de Seguimiento y Atención Temprana, y luego hablamos con la familia: ustedes eligen dos servicios públicos para un mismo niño ¿no...?

(E. 18)

Con ellos, con ellas concretamente, no hay ningún problema en el nivel de derivación. Y si tenemos que llamarnos por teléfono, pues nos llamamos cordialmente sin ningún tipo de problema, aunque no hay tampoco nada protocolizado...

(E. 19)

COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS SOCIALES Y SALUD

Los profesionales de los Centros de Valoración y Orientación ven muy efectiva la función de detección precoz de problemas que realizan los pediatras mediante el PNS.

Los pediatras se están preocupando mucho de qué hacer con esos niños que ven y en los que detectan en el programa de niños sanos algún retraso. Ya raíz de ahí, en sus reuniones semanales, pues se coordinan, incluso nos hemos llegado a conocer bastante y a tener muy buena relación.

(E. 20)

Cuando los servicios sanitarios de una determinada zona no disponen de recursos para realizar intervención en el área de la AT los menores y sus familias se derivan a las CVQ.

Y nos dicen por favor atender a este muchacho que tiene esto y le hacían sus seguimientos médicos, pero no tenían más recursos. Y en trauma que no hay más que una rehabilitadora infantil a nosotros nos manda niños.

(E. 18)

También existen buenas relaciones de coordinación y

derivación entre las Unidades de Salud Mental Infantil y los Centros de Valoración y Orientación.

Entre profesionales nos derivamos mutuamente... Normalmente, nosotros nos encargamos más de todo lo que son retrasos madurativos, entendiéndolos como retrasos mentales o futuros retrasos mentales. Y cuando yo aprecio en un niño que estamos hablando de un trastorno generalizado del desarrollo o de un problema de comportamiento se lo derivó directamente a ellos.

(E. 19)

COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS SOCIALES Y EDUCACIÓN

Es a partir de los tres años cuando los niños con problemas o lesiones motóricas o psico-neuro-sensoriales, pasan a depender del ámbito educativo.

Cuando estos menores han sido tratados y seguidos desde los equipos de AT de los Centros de Valoración y Orientación, el traslado de competencias hacia el área educativa se suele hacer de forma coordinada con los equipos que trabajan en educación. De esta forma se intercambian informaciones relevantes de cara a la escolarización de cada niño, y las indicaciones fundamentales de sus necesidades.

Nuestros niños, en enero, febrero, nos hemos de encargar de que al año siguiente van a ir a educación, y rellenamos una fichita con los datos fundamentales para que en educación sepan si necesitan logopeda, si necesitan cuidador porque no controlan esfínteres, si necesitan transporte, comedor...

(E. 18)

ATENCIÓN A LA FAMILIA

Los profesionales consultados de los Centros de Valoración y Orientación evalúan de forma muy positiva el abordaje que, desde estos centros, se suele posibilitar con la familia

del niño con discapacidad. Estos profesionales dicen no poder entender sus intervenciones sin valorar y orientar las necesidades de la familia.

Que aquí seríamos de los sitios donde mejor se atiende a la familia, cuando son chiquitines el tema de la familia lo trabajamos bastante... la fisioterapeuta, y los psicomotricistas están hartos de hacer casi más terapia a los padres que atender a los niños.

(E. 18)

Muchas veces nos olvidamos del niño y abordamos directamente a la familia, y de hecho la primera sesión de valoración y evaluación, que yo puedo tener con la familia, lo primero que yo le pregunto a la familia: "¿Vosotros cómo estáis?, ¿habéis aceptado, habéis asumido?" Y esto yo siempre lo valoro al menos en una primera visión global.

(E. 19)

Esta disposición a atender las demandas de la familia hace que se faciliten espacios de encuentro entre profesionales y familiares, llegando a ofrecerse como punto de referencia y apoyo para cualquier consulta que deseen realizar los padres en cualquier momento.

Los padres tienen a su servicio a los miembros del equipo: al médico, al psicólogo y a la trabajadora social. Y esta gente los jueves, o se van, o se patean todas las guarderías donde tienen niños para asesorarles, o reciben padres.

(E. 18)

... todas tenemos teléfono en nuestros despachos y hay veces que te llaman para decirte: "mira a ver esto o lo otro, ha pasado esto"... y se sienten... descargan esa angustia inicial.

(E. 20)

DEBILIDADES DE LA ATENCIÓN

LA VARIABILIDAD INTERPROVINCIAL

Los profesionales del área de los servicios sociales consultados para este estudio identifican la variabilidad interprovincial en la atención a la infancia y adolescencia con discapacidad. Las diferencias entre una provincia andaluza y otra abarcan desde rangos de edad a la accesibilidad que puedan tener las familias a los Centros de Valoración y Orientación.

...cada provincia es un mundo... En Jaén la AT es hasta 4 años.

(E. 20)

...homogeneizar los servicios, no porque un niño nazca en una parte de la provincia, pueda tener unos servicios distintos a los que nacen en la otra parte.

(E. 18)

COORDINACIÓN

Un mayor nivel de coordinación, tanto a nivel interno como externo, entre los diferentes recursos y profesionales que intervienen en el ámbito de la infancia y discapacidad es fundamental para obtener un adecuado seguimiento de las necesidades y demandas que puedan tener tanto el menor como su familia.

La coordinación que se mantiene entre los recursos externos pasa por contactos e iniciativas personales, pero existen pocos mecanismos de derivación o interrelación protocolizados entre las distintas instituciones.

Puede haber una buena interrelación, pero es algo no protocolizado, sino que es: yo conozco a, y hablo, me coordino con él, le digo qué hago, qué hacemos, y ya me dice qué hace y qué se puede hacer. Y en ese sentido la coordinación... parte de iniciativas personales"

(E. 19)

Una posible alternativa para mejorar la coordinación pasa por consolidar la comunicación institucional. En ese sentido, se han generado en los discursos opiniones y expectativas sobre la necesidad de reflejar la coordinación institucional en el Plan de Acción Integral de las Personas con Discapacidad para Andalucía.

...cuando hablamos de derecho no podemos hablar de la buena voluntad por parte de los profesionales. Hace falta ampliarlo a la coordinación institucional. Y a que desde los distintos ámbitos institucionales se pueda hacer lo que ya se está planteando como un plan de acción integral con personas con discapacidad, en Andalucía.

(E. 19)

COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS SOCIALES Y ASOCIACIONES

Los profesionales que trabajan en los Centros de Valoración y Orientación, llaman la atención sobre la necesidad de generar mecanismos de control o evaluación de la calidad de los servicios concertados que están prestando atención temprana desde ayuntamientos o asociaciones.

...las unidades comarcales, se financian mediante subvenciones, concertadas, con los ayuntamientos de los pueblos. Entonces, estos ayuntamientos pagan al personal con esa subvención o bien con las asociaciones de padres de ese sitio, pero que no hay ningún control establecido.

(E. 20)

Los profesionales, identifican casos en los que se producen duplicidades en el tratamiento.

En concreto estimulación precoz, ellos no tienen. Entonces, bueno, los niños están aquí y allí... en esa asociación, están duplicados los tratamientos... Están duplicados y eso tampoco lo contempla nadie ni nadie lo controla.

(E. 20)

y las buenas relaciones que nosotros tenemos interinstitucionales, desde el punto de vista de los servicios públicos, no te puedo hablar igual de las relaciones con algunas asociaciones...

(E. 18)

Por último, entre algunos de los profesional entrevistados se debatió sobre la privatización de los servicios públicos y la atención que prestan algunas asociaciones. Desde la perspectiva de estos profesionales, cuestionan que sean los propios padres y afectados los que tomen las decisiones sobre el tratamiento e intervenciones que precisan sus hijos.

También me preocupa el tema de la privatización y las asociaciones. La privatización pasa porque se marginen las clases menos favorecidas... las mismas asociaciones, están dando terapia que les cuesta dinero a la familia.

(E. 18)

La Administración debe controlar a las asociaciones, y que regulen... no comparto el que los padres se conviertan en profesionales, porque no pueden ser objetivos en la película que viven en su propia casa... yo creo que no tienen que ser las asociaciones privadas las que decidan qué atención sanitaria o qué atención educativa o qué atención precisan las personas afectadas de tal o de cual problema. Y si deben de ser profesionales públicos, sin implicaciones económicas y partidistas, los que decidan qué hacer...

(E. 18)

COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS SOCIALES Y EDUCACIÓN

Los profesionales, que realizan atención temprana en los Centros de Valoración y Orientación, también apuntaron la necesidad, en algunos casos, de unificar el tratamiento y la intervención en el centro escolar. Aprovechar la integración del niño y niña en el colegio para operativizar el tratamiento terapéutico en un mismo centro y evitar así las idas y venidas continuas de sus padres.

Es que hay niños que salen del colegio y tienen terapia de tres horas diarias o dos horas. Y entonces, el niño ¿cuándo vive, cuándo se relaciona con su familia? Entonces, desde mi punto de vista, sería eso, que el niño aproveche una integración buena con sus compañeros, pero al mismo tiempo allí: los especialistas. Que lo sacan una horita, que lo sacan media horita, que les dan su tratamiento específico y vuelven con sus compañeros...

(E. 18)

ATENCIÓN A LA FAMILIA

Los profesionales son muy conscientes de las dificultades y necesidades que tienen las familias cuando algún miembro de la misma tiene alguna discapacidad, por lo que sería necesario concebir una atención más continuada.

Es imprescindible que cuando hay un niño con una discapacidad se haga seguimiento a la familia, la atención a la familia... no la brinda nadie, a excepción quizás de algunas asociaciones, y el gran desprotegido sigue siendo la familia del niño con discapacidad, habría que intervenir, habría que darse cuenta de la importancia que tiene, nosotros lo hacemos pero... puntualmente...

(E. 19)

Los profesionales han reflexionado sobre la importancia que tiene una atención equilibrada entre las necesidades de los niños con discapacidad, y las necesidades del resto de miembros de la unidad familiar (sobre todo sus padres y hermanos).

Hay profesionales que sitúan al niño con discapacidad en el eje central del universo de toda la familia, y eso para mí es un error gravísimo... yo pienso en las balanzas aquellas, que había antes, de platillos. Aquí hay que situar, sus necesidades, todas las cosas que necesita nuestro niño y aquí el resto. Pero, es que la balanza nos faltan brazos, porque aquí hemos de situar los hermanitos y aquí hemos de situar no sólo la situación familiar sino a la mamá y hemos

de situar al papá, y si trabajan los dos.. yo sé de hermanos que han dicho: yo quiero ser autista.. yo seré muy brutica, pero yo prefiero un niño que lea menos, que haga menos cosas, pero que sea más feliz y su familia sea más feliz. Porque hay que equilibrar...

(E. 18)

OTROS GRUPOS POBLACIONALES

Desde la perspectiva de los profesionales que trabajan en el ámbito de los servicios sociales en los Centros de Valoración y Orientación, hoy día aún se dan casos de niños con discapacidad que pueden no ser detectados por los circuitos establecidos en cuanto a la detección de posibles limitaciones

Desde la perspectiva de los profesionales que trabajan en el área de los servicios sociales, hay centros educativos, sobre todo en las zonas rurales, que no se pueden hacer cargo de los niños que ellos derivan, debido sobre todo a la carencia de recursos y personal que les permita una adecuada atención a las necesidades de estos niños y niñas.

Cero a tres años de edad. Esa es nuestra franja. Lo que ocurre, que de tres a cinco, determinados críos, que le corresponde determinado centro escolar sobre todo de pueblos que no hay servicios en la zona, los alargamos un poco más.

(E. 18)

Educación, se ocupa y se vuelca más con la población a partir de 6 años. Y hay una diversidad grandísima en cuanto a la atención que reciben, desde niños que no reciben nada a niños que están muy bien atendidos...

(E.20)

OPINIONES SOBRE EL TRASPASO DE COMPETENCIAS EN ATENCIÓN TEMPRANA

El inminente traspaso de las competencias en atención temprana (AT) desde el área de los servicios sociales a

salud, ha generado mucho interés entre las personas entrevistadas. Opiniones con argumentos a favor y en contra del traspaso, implican una reflexión sobre las aportaciones de los profesionales de los servicios sociales que trabajan en AT.

Estamos en un tiempo de espera, estamos esperando a ver qué pasa.

(E. 18)

Y los equipos de atención temprana y los equipos dedicados a la valoración de Infancia deberíamos tener opinión.

(E. 19)

Además de contar con sus opiniones y experiencias, los profesionales pertenecientes al área de los servicios sociales demandan una evaluación del trabajo realizado en AT desde los Centros de Valoración y Orientación para enriquecer la propuesta del modelo de AT, que actualmente se está gestando, y aprender de la experiencia ya realizada.

Vamos a ponernos los técnicos primero en marcha. Vamos a ver si el modelo que hemos utilizado ha funcionado, en qué lo podemos mejorar.

(E. 18)

El problema de Servicios Sociales es que son servicios que no son derechos universales. Educación y Salud son derechos universales.

(E. 18)

Los profesionales de los servicios sociales valoran de forma positiva el paso que ya ha dado salud en cuanto a la gestión de las ayudas a las asociaciones. Estas ayudas se han convocado, desde su perspectiva, con unos requisitos que aseguran un control de las prestaciones y número de ayudas que puede llegar a recibir una misma persona.

En los papeles les están pidiendo cuántos niños tienen, qué edad tienen, de dónde vienen. Esto se va a ver en una comisión. En los papeles muy bien, yo pienso que así es como se tendría que hacer. Porque aquí ahora mismo hay, los que nosotros decimos muy vivos. Es decir, que vienen aquí, van allí, y se están beneficiando, de una serie de ayudas y tratamientos. Mientras otros niños tienen dificultad para recibirlo.

(E. 20)

Aunque el equipo de AT sea interdisciplinar, es fundamental que un representante del equipo coordine la orientación e intervención hacia el niño o la niña y su familia. La coordinación debe llevarla a cabo un terapeuta que marque las pautas del tratamiento y coordine la intervención de otros profesionales. Esta labor beneficiaría a los padres que en la búsqueda para una mejora de sus hijas e hijos demandan la intervención de diferentes recursos y profesionales, con tratamientos a veces también distintos.

Porque en la atención temprana, considero fundamental la coordinación, que haya una persona que coordine, porque puede estar en dos, tres especialidades diferentes, por la discapacidad o por la patología que pueda presentar, y si cada uno va a su aire, poco vamos a ayudar. Y si hay una persona que coordine y que controle por lógica va a ser mucho más favorecedor del proceso terapéutico que se trata de llevar a cabo con la atención temprana.

(E. 18)

Habría que incorporar el que desde las distintas instituciones que intervenimos haya una necesaria protocolización. Es decir, que no se haga a nivel de la buena voluntad de los profesionales... es imprescindible esa coordinación de instituciones para que no haya ningún problema en la protocolización de cómo derivar a cualquier persona con discapacidad al centro de referencia.

(E. 19)

NECESIDAD DE ABORDAJE DE LA ATENCIÓN A NIÑOS CON ELEVADO RIESGO SOCIAL

Hay un término que aflora entre los discursos de los distintos profesionales consultados, tanto del área de los servicios sociales como de otras, y que gira alrededor de lo que denominan "riesgo social". Esta situación de riesgo social, que sobrepasa el ámbito de la discapacidad, es muy importante en el caso de los menores, puesto que entre los profesionales consultados, surgen dudas sobre si algunos de los casos que llegan al área de los servicios sociales son realmente producto de un retraso madurativo o de no haber tenido las condiciones necesarias para su desarrollo emocional e intelectual.

Lo que ocurre es que desde niveles sociales bajos, hay muchos problemas de aprendizaje y hay muchas dificultades que pueden ser equiparables a la discapacidad sin serlo... pero son problemas de aprendizaje, son problemas sociales, que deberían de tener un abordaje social.

(E. 19)

Entonces ¿qué pasa?, ¿no van al médico, no van al colegio?... Esos niños por eso tienen un retraso, madurativo y por eso tienen una enfermedad, luego entonces... el riesgo social, es algo que está ahí.

(E. 20)

En aquellos casos donde existe riesgo social, es más difícil hacer un diagnóstico certero sobre la situación de estos menores y sus familias, y la posible identificación de una limitación que pueda dar origen a una discapacidad y minusvalía.

Menores que tienen déficits con muy difícil diagnóstico, porque cuando estos menores están en un medio familiar muy deprimido, con muchas carencias, es muy difícil saber si la situación en que se encuentra el menor es fruto de una situación de privación emocional y de estimulación

o si es fruto del contexto sociofamiliar o realmente existe una minusvalía.

(E. 23)

Y es que según sea un problema de aprendizaje derivado de una situación de privación social, o un retraso madurativo, la competencia de la intervención de ese niño o niña recaerá en asuntos sociales o educación.

Ese tipo de niños pueden llegarnos derivados de los centros escolares. Con esos problemas de aprendizaje, se trata de discernir si estamos hablando de un problema social o estamos hablando de un problema de retraso madurativo. Y si es un problema de retraso madurativo, sería competencia de valoración, y, si no lo es, sería de otro tipo competencia que sería educación.

(E. 23)

Para algunos profesionales, esta separación de competencias entre educación, salud y servicios sociales no permite un adecuado diagnóstico ni una apropiada planificación de la intervención, que debe realizarse no solamente con el menor, sino también con sus familias.

Sería necesaria una coordinación muy estrecha entre los equipos de diagnóstico de educación y los de salud mental para que pudieran concluir en diagnósticos comunes...y si nosotros tenemos que evaluar la situación de desprotección en que está un menor, necesitamos información pero hay dificultades por el tema de la privacidad de la información, sobre todo para obtener información escrita porque muchas veces nos transmitimos la información verbalmente, pero por escrito es muy difícil...

(E. 23)

En cuanto a las posibles intervenciones que podrían realizarse con estas familias y sus hijos (susceptibles de retrasos y limitaciones sustentadas por el contexto social), una posible alternativa sería construir un recurso

de complemento de la familia en el medio social en el que vive la familia y que tratara de paliar las funciones vitales de estimulación que estos padres no pueden ejercer con sus hijos.

Se deberían hacer recursos intermedios, tener recursos de sustitución en el medio y que el niño que empieza a presentar retrasos pues si tuviéramos estos equipos y de alguna manera sustituyeran las funciones que los padres hacemos con nuestros hijos a lo mejor podríamos ver que habría mejoras y nos daría pistas de que los retrasos tienen que ver con ese contexto familiar y no con déficits del niño. El niño tiene derecho a que esas carencias que no cubre su familia, el sistema público tiene que intentar dárselo porque eso es dar igualdad de oportunidades.

(E. 23)

2.3.2. PROFESIONALES DE SERVICIOS SANITARIOS FORTALEZAS DE LA ATENCIÓN

CALIDAD DE LA ATENCIÓN: programas y unidades de Atención a la Salud Infantil

EL PROGRAMA DEL NIÑO SANO

Aunque muchos de los recién nacidos (RN) con riesgo de padecer alguna lesión son identificados y tratados desde los servicios de neonatología de los hospitales, hay casos que se escapan a esta identificación. Ya sea por la propia etiología de la enfermedad cuyos síntomas empiezan a manifestarse cronológicamente más tarde o por otras causas, hay problemas o lesiones que no pueden diagnosticarse hasta transcurridos unos meses o incluso años de la vida del niño. Por tanto, la detección y la prevención primaria de las deficiencias implica a un amplio número de profesionales entre los que juega un destacado papel el pediatra de atención primaria.

Con la aplicación del Programa de Niño Sano (PNS), atención primaria realiza una importante labor preventiva e identificación temprana de niños con riesgo de retrasos

madurativos o lesiones establecidas. En este sentido, los profesionales de atención especializada valoraron en el transcurso de las entrevistas de forma muy positiva al Programa de Niño Sano (PNS) como instrumento válido para identificar posibles deficiencias físicas y psíquicas.

Ya sea en el control del niño sano o cuando me los traen enfermos, yo veo a los niños de forma integral, es decir estoy hablando con la madre con un ojo, y a los niños... a través del control del niño sano coges muchas cosas y entonces derivas.

(E. 6)

Los profesionales sanitarios valoran adecuadamente la formación de los pediatras de atención primaria.

Los pediatras de atención primaria están hoy día muy bien formados.

(E. 7)

Los pediatras de atención primaria están tan preparados como nosotros.

(E. 3)

En algunas provincias andaluzas, como es el caso de Cádiz, los pediatras de atención primaria consultados aplican escalas específicas de detección y tratamiento del autismo precoz (CHAT). Esta aplicación permite que cuando el pediatra detecta algún tipo de problema lo deriva directamente a la USMI (Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil), sin pasar por ningún dispositivo intermedio.

A una edad determinada se pasa esas pruebas y si se ve que puede haber alguna sospecha de que puede ser un niño de trastorno generalizado, pues directamente el pediatra nos lo deriva a nosotros.

(E. 5)

UNIDADES DE SEGUIMIENTO MADURATIVO Y ATENCIÓN TEMPRANA

La implantación de Unidades de Seguimiento Madurativo y Atención Temprana, representan, según los consultados, un avance muy significativo en cuanto a la atención integral del RN con riesgos o lesiones establecidas.

El incremento de los avances tecnológicos aplicados en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), disminuye considerablemente la mortalidad perinatal e infantil, pero a su vez incrementa la morbilidad de estos niños. Es así como a través de la experiencia acumulada, un grupo de profesionales se plantea cómo todo el esfuerzo que ha supuesto sacar a estos RN adelante se vea correspondido con una posterior intervención y seguimiento individualizado, tanto de los propios niños como de sus familias.

Y entonces empezamos nosotros a motivarnos por algo que no tenía nada que ver con los cuidados intensivos. A estar muy preocupados por la supervivencia, pero muy preocupados por la morbilidad, por cómo se quedan estos niños.

(E. 3)

Nos nutrimos sobre todo de la unidad neonatal porque esta unidad se creó para el seguimiento del RN de alto riesgo y tratamiento de los que se desvían de la normalidad.

(E. 7)

UNIDADES DE SEGUIMIENTO MADURATIVO Y ATENCIÓN TEMPRANA INFANTO-JUVENIL

En cuanto a la atención de los problemas derivados de la Salud Mental Infanto-Juvenil, cabe destacar que la oferta de servicios abarca todos los niveles de atención según el grado de complejidad y tratamiento terapéutico que pueda precisar el niño o adolescente.

Niños que venían una vez cada quince días, que se veía que no iban bien que necesitaban una atención más intensiva,

más integral, pues se abren estas unidades de día para ofertar estos servicios tanto a adolescentes como a niños.

(E. 4)

Esto era algo que se estaba pidiendo aquí desde el año noventa, noventa y uno. Porque todos los dispositivos que se habían ido creando eran sólo para adultos.

(E. 4)

Son los 3 niveles de asistencia que hay. El primer nivel, que es consulta ambulatoria. Se hace una primera entrevista que la hacen las enfermeras, la trabajadora social o la PIR, que son las que hacen la entrevista de acogida. Después de esa entrevista se hace o bien, una reunión de equipo, o bien ya se dice qué técnico sería quien va a llevar el caso, y se empieza lo que es el tratamiento ambulatorio. Si ya se ve que precisa una mayor atención por la mayor complejidad del problema, entonces pasaría a hospital de día... Y el nivel de mayor complejidad ya sería la hospitalización total.

(E. 5)

Existen varios modelos de implantación de las USMI y las Unidades de Día en el ámbito andaluz, mientras en algunas provincias como Sevilla y Granada las unidades están situadas en la capital, en otras como en Cádiz se han repartido por toda la provincia para hacerlas más cercanas y accesibles.

Aquí hay cuatro USMI, somos muy pequeñitas, y estamos bastante bien situadas, no es como en Granada, que la única que hay está en Granada capital. En Sevilla hay tres USMI por ejemplo, pero están las tres en Sevilla capital. Entonces, bueno, pues está el problema de la distancia ¿no? O sea, nosotros aunque tenemos también problema con la distancia, pero es menor ¿no? que si todos los de la provincia tuvieran que ir a Cádiz.

(E. 5)

Además de facilitar el acceso a estas unidades de los

pacientes y sus familias, los profesionales que trabajan en ellas reconocen que cuando se trabaja en comarcas más reducidas: la coordinación y el contacto de todos los recursos de la zona implicados en la atención a estos niños es más fácil.

Como que estamos bastante coordinados... Es que esto es más pequeño también, todos nos conocemos, no es lo mismo trabajar aquí que en Sevilla por ejemplo.

(E. 5)

Otro aspecto bien valorado en lo que se refiere a la accesibilidad a los servicios de salud mental infantil, se basa en el horario de atención a estos niños. La organización de la USMI y el Hospital de Día están adecuados en la medida de lo posible a la realidad de estos niños y adolescentes, incluyendo la provisión de terapia en horario de tarde para favorecer la asistencia de los niños y jóvenes a sus centros de escolarización.

Ahora vamos a ofertar atención a algunos niños, pues, hasta casi los cinco días de la semana, y pueden estar con nosotros hasta las seis de la tarde recibiendo todo tipo de intervenciones psicoterapéuticas, ocupacionales...

(E. 4)

COORDINACIÓN

COORDINACIÓN INTERNA

Cuando el pediatra de atención primaria, mediante los controles que periódicamente realiza a través del PNS, detecta un posible riesgo o problema, inmediatamente lo deriva a profesionales especializados según la naturaleza de la patología detectada.

Cuando te llega un niño a consulta con un déficit neurológico, lo primero que hago es elaborar mi diagnóstico y derivarlo para que me haga un diagnóstico el neurólogo.

(E. 6)

Si veo a un niño con un problema mental, lo derivó a salud mental, al equipo del distrito.

(E. 6)

Los profesionales que trabajan en hospitales que tienen Unidades de Seguimiento Madurativo valoran de forma muy positiva la coordinación interna.

Vamos, dentro del hospital. Aquí, nosotros no tenemos ningún problema. Entre la unidad de cuidados intensivos, que son los niños más graves y, atención temprana, trabajamos totalmente, totalmente.

(E. 3)

Hay niños que vienen a que los diagnostique aquí en la Unidad Neonatal y luego hay muchos que vienen derivados de otros sitios. La mayor derivación viene de AP, bebés que tras nacer no han tenido ningún problema y después en el PNS los pediatras detectan algo y nos lo derivan para hacer valoraciones.

(E. 7)

Lo mismo sucede con la relación entre la USMI y el Hospital de Día, estos dispositivos trabajan de forma conjunta y suelen estar ubicados en el mismo espacio físico por lo que la coordinación entre ambas unidades resulta muy fácil.

Cuando tienen algún caso que consideran que se beneficiaría de Hospital de Día, trabajan la motivación con los padres y con el chico. Bueno, el chico siempre que tenga capacidad de entender lo que se le está planteando. Y si lo aceptan, pues nos lo derivan. Y así es como funcionamos. Parece ser que la idea es que todos estemos un poco en todo.

(E. 4)

La USMI además también se coordina con los equipos de salud mental de los distritos sanitarios con reuniones para valorar los casos de Salud Mental Infanto-Juvenil que podrían precisar de atención más especializada e integral tanto en la USMI como en el propio Hospital de Día.

Los equipos de salud mental tienen un representante, que tiene una reunión mensual con salud mental infantil. Una vez al mes se juntan para hablar de los casos, en algunas ocasiones para hacer una revisión sobre algún tipo de trastorno.

(E. 4)

En general, el circuito de la atención a la salud mental infantil y juvenil es valorado por los profesionales de forma positiva. Las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil y las Unidades de Día aparte de recibir a sus usuarios derivados de los Equipos de Salud Mental de Distrito, también atienden a los derivados de otras unidades del hospital y, en determinados casos, de atención primaria.

La atención primaria deriva al equipo de salud mental de distrito y el equipo de salud mental es el que nos deriva a nosotros, esta sería la vía normal. Luego, sería a través de los médicos de cabecera o el pediatra, o a través del hospital.

(E. 5)

También nos llaman de las unidades hospitalarias, de neuropediatría de nutricionista, en oncología pues tienen chiquillos que están en tratamiento con el cáncer, leucemia, pero que a la vez su estado psíquico está muy afectado. Estamos intentando organizar un programa conjunto...

(E. 4)

Por último, cabría destacar que las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil y los Hospitales de Día destacaron los diferentes perfiles profesionales que atienden estas unidades y la importancia del trabajo en equipo.

El personal de enfermería tiene una intervención muy importante, o el maestro por ejemplo... para elaborar la intervención tienes que contar con tus compañeros y el programa de aula hospitalaria colabora mucho con nosotros.

(E. 4)

COORDINACIÓN EXTERNA

COORDINACIÓN ENTRE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

Ya se ha comentado cómo existe una gran variabilidad interprovincial en la disposición de recursos que realizan atención temprana (AT). Hay provincias donde estos servicios se prestan desde los Centros de Valoración y Orientación de los Servicios Sociales, otras donde se atiende en algunas unidades o servicios de hospitales públicos, también en centros mediante convenios con ayuntamientos, conciertos con asociaciones de afectados, etc. Esta disparidad hace que los profesionales sanitarios se coordinen con los recursos existentes en la zona. Por ejemplo, hay veces en que cuando se identifican niños que precisan asistencia terapéutica en diversas áreas de AT y estos recursos no existen en el hospital, se derivan hacia los centros de Valoración y Orientación de los Servicios Sociales.

Nosotros en muchas ocasiones detectamos aquí las lesiones y las mandamos al centro base, porque allí tienen logopeda, psicólogo, y, de alguna manera, cubren lo que nosotros carecemos y tenemos muy buena relación con el centro base.

(E. 2)

Nosotros lo que hacemos es valorar al niño y si vemos que es necesario ponerse en contacto con Servicios Sociales, vamos con atención temprana, mandamos el caso, pedimos cita y se ve directamente al niño. La verdad que estamos trabajando bastante bien con atención temprana de La Línea, atención temprana de aquí de Algeciras y atención temprana de Tarifa. Muy bien, y además ellos cada vez que notan en algún niño algo raro y tal, ellos lo que hacen también, es que nos lo derivan a nosotros.

(E. 5)

El trabajo que realizan los trabajadores sociales de los Servicios Sociales Comunitarios también cuenta con la

valoración positiva de los profesionales sanitarios, que ven en estos profesionales el apoyo necesario para posibilitar una atención más coordinada e integral.

Hay una magnífica relación con asuntos sociales, y en ocasiones han venido aquí a la consulta a hablar concretamente del caso que teníamos y en ese sentido magnífica, y quien ayuda mucho en esos aspectos es la asistencia social que hace una labor estupenda en general.

(E. 2)

También hay profesionales sanitarios que mantienen contactos con los Centros de Acogida Inmediata, dependientes de los Servicios Sociales Especializados, y que hacen el seguimiento de la salud de estos niños, no sólo mientras están internados en el centro, sino también cuando las familias acogen o adoptan a estos niños.

Y ya tenemos un flujo de comunicación con los dos centros de acogida que dependen de este hospital. Esos centros son de asuntos sociales, pero cuando se van con sus padres adoptivos seguimos al niño hasta que tiene siete años.

(E. 1)

COORDINACIÓN ENTRE SALUD Y EDUCACIÓN

En el transcurso de las entrevistas también nos relataron otras experiencias en las que la coordinación de los profesionales sanitarios era muy positiva con el ámbito educativo, disponiendo incluso de mecanismos más o menos regularizados de coordinación mediante la realización de reuniones y canales de comunicación abiertos.

Seguimos estando en contacto con los profesionales de educación.

(E. 3)

Y cuando tenemos que derivar, pues, en febrero nos reunimos con la trabajadora social y valoramos las necesidades, si necesita logopeda, profesor de apoyo...

(E. 7)

COORDINACIÓN ENTRE SALUD Y ASOCIACIONES

La gran dispersión de recursos existentes en AT lleva a algunos profesionales sanitarios a una *coordinación forzada* con otros dispositivos para poder así equilibrar la carencia de profesionales y servicios en el propio medio hospitalario. De esta manera, surge el contacto entre algunos profesionales sanitarios y determinadas asociaciones. Esta colaboración llega incluso, al desplazamiento de los profesionales sanitarios, para hacer el seguimiento de sus pacientes, que ven en el ámbito asociativo un entorno cercano a la realidad infantil y de la familia para poder hacer reconocimientos, diagnósticos o intervenciones terapéuticas.

Yo colaboro mucho con ASPACE..., entonces yo hay veces que a los niños voy a revisarlos allí, porque las madres me lo agradecen, los niños también están en su medio, están mas tranquilos y entonces les hago una valoración periódica allí.

También los derivamos a ASPACE (Asociación de parálisis Cerebrales) cuando son más mayorcitos, porque tienen hidroterapia, terapia ocupacional y logopeda.

(E. 7)

ATENCIÓN A LA FAMILIA

Las Unidades de Seguimiento Madurativo y Atención temprana y los servicios de Rehabilitación de los hospitales, son conscientes de la necesaria intervención con los padres por lo que buscan y aplican diversas fórmulas de atención según la disponibilidad de los recursos con los que cuentan. Algunas orientaciones se refieren a aspectos muy

básicos sobre la atención y cuidado del bebé, como sería la alimentación, orientación postural, etc. y otras, tratan de abordar con una escuela de padres, aspectos sobre sus emociones y sentimientos de aceptación, relaciones de pareja, con hermanos, etc.

En los niños de grave afectación, solemos trabajar con los padres para indicarles, cómo tienen que actuar ellos en la casa.

(E. 2)

Nosotros tenemos escuela de padres, las hacemos fuera del horario hospitalario y de una forma totalmente altruista.

(E. 7)

Los profesionales que trabajan en las USMI y Hospitales de Día, también ven la necesidad de intervenir y abordar a las familias. Grupos de padres y terapias de familia son las diversas propuestas para realizar la intervención con la familia.

Y también tenemos un grupo de padres. Siempre buscas un tiempo para tener intervención con la familia.

(E. 4)

Aquí uno de los abordajes que se hace es terapia de familia... Si tú no cuentas con la familia, esos niños lo tienen muy difícil, es que parte del tratamiento se hace a través de la familia.

(E. 5)

DEBILIDADES DE LA ATENCIÓN

VARIABILIDAD INTERPROVINCIAL

Los profesionales sanitarios que prestan servicios destinados a la discapacidad y la infancia en Andalucía, destacan, en primer lugar, la dificultad que supone emitir una valoración y opinión de estos servicios, al presentar una organización, disposición y catálogo de prestaciones muy variable según la provincia andaluza que se analice.

En Andalucía hay mucha diversidad.

(E. 1)

Por lo visto en cada provincia se han abierto varias unidades de día, y en cada provincia están empezando a funcionar de una manera diferente. Supongo que dentro de un año o de un par de años cuando ya estén abiertas tendremos que unificar un poco criterios.

(E. 4)

Los profesionales sanitarios que trabajan en las Unidades de Seguimiento Madurativo y/o Atención Temprana, señalan que, aparte de la variabilidad de prestaciones que se ofrece en cada uno de estos servicios, estas unidades de seguimiento a nivel andaluz, tienen presencia en algunos hospitales como, por ejemplo, en Sevilla y Granada.

Según la disponibilidad de profesionales y recursos, hay algunas Unidades de Seguimiento Madurativo en las que únicamente se hace diagnóstico, seguimiento y valoración, pero que no realizan estimulación, mientras que otras unidades prestan servicio diagnóstico y terapéutico. (Normalmente, las unidades que no realizan intervención terapéutica derivan los casos a los equipos de atención temprana dependientes de la Administración autonómica o local de servicios sociales.)

En esta unidad se hace seguimiento, valoración de su desarrollo desde que nace hasta que va a edad escolar, un seguimiento periódico y si detectamos alguna anomalía del desarrollo lo enviamos al equipo de estimulación, a los PAI (Programa de Atención Temprana) que hay 21 aquí en Sevilla y que dependen de Servicios Sociales.

(E. 1)

Es importante reflexionar sobre la variedad de servicios sanitarios interprovinciales que se ofertan, puesto que esta diferencia puede implicar desigualdades en la atención a

la salud infantil de niños con riesgo físico o psíquico, o con lesiones establecidas. Es decir, no solamente existen diferencias entre las zonas rurales más alejadas de la capital, sino de una provincia a otra, e incluso de un hospital de referencia a otro.

Hay un desequilibrio en la atención porque, por ejemplo, en el otro hospital hay una neuropediatra que se desvive por los niños pero que ella no tiene un equipo de AT, ella si detecta algo lo tiene que derivar al servicio de rehabilitación. No hay una unidad creada para hacer este seguimiento global del niño de alto riesgo.

(E. 7)

En algunos hospitales en los que no existen Unidades de Seguimiento Madurativo y AT, el Servicio de Rehabilitación del Hospital asume las competencias y prestaciones en cuanto al diagnóstico y seguimiento de estos niños. En estos casos, los Servicios de Rehabilitación del Hospital pueden tener más demanda de recursos para prestar este servicio y otros.

Lo único que hacemos es la valoración médica, la prescripción de tratamiento y fisioterapia y ya está... somos cuatro personas para toda la población de la provincia.

(E. 2)

COORDINACIÓN

Si hay un problema al que aluden todos los profesionales consultados, no solamente del sector sanitario sino de todos los sectores implicados en la atención a la infancia y la discapacidad en Andalucía, es la necesidad de una coordinación protocolizada entre todos los servicios y recursos existentes para la atención a los niños con discapacidad.

Muchas de las iniciativas de coordinación surgen de forma espontánea y voluntaria entre los propios profesionales

y, según su visión, sin ningún apoyo de la Administración Pública. Aunque este esfuerzo y trabajo debe valorarse positivamente, por la implicación que supone por parte de los profesionales, se ha decidido incluirlos entre las debilidades del sistema.

Aquí funcionamos por la buena voluntad de la gente y por iniciativas personales... si tú esperas a que la cosa se organice en plan institucional, no haces nada.

(E. 7)

Todo esto son pálpitos personales, todo son iniciativas personales, es una adaptación al medio que tengo, que es muy escaso y entonces me da la oportunidad de poder trabajar un poquito mejor y es una cosa absolutamente altruista.

(E. 3)

COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

No obstante, y pese a las ventajas que ya se ha visto que ofrece la aplicación del PNS en la prevención y detección de posibles deficiencias, los profesionales consultados identifican que no existen canales establecidos de intercambio de comunicación entre el pediatra de atención primaria y las derivaciones que realiza al hospital. El pediatra de APS percibe que el especialista no retroalimenta la información recibida de APS, para una mejor coordinación entre los servicios de primaria y especializada.

Tú envías al niño con un papel que muchas veces va y ya no vuelve, en general hay muy poco contacto con el especialista, no hay fluidez de devolución de diagnóstico o mira el niño está sano te equivocaste, que eso también sería interesante en mi aprendizaje.

(E. 6)

COORDINACIÓN INTERNA EN EL HOSPITAL

En algunos hospitales en los que no existen Unidades de Seguimiento Madurativo y Atención Temprana, los profesionales consultados manifiestan que no hay un protocolo adecuado para valorar los RN con riesgo o lesiones ya establecidas. En estos casos el peso del diagnóstico depende del neuropediatra que cuando detecta una posible lesión o problema lo deriva al servicio de rehabilitación. Según la opinión de estos profesionales, esta situación enlentece la intervención que debería ser más planificada, coordinada y aplicada lo más precozmente posible, con el fin de facilitar la atención a la familia.

Lo adecuado es que al niño lo valoremos intrahospitalariamente, mientras permanece ingresado... pero otro camino es que al niño se le da el alta en neonatología y es allí donde lo perdemos, porque en muchas ocasiones acaba remitiéndolo el traumatólogo o el médico de familia, pero después de haber pasado incluso uno o dos años.

(E. 2)

Pero en ese paso que va del niño que nace con alto riesgo al pediatra y de ahí a nosotros hay un tiempo excesivamente largo, en el cual las familias de esos niños se pierden.

(E. 2)

Hay niños que van, vienen y que no tienen una valoración global.

(E. 7)

A veces, la escasa coordinación interna entre los diferentes especialistas de un hospital lleva al niño o niña y a su familia a realizar todo un periplo por los diferentes servicios del mismo de forma innecesaria. Una mayor planificación de las citas evitaría desplazamientos y reconocimientos múltiples que podrían hacerse de una sola vez.

No marear a los niños... no se puede tener al crío que ahora le peso, que ahora le miro los ojos, que ahora...

(E. 7)

La débil coordinación interna entre los diversos especialistas que intervienen terapéuticamente puede repercutir en la valoración integral de la evolución del niño.

Lo que tú no puedes, es ahora le hago el estímulo auditivo, ahora el visual, después la movilización y después la estimulación precoz. Tienes que coordinarlo porque si no no vas a ningún sitio.

(E. 7)

Entre las explicaciones que apuntan los profesionales consultados sobre la coordinación interna, aluden, en primer lugar, a la escasa sensibilidad de la administración por aportar soluciones a este tema y a la gran carga asistencial a la que se ven sometidos, en general, los profesionales sanitarios.

No hay coordinación por una excesiva presión asistencial y por falta de médicos que nos dediquemos sólo y exclusivamente a esto.

(E. 2)

El pediatra de atención primaria debería tener un día de conexión con el hospital, o yo irme un día a atención primaria. Por ejemplo yo soy la responsable y trabajo como todos, y a un pediatra de primaria le pasa igual, que llegan a las ocho de la mañana y a las ocho de la tarde no se han tomado ni un café.

(E. 3)

Algunas de las personas entrevistadas identificaron factores inherentes al propio sistema de organización sanitaria como elementos que dificultaban la coordinación en lugar de favorecerla. Las diferencias dentro del equipo

de trabajo (personal médico, enfermería y otros) podrían explicar debilidades de coordinación entre los propios profesionales.

Gastamos el tiempo que deberíamos gastar, en esos niños que tienen factores de riesgo, en otros problemas inherentes al propio sistema.

(E. 2)

Y aquí intentamos hacer una escuela de padres en la UCI, de niños de UCI. Pero ha sido un poco complicado... por problemas internos.

(E. 3)

De alguna forma, se preconiza mucho que el niño que ha estado en cama en el hospital en el periodo neonatal termine, continúe dependiendo del hospital. Yo creo que hay una parte que sí es importante que la siguiera el hospital, por ejemplo un niño que se va con oxígeno, que tiene bronco displasia, o sea que hay técnicas que tienen que estar centralizadas en el hospital ¿no? Pero, claro, eso se debe hacer con la idea de que en cuanto se normalice hay que darle el alta, no quedarte tú de padrino de ese niño hasta que sea mocico. No. Ese niño no es tuyo.

(E. 3)

La excesiva medicalización puede interferir en el desarrollo de la atención global del niño y su familia, puesto que los aleja de la posibilidad de acudir a su centro de salud más cercano y les obliga a asistir de forma reiterada al hospital. Esta situación se agrava todavía más cuando los niños viven en zonas rurales alejadas del hospital o con los RN de alto riesgo.

Entonces el hospital lo que tiene que prestar son las técnicas más especializadas que no se pueden tener en atención primaria. Pero los cuidados de los enfermos cuanto más alejados estén del hospital mejor. Pero no por quitárnoslo

de encima, sino porque tienen que estar con su familia y en su medio.

(E. 3)

COORDINACIÓN EXTERNA

Según los profesionales consultados, cuando se carecen de los recursos internos necesarios para una adecuada intervención, los profesionales sanitarios tienen que derivar sus casos hacia otros recursos externos para alcanzar una mejor calidad de la atención. Al entrar en juego muchos profesionales, que están ubicados en espacios diferentes y que dependen administrativamente de distintas consejerías, si no se posibilitan espacios de encuentro la calidad de la atención y los objetivos del tratamiento se alargan o se pierden.

...en un equipo pueden estar integrados psicólogos, logopedas, fisioterapeutas... el problema de aquí es que no existe todo ese grupo dentro de lo que es el servicio de rehabilitación del hospital, sino que tenemos que contar con personas que están en otro ámbito trabajando.

(E. 2)

COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y EDUCACIÓN

Los profesionales de los Hospitales de Día y USMI reflexionaron sobre la dificultad de compatibilizar la atención terapéutica y la educativa, sobre todo cuando en algunos casos la intervención es prácticamente diaria. Esta situación se agrava durante la adolescencia por la complejidad de algunos de los problemas que aparecen cuyo abordaje se puede realizar, desde un centro terapéutico, pero que se escapa de las manos en el ámbito educativo.

Es muy difícil. Venirse aquí sus tres horas, y luego irse a su centro. Si es de Granada todavía, pero también hay distancias y el tráfico también está fatal. Ya si es en un pueblo, ya es una locura, ya no se puede, al estar separado lo educativo y lo terapéutico, hace más difícil que esto

funcione, porque cuando luego va al instituto tiene que haber alguien en el instituto que también se encargue de lo terapéutico.

(E. 4)

Para algunos casos más complejos se propone que la atención clínica se realice junto a la educativa. Existe la posibilidad de crear centros (experiencias como la del Centro Montreal en Madrid, donde ambos ámbitos estén ligados estrechamente).

Dificultades para organizar la atención clínica con lo que es la atención educativa. Porque nosotros hemos visto algún otro hospital de día, no de Andalucía, en concreto en Madrid para los adolescentes que compagina en el mismo dispositivo las dos intervenciones. Es decir, tienen una parte que es más de intervención terapéutica y otra parte más de escolarización. Todo en el mismo centro, con profesores dedicados exclusivamente a la tarea educativa y con profesionales dedicados a lo que es más terapéutico. Claro sacar a un adolescente que está obligado a estar escolarizado hasta los dieciséis años. Sacar a un chaval o a una chiquilla de catorce años una vez a la semana, bueno todavía traga. Ahora, tú propónle sacarlo tres días a la semana, es difícil...

(E. 4)

Hay otro problema referido a los niños que tienen trastornos mentales, como es la duda sobre la idoneidad de los recursos en los Institutos de Secundaria para abordar la integración escolar. El profesorado entrevistado manifiesta cierto desbordamiento en su trabajo que a veces conduce a tomar medidas de dudosa utilidad.

Una idea para este estudio del Observatorio, que nos preocupa sería que muchos niños son expulsados de los centros educativos y no se avisa a la familia. Se supone, se supone que estamos hablando de infancia. Y la infancia se supone que es algo muy coordinado. Entonces sería ideal

que ese niño que es expulsado de un centro, ese centro lo comunique a Servicios Sociales, porque es un menor que está fuera de horario escolar y tal, teniendo en cuenta la ley del menor, entonces lo ideal sería que se estableciera alguna cosa, algo, donde ese niño pudiera acudir un mes, a trabajar en lo que fuera. Pero no a estar en su casa o, a lo mejor, a estar tirado en la calle.

(E. 5)

En algún momento para estos chiquillos que están dando tantísimos conflictos en Institutos de Secundaria, que se van a clase y montan follones, que se escapan, que no tienen interés por seguir en el proceso educativo, yo no sé si esto va a funcionar. Y a ver qué hacemos cuando empiezan a insultar en clase, ¿lo expulsamos de clase?, ¿lo expulsamos ese día, una semana, dos semanas, un mes, dos meses?, claro y eso es muy complejo.

(E. 4)

Para los profesionales que trabajan en la atención a la salud mental de estos niños y adolescentes, el problema fundamental de las expulsiones tiene su origen en la obligatoriedad de los estudios hasta los dieciséis años. Hay casos de niños cuya modalidad de escolarización en el aula les genera muchos problemas. En el caso de niños con retraso mental, algunos profesionales llegan a ver contraproducente la integración escolar, puesto que genera muchos conflictos con el resto de los alumnos que perciben las diferencias.

Y ahora te encuentras con que llegan allí los niños y, bueno, pues tienen que estar hasta una edad determinada porque si no no pueden pasar al programa y ha habido padres que han quitado los niños del colegio porque no pueden. Vamos a ver, una niña con retraso mental, eh... ¿Qué hace en un 4º de ESO? Si es que es un retraso. Que no quiere ir, porque se rien los niños de ella, le dicen tonta...

(E. 5)

ATENCIÓN A LA FAMILIA

Como ya se ha visto, los profesionales sanitarios son conscientes de la importancia de prestar atención a la familia. No obstante, las intervenciones de atención inmediata a las inquietudes y dudas que plantean padres y madres dentro del contexto de la consulta son las más frecuentes.

El apoyo a la familia es importantísimo, y no es que nosotros no lo queramos hacer, es que a veces no podemos, por la carga laboral... falta cobertura fundamental en este aspecto.

(E. 7)

No sólo debe hacer así con el brazo 7 veces para que el niño coja una cosa, sino que aprovecha que está haciendo eso, para ver que una madre está llorando y hablar con ella. Y a veces una sesión de atención temprana es estar con ella. Y a veces con el otro hermano.

(E. 1)

La gran cantidad de recursos que existen en diferentes ámbitos (salud, educación, asuntos sociales, asociaciones, etc.), la escasa coordinación entre dichos recursos y la situación tan angustiosa que se genera entre los padres cuando nace un hijo o una hija con discapacidad, hace que los padres traten de paliar esas carencias, aumentando el número de intervenciones. Esta idea da pie a una reflexión entre las personas entrevistadas que ven cómo la desesperación de los padres, sobre todo los que tienen más recursos económicos, por mejorar la calidad de vida de su hija o hijo, los lleva a ser *taxistas*, e ir de un sitio a otro abarcando todas las sesiones terapéuticas posibles. Además del desgaste que supone para la familia esta situación, las intervenciones de múltiples profesionales puede repercutir negativamente, desde una perspectiva integral de la atención, ya que cada uno de ellos puede plantear una metodología de trabajo, a veces diferente e incluso contradictoria, que interfiere en la globalidad de la intervención.

Y los padres quieren más, cuanto más mejor. Y los padres ante niños pequeños que tienen dificultades muy graves, su idea es que tienen que darle todo lo que puedan. Y no, por más intervenciones, hay una mejoría. Los padres, a veces cree uno que se van a volver locos, los llevan a este sitio, y al otro y al de más allá...

(E. 4)

Hay algún que otro padre que es "taxista", y ¿la culpa es de los padres? Yo creo que no. Yo creo, el problema está, que aquí en Salud te ofrecen una atención, que en Educación te ofrecen una atención, que en la asociación también te ofrecen una atención. Y tú como padre que tienes un hijo con trastorno muy grave y un hijo pequeño... Pues los padres se enganchan a todas ellas, ¿no?

(E. 5)

Aparte de incrementar el número de intervenciones, las madres y padres carecen de espacios donde atender sus propias preocupaciones e inquietudes en todo lo que atañe a la atención diaria y cotidiana de este niño con discapacidad. Por esta razón, los profesionales sanitarios derivan los casos que atienden a las asociaciones.

Insisto en las asociaciones porque es lo único que hay para que las madres se encuentren, les busco direcciones y se las comento... por ejemplo tuve una experiencia de un recién nacido con síndrome de Down, que estaban los padres un poco desolados, entonces recurrieron a las asociaciones donde trabajan un poco con los padres...

(E. 6)

PLANIFICACIÓN

Los profesionales entrevistados se refieren en este apartado a la gran cantidad de recursos destinados a la atención a la infancia y la discapacidad en el ámbito andaluz y a la diversa planificación y coordinación de estos recursos.

Para poder planificar políticas coordinadas, la primera labor que habría que hacer sería conocer y reflejar la realidad de todos los recursos existentes, además de realizar una evaluación de los mismos.

Yo pienso que con los recursos que tenemos, lo que tenemos que hacer es planificarlos... Conocer todos los recursos y conocer todas las cosas, y planificarlas y coordinar, y no duplicar, estamos derrochando recursos. Más coordinación y planificación.

(E. 5)

Poder pararse y analizar y reflexionar acerca de las consecuencias de que haya atención a la salud mental en distintos sitios. Merece la pena en algún momento estudiar las ofertas que hay, quiénes las están gestionando, qué resultados se están consiguiendo... ver un poco también si todos estamos viendo a un mismo paciente, si hay pacientes que no los está viendo nadie, porque creo que hay muchos niños con discapacidades físicas u orgánicas que seguro que tendrán trastornos mentales asociados y que no vienen habitualmente por los dispositivos de salud mental. Y tiendo a pensar que tendrán atención a sus trastornos psíquicos en otros sitios...

(E. 4)

Además de conocer los recursos que actualmente existen, sería fundamental, según la visión profesional, realizar estudios epidemiológicos y estadísticos que den una idea de las cifras sobre el número de casos y sus causas. Los profesionales sanitarios abogan por una mayor realización de estudios estadísticos y de investigaciones. El mejor conocimiento de la población favorecería y ayudaría en la planificación de los recursos humanos que deben destinarse a cada ámbito de intervención.

Labor asistencial, docencia e investigación. Porque es importante saber cuánto tenemos para poder planificar medidas preventivas. Porque si no sabemos cuántos son los

que tenemos y cuáles son las causas, no podemos planificar. Tenemos que hacer estudios estadísticos e investigar.

(E. 1)

La experiencia de los profesionales sanitarios que están atendiendo a estos niños evidencia la existencia de niños con diversos déficit asociados, la planificación de las políticas públicas deberá tener en cuenta estos perfiles donde se suman distintos trastornos que complican la atención por ser niños con plurideficiencias. Esta situación se agrava cuando existen problemas de tipo social.

El gran problema es que muchos de estos niños son plurideficientes, el gran prematuro, entonces tiene retinopatía con déficit sensorial visual, también problema en la audición y muchos problemas motores. Entonces vamos a necesitar un fisio, un experto en atención global temprana, y a lo mejor el apoyo de la ONCE.

(E. 1)

Tiene un poquito de trastorno cognitivo, un poquito de motor, un poquito más de trastorno neuro-sensorial. Es un niño que necesita de un apoyo y una orientación global.

(E. 7)

Y después tenemos otro grupo. Que nosotros en un 20% de nuestros niños se nos asocia el riesgo social. Es decir, hijo de madre drogadicta, de sida, alcohólica, en la cárcel...Y vemos muchos niños que nacen aquí que van al centro de acogida.

(E. 1)

RECURSOS

RECURSOS FÍSICOS Y ECONÓMICOS

Según la visión de los profesionales consultados para llevar a cabo algunos programas de salud destinados a

la prevención y detección precoz de posibles deficiencias, la administración sanitaria debe dotar económicamente de los recursos económicos, humanos, formativos e informáticos necesarios para poder realizar el proyecto.

Llevamos dos años intentando hacer la detección precoz de sordera en nido... pero como no había recursos, ni medios, pues no ha ido para adelante. Es que cuando se quiere hacer un programa así, hay que gastarse un poco de dinero. Ahora parece que después del verano va a empezar la criba en el nido de todos los niños.

(E. 3)

RECURSOS HUMANOS

Hay algunos perfiles profesionales y especialidades que se demandan más como es el caso de fisioterapeutas, rehabilitadores infantiles y terapeutas ocupacionales.

Aquí se puede dar intervención pero se da menos de la que se debería. ¿Por qué? Es que hay una fisioterapeuta nada más. Entonces, ¿qué es lo que pasa? Pues que siempre se quedan con los niños que tienen muchos problemas.

(E. 3)

No tenemos terapeuta ocupacional, pues eso es muy importante desde el punto de vista rehabilitador, la ejecución del tratamiento lo debería hacer un fisioterapeuta, y un terapeuta ocupacional y un logopeda y un psicólogo, sin eso se queda coja la rehabilitación.

(E. 2)

Hay pocos rehabilitadores.

(E. 1)

Los profesionales sanitarios de atención especializada demandan no sólo más profesionales, sino también más formación, y más posibilidades de reciclaje en sus

profesiones. Uno de los aspectos fundamentales en el que se deberían centrar los contenidos de esos cursos sería la adquisición de habilidades adecuadas de comunicación para la transmisión del diagnóstico.

...necesitamos gente, pero gente que esté bien formada, es muy importante el reciclaje y la formación del profesional.

(E. 3)

...se nos enseña a diagnosticar pero no a transmitir un diagnóstico, diagnóstico que hay que transmitir a cada familia según el nivel, a ponernos en un sitio, en un espacio no en medio de un pasillo y corriendo...

(E. 1)

OTROS GRUPOS POBLACIONALES

La realidad que vive la comunicad andaluza pone de manifiesto que el número de nacimientos de niños e hijos de inmigrantes es cada vez mayor. Algunos de estos niños presentan limitaciones que pueden llegar a traducirse en discapacidades, por lo que los profesionales sanitarios plantean un acercamiento que tenga en cuenta las identidades culturales y particularidades de cada grupo.

...ahora tenemos los inmigrantes que es un porcentaje muy alto de la población.

(E. 1)

Ahora mismo hay veces que en la unidad nuestra, tenemos diez niños y ninguno es español. Se llaman "usinsky, vavilovsky.

(E. 3)

Por último, los profesionales sanitarios también identificaron la necesidad de crear unidades o equipos de trabajo que atendieran a los adolescentes

con discapacidad. Aunque este trabajo ha tratado de abordar las necesidades percibidas por los profesionales y éstas en su mayoría se han referido a los primeros años de vida del niño, puesto que es cuando más plasticidad tiene y mayores resultados pueden obtenerse en la reeducación o intervención que se planifique, no podemos olvidarnos de que tras su paso por la Unidad de Seguimiento del Hospital o su Seguimiento por el Pediatra de AP, hace falta continuidad y atención a la salud del adolescente.

...la etapa neonatal está más o menos organizada pero en los más mayores falta coordinación.

(E. 1)

OPINIONES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE EL TRASPASO DE COMPETENCIAS DE ATENCIÓN TEMPRANA

Las valoraciones que transmiten los profesionales sanitarios sobre el traspaso de competencias, se basan, en principio, en la conveniencia de que sea salud quien coordine la atención temprana.

Es que los niños cuando son muy chiquititos dependen más de Salud. Por más que nosotros queramos decir que Educación, que... pero es que no han acabado de resolver los problemas médicos... Entonces son muy de Salud. Porque un niño con una parálisis cerebral, pues, antes de hacerle otra cosa es saber, garantizarle que va a comer. Porque tú le puedes dar todas las intervenciones del mundo, pero si la madre para darle de comer a ese niño tiene que tirarse cinco horas y encima no traga...

(E. 3)

Los profesionales sanitarios valoran positivamente el traspaso de competencias por el carácter universal y gratuito con que se dispensaría la atención temprana.

Si lo hacen bien va a ser positivo, a mí me gustaría que AT fuera tan gratuito como la maternidad, en servicios sociales no era universal, porque había conciertos con las asociaciones, y no todos los niños estaban atendidos.

(E. 1)

Los profesionales sanitarios que trabajan en Unidades de Seguimiento y Atención Temprana tienen muchas expectativas en este traspaso de competencias, puesto que piensan que se van a impulsar las ya existentes, y sobre todo planificar todo lo que queda por hacer. En ese sentido, esperan que desde el sector salud cuenten con los profesionales que ya llevan un tiempo haciendo labores de seguimiento e intervención, y que vienen prestando ese servicio antes de que estuviera normativizado.

Estamos ansiosos de ver cómo lo van a hacer, cómo lo van a organizar, esperemos que participemos o nos pregunten a la gente que llevamos ya un tiempo haciendo esta labor.

(E. 7)

En general, los profesionales son conscientes de que la Consejería de Salud tiene que hacer una planificación sobre las prestaciones que va a incluir, puesto que los recursos con los que en un principio cuenta, a menos que se aumenten, son bastante limitados.

Al pasar atención temprana a salud, es como si hubiera mucha demanda y ¿con qué oferta? La Consejería está siendo muy cauta a la hora de decir qué programa de atención temprana va a ofertar, porque es gratuito y universal, y va a haber mucha demanda y los recursos son limitados.

(E. 1)

UN MODELO DE UNIDADES DE SEGUIMIENTO MADURATIVO Y ATENCIÓN TEMPRANA

Los profesionales consultados, ven la necesidad clara de crear Centros o Unidades de Atención Temprana.

Por cada área hospitalaria o hospital de tercer nivel tendría que haber una unidad o centro de AT. Esta unidad de AT realizaría el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, y además planificaría y atendería las necesidades de la familia.

Por cada área hospitalaria yo pondría estas unidades donde se va a hacer el diagnóstico sindrómico, etiológico y funcional, y donde se va a atender a la familia, también un diagnóstico social y familiar... Pedir que haya una unidad de seguimiento por cada hospital terciario, tampoco es pedir mucho, es que estamos hablando de atención temprana, donde el diagnóstico precoz es lo importante"

(E. 1)

Estos centros de AT, no sólo deberían estar ubicados en las grandes ciudades, sino que también habría que crear unidades en diferentes áreas geográficas según las peculiaridades de cada provincia, para hacerlas lo más accesibles posible y facilitar su cercanía al medio familiar.

A lo mejor en Granada dos unidades de atención temprana no hacen falta pero sí una bien dotada y otra en la zona norte, y otra en la costa... hacer como brazos y que los niños que tengan dificultades que cuenten con recursos, y con las mismas posibilidades.

(E. 7)

La existencia del libro blanco de la atención temprana se valora positivamente puesto que puede servir como referente en la planificación, diseño y puesta en práctica de la atención temprana.

Es un documento que no tiene poder jurídico, no tiene poder normativo, pero es un poco decir estas son las líneas a seguir, que la AT sea gratuita, universal, con equidad, cercana al niño.

(E. 1)

¿Dónde tiene que estar ubicado? Desde mi experiencia creo que en los hospitales de tercer nivel hay que tener una unidad de atención temprana, porque estos niños son muy demandantes de salud en las primeras etapas de la vida. Son niños que reingresan mucho en el hospital, entonces debe ser alguien del equipo de AT del hospital quien coordine esto, y los niños de bajo riesgo es mejor que estén cerca de su casa y que los sigan en atención primaria.

(E. 7)

Uno de los aspectos más importantes que contemplan estos profesionales es que el concepto de salud, no solamente debe abarcar aspectos puramente científicos y técnicos de la enfermedad, sino que se habla de diagnóstico e intervención tanto con el propio niño como con la familia y el medio social en el que vive. Los profesionales sanitarios perciben que, en general, los niños están muy bien diagnosticados, pero no hay sitios adecuados donde se realicen intervenciones personalizadas, que tengan en cuenta el medio social, la familia y los principios generales que deben regir la intervención mediante la atención temprana.

Y cuando hablo de intervención, es que no hablo de diagnóstico. Que la mayoría están muy bien diagnosticados, pero no hay ningún sitio donde de verdad se le ponga unos objetivos a ese niño según sus capacidades y se valoren sus progresos. Ya se sabe que la plasticidad cerebral hasta los dos años es cien, hasta los seis es ochenta y por encima de los seis años se queda en cuarenta y por encima de los veintiocho años se queda en un uno por ciento, aunque llegue a la vejez. Entonces, cuando se detecta el riesgo que

está diagnosticado, hay que tomarse en serio la intervención.

(E. 3)

Los centros o unidades de AT deberían estar formados por equipos multidisciplinares. La mayor parte de estas especialidades existen en el hospital, por lo que quedaría por hacer sería coordinarlos.

Se va a planificar la atención, por tanto se va a necesitar: un neuropediatra, rehabilitadores infantiles, oftalmólogos, genetistas, audiólogos, todas las especialidades pediátricas... en nuestros hospitales hay muchas especialidades pediátricas que son necesarias para la mejor atención del niño, si lo único que hay que hacer es coordinarlas.

(E. 1)

Una posible propuesta planteada por las personas entrevistadas, sería la formación de "equipos de responsabilidad" donde cada uno de estos ámbitos (educativo, sanitario, social...) tendría un mayor protagonismo según la edad y características de cada caso y familia. Es decir, existiría un primer nivel de atención que estaría ubicado en salud y que, dependiendo de la gravedad de cada caso, se situaría en el hospital o en el centro de salud. A partir de los tres o cuatro años, la responsabilidad recaería con un mayor peso en el equipo educativo encargado de la integración escolar. Por otro lado, Asuntos Sociales debería estar presente en todo el proceso atendiendo las demandas y prestaciones económicas, además de elaborar un análisis y seguimiento del riesgo social.

Las Consejerías se deberían de distribuir las edades. Y eso es Salud y Educación. Y Asuntos Sociales debería recoger todo lo que sea riesgo social desde el nacimiento hasta que sean grandes.

(E. 3)

2.3.3. PROFESIONALES DE EDUCACIÓN

FORTALEZAS DE LA ATENCIÓN

AVANCES NORMATIVOS

El esfuerzo y la realidad del desarrollo normativo que actualmente dispone la Comunidad Autónoma andaluza en materia de alumnado con necesidades educativas especiales (NEE), es calificado por los profesionales del ámbito educativo, como loable. Desde la perspectiva de los profesionales consultados, Andalucía dispone de un marco normativo ejemplar, basado fundamentalmente en la Ley de Solidaridad en la Educación y el desarrollo normativo de la misma, convirtiéndose en uno de los más evolucionados de este país.

Uno de los pilares más fuertes es el respaldo de nuestro cuerpo normativo, la Ley de Atención a las Personas con Discapacidad, la Ley de Solidaridad, más todas las normas que las desarrollan, que hay que equipararlas al resto del estado español y en algunas cosas están más avanzada.

(E. 9)

Con la LOGSE había un capítulo dedicado a la educación especial y dio lugar a que al menos en teoría tuviéramos un marco normativo por encima de otros países europeos, en España yo creo que la integración y la atención a las necesidades educativas especiales están muy bien, muy bien organizadas.

(E. 10)

Y tener un alumno discapacitado en un grupo normal, pues era una cuestión difícil para todos, sobre todo porque no teníamos claro cómo había que hacerlo. Y el panorama se ha ido aclarando ahora, y recientemente pues ha salido un Decreto nuevo de atención a los alumnos con necesidades educativas especiales, el 147/2002.

(E. 8)

Por ejemplo, uno de los avances calificados positivamente por los profesionales, es la normativa que regula la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización, que contempla la implicación y participación de la familia en todo el proceso. Y es que la existencia de este marco normativo supone una herramienta que el usuario, la familia y los niños, pueden manejar para exigir sus derechos y necesidades no cubiertas.

Ahora te obliga la normativa, porque si tú haces una valoración del niño esa familia tiene que estar de acuerdo, luego eso: si lo haces bien, te obliga a implicarlos en todo el proceso, la decisión es compartida.

(E. 13)

Si de algo me alegro de esta normativa es que no tanto de los logros sobre el papel, sino de la herramienta o el instrumento que le da al usuario para pedir sus derechos, esa es la herramienta que el usuario tiene.

(E. 9)

CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Aunque la variabilidad de las opiniones recogidas es evidente debido a las diferencias que existen entre las diversas provincias andaluzas y el perfil de los profesionales consultados, sí que hay consenso en identificar algunos elementos que darían fe de los grandes avances que se han producido en materia de integración.

En integración el 86% de nuestros alumnos con necesidades educativas especiales están integrados, y el 14 % está en centros o en aulas específicas, creo que llegan a los 27.000 con discapacidad, solo unos 3.000 están en aulas o en centros específicos y el resto están integrados, con apoyo más o menos variable.

(E. 9)

En los inicios de la integración del alumnado con NEE, se intentó formar una red de servicios en los que se aspiró a que todos los niños con discapacidad estuvieran escolarizados. Hoy día el sistema ha evolucionado más y no sólo se asegura que ese niño acuda a la escuela, sino que vaya al centro que le corresponde por la cercanía a su domicilio.

E hicimos un censo y nos salió que más de la mitad de la población estaba en su casa. Entonces en el año 85 más del 60% estaba en su casa, entonces empezamos a tratar los datos estadísticamente por zonas y fuimos creando centros adaptados para atender esa gran demanda. Ahora mismo no hay ningún niño sin escolarizar.

(E. 13)

La integración del alumnado con NEE es algo bastante aceptado por los educadores que manifiestan contar con la suficiente formación y experiencia como para integrar en sus aulas a estos alumnos, sobre todo en las etapas de infantil y primaria.

En general, está muy aceptado por los profesionales. Mucha gente tiene ganas, trabaja bien, se forman, se preparan, buscan material, en fin. Yo creo que la gente sí que está por la atención a la discapacidad, sobre todo en la Primaria, es algo ya asumidísimo.

(E. 8)

...la atención que se da en la Educación Primaria en régimen de integración, es bastante buena en general, con una valoración de mediana calidad hacia arriba.

(E. 9)

La integración también está ya bastante asumida por el alumnado, después de varias generaciones en contacto con políticas integradoras.

Ya esta generación sí tiene costumbre de discapacitados.

Porque toda su escolarización desde primaria ya la han hecho con discapacitados.

(E. 8)

En el sistema existen recursos de atención personalizada e individualizada, como es la figura de profesor o profesora de atención domiciliaria.

Este alumno tenía asignado un profesor de atención domiciliaria, sólo para él. Y el profesor lo que hacía era desplazarse a su domicilio a darle clase, entonces con esto, fijate que a veces, el sistema puede llegar a ser sofisticadísimo, me parece ya un nivel de atención estupendo, altísimo.

(E. 8)

COORDINACIÓN

COORDINACIÓN INTERNA

Corresponde a los Equipos de Orientación Educativa (EOE) la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización, así como el asesoramiento a los profesionales implicados en la elaboración de las adaptaciones curriculares individualizadas. En definitiva, este equipo es el encargado de valorar tanto las necesidades, como la evolución y seguimiento que va a necesitar cada alumno. Pero los EOE no solamente realizan estas funciones sino que también abordan otras cuestiones destinadas al alumnado en general.

También está el médico, los médicos hacen programas de prevención, de todo tipo de cuestiones, accidentes infantiles, higiene bucodental.

(E. 8)

Toda la escuela no sólo es discapacidad y esos equipos tienen que atender a más gente.

(E. 13)

Los departamentos de Orientación Educativa en los IES colaboran en la elaboración del programa educativo y

en la adaptación curricular al alumnado que lo precise, desempeñando una función muy importante, en la medida en que dan a conocer al profesorado la problemática concreta que presenta el alumno.

En la Secundaria, por lo menos lo que nosotros hacemos, todos los alumnos de apoyo a la integración pues se les proporciona la información básica a los profesores que los van a atender, sobre cuál es su discapacidad, el origen de ella, sus manifestaciones frecuentes, sus dificultades, la manera de trabajar y se dan unas orientaciones.

(E. 8)

Se le facilita al profesorado cuáles son los códigos de comunicación que el niño utiliza.

(E. 13)

COORDINACIÓN EXTERNA

En algunas provincias existen convenios de colaboración entre las Instituciones Públicas de Salud, Educación y Servicios Sociales para coordinar tratamientos e intervenciones. Estos acuerdos permiten que no haya un mismo recurso interviniendo sobre un mismo menor.

Con los centros públicos no hay duplicidad de tratamientos porque nosotros sí que contrastamos eso, si va a un sitio no puede estar en otro, este pacto no es oficial, es tácito a nivel técnico y con la gente del hospital, y del centro base pues nos llamamos.

(E. 17)

O bien Sanidad o bien Servicios Sociales, o sea, desde los servicios de rehabilitación o desde las guarderías, de los servicios bases, los centros de valoración, nos remiten el niño que al curso siguiente va a ser alumno.

(E. 13)

COORDINACIÓN ENTRE EDUCACIÓN Y SALUD

Hay experiencias concretas entre algunos profesionales de

educación que valoran de forma muy positiva los contactos que mantienen con otros profesionales de los servicios sanitarios, entre los que destacan las Unidades de Salud Mental Infantil y el Hospital de Día.

Con Salud Mental y Hospital de Día hasta ahora estamos teniendo niveles de coordinación muy buenos.

(E. 17)

Cuando se ha visto que los medicamentos no están ajustados a las necesidades del niño, inmediatamente nos ponemos en contacto con Salud Mental.

(E. 10)

También hay profesionales que trabajan con niños con discapacidades de tipo motor y que mantienen una relación muy estrecha con el servicio de rehabilitación del hospital. Esta colaboración permite que al hacer una revisión, en una misma cita se traten de solventar los problemas de salud de ese menor y, a la vez, evaluar las adaptaciones de materiales y mobiliario que precise para asistir al colegio.

La estructura de funcionamiento se mantiene porque es tan fuerte la conexión con el hospital... o sea que si yo tengo que ver a tu hijo, te puedo citar allí en el hospital y luego te traigo a la delegación a probarte todo lo que te haga falta... ellos son los que me dicen cómo sentarlo porque yo no soy médica, tú puedes ponerle una adaptación a un niño para controlarle su espalda y puede estar contraindicada... o sea que es un trabajo tan coordinado que aunque me falle la estructura educativa que es a la que pertenezco, sigo funcionando porque tengo el respaldo de otras instituciones.

(E. 13)

COORDINACIÓN ENTRE EDUCACIÓN Y SERVICIOS SOCIALES

También destaca la relación que mantienen algunos

profesionales de los centros educativos, tanto de integración como de centros específicos, con los Servicios Sociales y, sobre todo, con los Centros de Valoración y Orientación.

Con los centros base también colaboro ampliándoles la información de cara a las revisiones de minusvalía.

(E. 11)

Esta relación entre el ámbito educativo y el de los Servicios Sociales, llega a estrecharse sobre todo en el abordaje de situaciones familiares de riesgo social. En estos casos, suele existir un conocimiento y control de los Servicios Sociales comunitarios de la zona sobre la familia y circunstancias más específicas del niño con discapacidad.

Hay casos concretos en los que yo trabajo en colaboración con Servicios Sociales, porque a lo mejor esa familia tiene un seguimiento de Servicios Sociales, o tengan algún problema que los han denunciado por alguna historia, de separaciones, de malos tratos, y entonces trabajamos en conjunto.

(E.11)

RECURSOS

Aunque no existe un centro de recursos a nivel provincial que cubra todas las necesidades y demandas del alumnado con NEE, se ha creado un área de recursos para intentar paliar esta carencia.

Se ha creado una área de recursos en cada provincia, pero hay una sola persona, al menos ya es algo. En el Decreto 147 se ha creado también la figura del asesor en el centro del profesorado en materia de necesidades educativas especiales, esto en cierta medida suple la ausencia de ese centro de recursos.

(E. 9)

También han aparecido nuevos perfiles de profesionales que complementan la labor docente del profesorado, y cuya contribución se valora de forma muy positiva como es el intérprete de lengua de signos.

Una figura de reciente incorporación es el intérprete de lengua de signos, que ella queremos que forme parte del personal de administración y servicios para el ejercicio del 2004.

(E. 9)

Los Equipos de Orientación Especializados en la atención al alumnado con necesidades de tipo motor, constituyen un elemento fundamental de la red de recursos técnicos y humanos que permite ir adaptando la enseñanza a las necesidades del alumnado.

Entonces desde la propia Consejería tenemos un mobiliario específico para motóricos ya hay una red de recursos humanos, educadoras, profesores de apoyo y ahora los críos que van a los centros específicos son los gravemente afectados.

(E. 13)

FORMACIÓN

Dados los contenidos pedagógicos que adquiere el profesorado de Infantil y de Primaria en el transcurso de su proceso formativo, la valoración que hacen de su nivel de formación y adaptación parece ser el adecuado para atender al alumnado con NEE.

Que el profesorado de Infantil y Primaria, primero ha tenido una experiencia y trayectoria en el campo de la integración, ya importante y segundo su formación inicial en didáctica y en psicopedagogía es mucho mayor.

(E. 9)

También hay profesionales del ámbito educativo que ensalzan la labor realizada por el profesorado de Educación Infantil y Primaria.

Yo lo digo muchas veces, no perder el sentido común, o sea, tú estás delante de un niño y no puedes esperar a que venga el médico especializado, la logopeda especializada, la psicóloga, como hay un buen maestro, sobramos todos los apoyos externos. Si el niño tiene cuatro años, pues tendré que empezar a enseñarlo y a prepararlo como la edad que tiene, que veo que no llega, pues me voy bajando y voy cogiendo contenidos de tres o de dos, es cierto que hay verdaderos enseñantes que sin grandes conocimientos, pues te están llevando al niño pues estupendamente.

(E. 13)

DEBILIDADES DE LA ATENCIÓN

DIFERENCIAS ENTRE LA NORMATIVA Y LA REALIDAD

El gran avance normativo existente sobre el alumnado con NEE en Andalucía, no tiene una plena correspondencia con la realidad práctica y cotidiana de los centros escolares. Esta idea, la sostienen los profesionales entrevistados que ven carencias de recursos, o escasa planificación de los recursos disponibles, y dificultades en la coordinación de todos los dispositivos que intervienen en la Discapacidad y la Infancia.

En cuanto al cuerpo normativo, en cuanto a los derechos, en cuanto a las medidas eso yo creo que estamos a primer nivel, ahora eso digamos que no tiene una correspondencia tan directa en el plano de la realidad, existe una normativa pionera, estupenda, magnífica, pero ahora nos encontramos con la aplicación práctica.

(E. 10)

En referencia también a los aspectos normativos, han surgido ciertas dudas entre los profesionales sobre cómo interferirá y qué efectos provocará entre el alumnado con NEE, la recién promulgada LOCE.

Con la Ley de Calidad la Población que se coloca en situación de riesgo de salir cuanto antes, los candidatos son los alumnos con discapacidad y los alumnos que provienen de sectores culturales desfavorecidos y los alumnos que tienen dificultades de aprendizaje.

(E. 9)

VARIABILIDAD INTERPROVINCIAL

Según la opinión de los profesionales consultados, encontramos diferencias en cuanto a la disponibilidad de recursos entre provincias. Por ejemplo, hay equipos de orientación educativa que son específicos de determinadas discapacidades (motórica o auditiva) y que solamente existen en algunas provincias.

Es que no tiene sentido que el niño granadino no tiene los mismos derechos que el niño sevillano o que el niño malagueño, no tiene sentido que si tú has nacido aquí, tengas una serie de recursos públicos; y si has nacido allí no los tengas.

(E. 13)

Por esto volvemos otra vez, el factor geográfico es decisivo ¿no?, porque en las grandes capitales, todo esto es posible, tener un centro para discapacidad auditiva, expertos, con maestros bilingües y aquí lo tenemos, con gran satisfacción y es bueno, pero es que en lo rural no tenemos esa oferta, no la tenemos.

(E. 9)

La misma realidad de la orografía de Andalucía oriental no es la misma que la occidental, y a veces se dan asentamientos muy pequeños, donde aparece un niño gravemente afectado y claro ese niño que necesita fisio, logopedia... no puede estar un equipo sólo allí para ese niño.

(E. 10)

COORDINACIÓN COORDINACIÓN INTERNA

Desde la perspectiva de los profesionales educativos resulta bien difícil opinar sobre el trabajo que realizan los EOE dada la gran carga de funciones que tienen que asumir y áreas sobre las que tienen que actuar.

Hay EOE que tienen 20 colegios, entonces analizar los EOE es como echarlos por tierra, cuando no lo veo justo porque profesionalmente están haciendo lo que pueden.

(E. 13)

Los EOE son unos equipos que tienen muchísimo trabajo, están adscritos a un área muy extensa, son muchos los colegios que tienen que atender y entonces pues su trabajo es difícil de desarrollar con calidad y con continuidad, porque realmente lo que se le ha echado encima es demasiado para lo que ellos pueden hacer... el sistema es harto complejo y se les están dando cada vez más competencias y cada vez más trabajo.

(E. 8)

En ocasiones, hay profesionales que han trabajado para la integración de alumnos con discapacidad, por ejemplo con la eliminación de barreras arquitectónicas en el caso de los alumnos con problemas motóricos, y luego se encuentran que una vez superadas estas barreras, no hay una coordinación entre la maestra de este niño, y el equipo de orientación que tiene que encauzar su trabajo.

Hay fallos de coordinación, que no sabemos entregar bien el testigo, o sea tú eres la maestra que va a coger el niño que yo he valorado, yo te lo dejo bien sentado, pero yo ya me voy, entonces ahora tiene que venir otro psicólogo de la zona a coordinarse contigo.

(E. 13)

Y es que según el tipo y complejidad de la intervención que tenga que realizar el EOE, tendrá un efecto más o menos inmediato y rápido.

Una niña que tenía un leve rotacismo y la mejoría fue muy rápida, claro es un trastorno sencillo, pero cuando son trastornos del lenguaje más complejos que necesitan una atención más específica, pues ya no ves la mejoría tan rápida.

(E. 8)

A veces surgen divergencias entre las opiniones de los profesionales que componen los EOE y el profesorado. Estas diferencias, responden, según las personas entrevistadas, a los más variados criterios: desde la corriente psicológica que guíe al psicólogo del equipo, el tiempo que dedican para realizar la evaluación de cada caso, o la metodología de revisión de diagnósticos previos realizados en otras instituciones.

¿Cómo es posible que con unos criterios que todos deben cumplir a la hora de valorar a un niño se utilicen raseros distintos? Pues en función de múltiples variables, desde la orientación del psicólogo, en función de los recursos que halla en la zona.

(E. 9)

Muchas veces te das cuenta que no han evaluado al niño previamente, sino que han hecho una minientrevista con los padres, y se han fijado de los informes médicos, el otro día me encontré con un dictamen de un caso de una espina bífida, pero marroquí, de tres años, lengua árabe, padres árabes y de pronto vemos que lo han derivado, fíjate qué barbaridad, a un aula específica dentro de un centro de sordos.

(E. 14)

Hay casos en que las discapacidades de los alumnos y alumnas son más evidentes, sin embargo hay otros casos más difíciles de detectar pudiendo esto retrasar la organización de la respuesta educativa que cada alumno precise.

El down es evidente, o el parálítico cerebral es evidente.

Pero hay otros trastornos que no dan muestras físicas y eso los maestros lo detectan muy bien, y le piden al EOE que haga un diagnóstico de estos niños, y entonces ahí es donde empiezan los problemas, porque a ellos les cuesta mucho tiempo hacer los diagnósticos, porque van muy poco tiempo a cada centro. Los niños discapacitados evidentes, ya están siendo atendidos desde que aparecieron en el centro, ya están en su circuito, pero, los niños que tienen unas discapacidades ligeras pues es un trabajo que se empieza a posponer.

(E. 8)

Según esta visión, la repercusión que puede tener el dictamen de escolarización, va a ser fundamental para la trayectoria escolar que va a seguir cada alumno. Por esta razón, tener una etiqueta de "alumno con discapacidad" puede llegar a favorecer el incremento del número de recursos que se centran en el alumnado con "discapacidad evidente".

Le han hecho un dictamen de escolarización que no precisa de integración en el aula, es decir que no lo han dado como discapacitado, por lo tanto no entra dentro de la ruta del apoyo a la integración. Entonces cuando yo tenga delante de mí la lista de los discapacitados, los que son legalmente discapacitados, yo tengo que hacer mi horario y mi trabajo con éstos, si me sobra tiempo, podré atender a los otros. Y estos niños van a estar perdidos. Perdidísimos.

(E. 8)

Algunos profesores también reflexionaron sobre los inconvenientes que implica "etiquetar" al niño que simplemente tiene algún problema de aprendizaje que siendo leve y por tanto debiendo ser atendido por el propio maestro o maestra, se deja en manos de los circuitos de atención más especializados.

Hay niños que nos vienen a colegios específicos porque la profesora o profesor especialista de pedagogía terapéutica

que debería atenderlo está haciendo tareas de recuperación de lecto escritura a otros niños, que en teoría deberían ser trabajados por sus maestros que son los especialistas en lecto escritura, los niños que tienen retraso escolar deben ser atendidos por sus maestros que además son especialistas en este tema y están obligados a ello"

(E. 10)

Por último, también nos expresaron que en determinados casos poner la etiqueta de discapacidad, puede ayudar a encontrar alguna salida para chavales y chavalas, que están a punto de salir del circuito escolar y que no tienen ni recursos ni apoyos familiares.

Cuando yo llego al centro, no sé estas cosas, me dejo llevar por lo que yo veo, yo digo "esta chica no es deficiente intelectual, cómo voy a poner que esta chica es deficiente intelectual", entonces me dice el psiquiatra, que hace mucho que está en su puesto y conoce la realidad de la chica, de su familia y de la zona, dice: "no es, pero si yo ahora pongo que esta chica, que tiene 19 años no es, ahora cuando salga del colegio, pues resulta que no le va a dar una minusvalía para que vaya a ADIPAS", ADIPAS es un centro ocupacional, que está subvencionado, donde los alumnos de mi centro después van.

(E. 11)

COORDINACIÓN EXTERNA

La respuesta a las debilidades de coordinación externa pasa por incrementar, protocolizar y garantizar adecuados niveles de coordinación entre las administraciones y organizaciones que tienen competencias en atención a la Infancia y la Discapacidad.

Es sentar a Educación, a Sanidad y a Servicios Sociales, pero no para hacer panfletos sino para planificar, porque se ahorra dinero, yo ahora mismo voy a un hospital, veo a un niño, vemos lo que necesita y decimos: "esto se puede

conseguir por el catálogo de prescripciones del SAS", entonces se lo prescribe su médico, "esto no entra en el catálogo", bueno pues esto lo intento yo por educación y "esto es carísimo", bueno pues esto por Servicios Sociales, por el plan de ayuda.

(E. 13)

Esta coordinación debe plantear la necesidad de relacionar las áreas competentes y administraciones competentes en materia de inserción laboral de los jóvenes con discapacidad.

Asuntos Sociales organiza cursos, desarrollo tecnológico organiza cursos y nosotros por otra parte haciendo la transición a la vida adulta y los programas de garantía social, pero no nos reunimos para decir bueno, qué es lo que necesitaría realmente el mundo del trabajo para absorber esta población.

(E. 9)

Para los profesionales consultados, además de la coordinación, debe existir una figura que tenga una visión integral de cada niño y de las características de cada caso.

Imagínate un niño que está en el hospital, que está escolarizado, ¿quién coordina esto? El niño es uno, la familia es una, en estas edades desarrollo y aprendizaje están muy unido, y todo el mundo está interviniendo en sus niveles de desarrollo, el maestro, la familia, el médico... pero ¿quién coordina y asume una visión integral del niño y la familia? Hay dos soluciones: o alguien lo asume o todos deberían estar muy coordinados, y eso es muy difícil.

(E. 17)

Pero es más una iniciativa de los profesionales o una demanda de los padres que actúan como mediadores de todos los que están trabajando con su hijo.

(E. 8)

De igual forma que desde el ámbito sanitario, algunos profesionales apuntaban la necesidad de crear centros donde se uniera la atención terapéutica y educativa, en el ámbito educativo también surgen demandas de atención en esta misma línea.

Los chicos con alteraciones comportamentales graves, trastornos psicóticos, esquizofrenia, a partir de la adolescencia ya se van apuntando y después se convierten en un grave problema, y la institución educativa no puede manejar esos casos, tampoco lo puede hacer en solitario salud, nosotros deberíamos dar una oferta intermedia, algo así, como tener un dispositivo que yo no sé si llamarle aulas puente, centros de atención educativo asistencial.

(E. 9)

MOTIVACIÓN PROFESIONAL

Hay opiniones redundantes que ponen de manifiesto que la motivación de los profesionales implicados en un área de trabajo influye en la calidad de la atención. Entre los profesionales educativos, existe una realidad compleja en la que algunos profesionales se sienten suficientemente formados y motivados como para asumir la integración escolar, mientras que otros se sienten desmotivados y con carencias de recursos para asumir la integración en sus aulas.

La actitud de los profesionales de los distintos centros: esa es la gran dificultad, hay centros en los que hay una gran carencia de profesionales y funcionan muy bien, porque la actitud de todos los demás suple la falta de profesionales, y hay centros donde "la ratio" es bastante favorable por alumno y en cambio las cosas no funcionan, que te dicen es que este niño no tiene que venir con nosotros porque no puede hacer lo que hacen los demás.

(E. 9)

Pienso yo que el maestro a veces se encuentra tan solo, tan

solo, que al final tiras la toalla, tú no puedes estar luchando con todo... como han hecho cuando han metido ahora a los 3 años, te meten un niño que no hace pipí ni caca... y ahora tú que haces cuando uno quiere ir al servicio, te vas con los 25 al servicio.

(E. 16)

En este sentido, la valoración que el propio profesorado hace es que, en ocasiones, se dan actitudes de rechazo hacia la integración del alumnado con NEE que impiden la puesta en marcha de algunas actividades o programas.

En los de electricidad hemos hecho intentos, de integración, hemos tenido algún que otro alumno, en algún que otro año y ha sido fatal... porque los profesores no estaban por la labor.

(E. 12)

Los maestros ya no quieren complicarse la vida con nada y los que van viniendo por detrás absolutamente nada, pasote total.

(E. 16)

La desmotivación, también puede afectar a los profesionales que trabajan en los centros de educación especial, debido a la percepción de escasas opciones de formación y reciclaje y el alto grado de implicación de su trabajo.

También es importante que sepan que en un centro específico, la gente que está allí, lleva muchos años trabajando... Entonces se convierten también a veces en guetos... cuando tú trabajas en este tipo de ámbitos con tantos problemas, llega un momento en que te quemas, el que trabaja con drogodependientes, se quema, el que trabaja con Educación Especial cuanto más especial y más dura, más se quema. Entonces el profesional tiene derecho a que lo incentiven de una manera, a que cambie el chip y trabajes en otra cosa, o que tengas tiempo y te puedas formar.

(E. 11)

PLANIFICACIÓN

Los profesionales del área educativa solicitan una mayor planificación en aras de optimizar los recursos disponibles.

Si se mejorara la infraestructura, los recursos de atención directa, podríamos ser mucho más eficientes, en el trabajo se podrían llegar a optimizar mucho más los recursos que tenemos, yo creo que no es cuestión de muchos más recursos, sino de tener los suficientes recursos para hacer que lo que tenemos funcione.

(E. 9)

Sería mucho más lógico crear un servicio en el que digan "este año usted puede contar con este dinero" o "presénteme un presupuesto de lo que le va a hacer falta para el año que viene" organizándolo de alguna forma.

(E. 13)

Esta mejora de la planificación debería incluir la realización de estudios de evaluación de la calidad de los servicios con los que están cubriendo las necesidades del alumnado con NEE.

"Entonces deberíamos tener estudios más sistematizados para saber si de verdad estamos siendo efectivos, sobre todo en Secundaria"

(E. 13)

Por último, el profesorado reflexiona, sobre la necesidad de sistematización y protocolización.

...¿cómo se mejora una dislexia? Está muy poco sistematizado y entonces cada profesional pues aborda el asunto como le parece bien. Y yo pienso, que ya va llegando la hora de que trabajemos de manera más científica en Educación. Entonces hay que hacer un esfuerzo de hacer protocolos y programas. Lo que sí existe en Salud, no existe en Educación.

(E. 8)

RECURSOS

Los profesionales consultados apuntan a la necesidad de realizar un plan de adquisición y provisión de mobiliario necesario para hacer adaptaciones, así como instrumentos tecnológicos indispensables para la comunicación de algunos de estos chicos.

No hemos tenido un plan de adquisición, de provisión y de reutilización de los recursos estructurado, sistemático que atienda realmente la demanda. Hacemos un pupitre adaptado, el más moderno, avanzado de Europa, patentado por la Consejería de Educación, pero sin un plan sistemático que nos permita extender esto.

(E. 9)

Esto es una tarta y dependiendo de cómo cortes los trozos, come más gente o menos, nuestra responsabilidad es que coma el mayor número, luego yo entiendo que Andalucía tiene una serie de necesidades y tenemos que hacer los trozos chiquititos, pero para todos, o sea que sean cada vez más chicos o que compremos más tartas.

(E. 13)

Afortunadamente ya tenemos el cuerpo normativo, el Plan integral, y ahora nuestros administradores tendrán que ser sensibles a esto, ¿cómo? Pues dando también recursos para gestionar estas políticas dentro de la administración y siendo capaces de ejecutarlas.

(E. 9)

Algunos profesionales señalan que existen numerosos trámites administrativos, para dotar a los centros de los recursos más adecuados. Por esta razón, demandan una planificación más cercana y que deberían ejercer los propios centros educativos.

Luego otro campo que mejoraría para los discapacitados, pues la autonomía económica de los centros. Y para decidir sus inversiones y para pensar qué es lo que tiene que hacer.

Es un numerazo, conseguir cualquier dotación material de la Administración. Numerazo porque miles de trámites... si yo tengo dinero para poner mi rampa y poner mi ascensor pues aquí puede venir porque el niño vive aquí enfrente y no tiene que ir ocho calles más allá.

(E. 8)

RECURSOS HUMANOS

En cuanto a las debilidades en el área de los recursos humanos educativos, los profesionales consultados en este estudio, demandan una serie de perfiles concretos, como monitores, educadores, terapeutas y EOE. Mejorando la coordinación entre los diferentes sectores.

Tendría que haber más gente, más EOE y tendrían que tener menos áreas de influencia territorial para poder hacer un trabajo más sistemático y más coordinado con los otros profesionales que intervienen.

(E. 8)

Se reconocen también ciertas deficiencias en algunas figuras clave para que la integración escolar sea posible, como son los monitores o educadores de Educación Especial, los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

Una carencia que son los monitores o educadores de Educación Especial... ese chico que está integrado necesita un monitor que le asista para el aseo, y eso ahora mismo es una gran limitación porque no tenemos el número de efectivos suficiente.

(E. 9)

Eso que dice la ley, que por cada niño que tenga problemas te descuentan, nada, tú sigues teniendo los 25.

(E. 16)

El profesorado que atiende los Programas de Garantía Social (PGS), también critica la carencia de apoyos y recursos cuando entre sus alumnos hay alguno con NEE.

La pega que tienen estos alumnos es que no hay ningún tipo de apoyo para alumnos de necesidades educativas especiales integrados en un programa de garantía. Entonces, el maestro que da la clase tiene que arreglárselas con ellos sin ningún tipo de refuerzos.

(E. 12)

Los profesionales expresan la necesidad de generar equipos estables de trabajo que permitan la continuidad de los programas, incluidos en los periodos vacacionales.

Es importante generar equipos estables de trabajo, que el programa sea la base del trabajo y si falla uno, que otro retome el cargo.

(E. 10)

Le interrumpimos la fisioterapia a niños que la deben tener al menos semanal, la logopedia y la comunicación a niños durante tres meses, más los periodos de Navidad y Semana Santa, es como si cerráramos los hospitales tres meses en verano.

(E. 15)

COLEGIOS DE INTEGRACIÓN VS COLEGIOS ESPECÍFICOS

Yo he tenido experiencias de alumnos en la clase, que les ha venido muy bien que haya alumnos de integración... Y a mí misma, y a los profesores, y al resto del personal, el que se acostumbren a ver niños discapacitados en un centro normal es buenísimo. Porque así nos están recordando siempre que existen, que eso es una realidad social.

(E. 12)

LA INTEGRACIÓN

Los profesionales del ámbito educativo, expresaron con sus opiniones la defensa de las diferentes modalidades de

de integración, siempre que se disponga de los suficientes recursos (materiales, humanos y a veces tecnológicos) para atender a niños con NEE. No obstante, optar por un modelo de educación integradora frente a Educación Especial ha sido motivo de debate entre los profesionales consultados. A continuación, se presenta de forma sucinta los principales argumentos para adoptar una propuesta educativa u otra con el alumnado de NEE.

INTEGRACIÓN EN INFANTIL

La Educación Infantil puede ser el ciclo en el que surjan menos resistencias a la integración, desde la propia aceptación por el resto de los compañeros, hasta los propios contenidos de la educación infantil.

"Donde más se ven procesos de integración reales sea probablemente de 0 a 3 años, si un "down" entra con seis meses en la escuela, empieza a relacionarse con otros niños en seguida, y para el resto de los niños es otro niño... para los niños de esta edad no hay que enseñarle un contenido, sino que tenga autonomía, estimulación del lenguaje... lo que la escuela pretende y lo que cualquier niño necesita está muy cercano, y luego ya cada vez se irán separando más.

(E. 17)

Los derivamos a Educación Infantil, por no privarles del contacto con otros niños, los contenidos curriculares les vienen bien a todos, conocer el esquema corporal, el vivenciar su cuerpo, la discriminación de colores, los juegos, los videos, las actividades, los areneros, sería muy raro que un niño no pudiera participar en algo así.

(E. 13)

INTEGRACIÓN EN PRIMARIA

Esta concepción de la Escuela Infantil, tiene su continuación en la Escuela de Primaria, puesto que se considera un periodo de desarrollo personal, atención global y

desarrollo de elementos básicos de conocimiento, donde la integración que se ha iniciado ya en la educación infantil puede básicamente continuar en la Escuela Primaria.

Desde los 6 hasta los 12 años que es la etapa en la Escuela Primaria estamos hablando de un periodo de atención globalizada, de desarrollo de la persona, de adaptación social, y para eso es la Primaria, la Primaria no es un Instituto, una Universidad donde se imparten conceptos, se habla de conocimiento del medio, de elementos básicos, pero a partir de los 12 y 13 años, se tiende a una especialización mayor.

(E. 10)

INTEGRACIÓN EN SECUNDARIA

Los profesionales entrevistados coinciden en las grandes dificultades que supone la integración en la Educación Secundaria Obligatoria desde la propia estructura organizacional de un Instituto y los contenidos que en este periodo se persiguen, hasta la actitud del resto de sus compañeros.

Durante toda la Primaria hay un tutor para el grupo de niños, cuando entras en Secundaria, entra el de matemáticas y se va, entra el de inglés y se va, el crío con necesidades pasa por mil manos y se pierde.

(E. 13)

Pero en secundaria la persona con discapacidad tiene mucha dificultad, los demás se afirman por elementos culturales, ideológicos y las diferencias allí se acrecientan y el adolescente tiende a afirmarse negando al otro, y entonces negar al otro y dejar al otro es una modalidad de afirmar tu personalidad.

(E. 9)

Los chavales que continúan su trayectoria académica en integración también en Secundaria, son calificados por sus profesores como casos en los que, pese a su discapacidad,

pueden desarrollar intelectualmente unos niveles mínimos de comprensión, porque cuando estos niveles mínimos no existen resulta realmente difícil seguir los contenidos académicos que se plantean para esta etapa educativa.

Los que siguen la trayectoria académica normal, son niños con unas capacidades intelectuales muy potentes, aunque sea un "down", entonces gracias a que tienen esa tenacidad y al empuje de sus familias, y acaban su titulación como todo hijo de vecino. Y todos los que tienen los niveles intelectuales bajos desde luego, de la Secundaria, se acabó e incluso tienen problemas para integrarse en programas de garantía social.

(E. 8)

Mientras que en Primaria los profesionales tuvieron oportunidad de formarse y reciclarse, con la Secundaria esta formación no se produjo, por lo que realmente no se sienten preparados para asumir competencias en políticas de educación integradora en sus aulas.

Eso tendría que ser con una formación previa para todos los profesores, como sí se hizo en la anterior reforma. En esa reforma fue obligatorio que los profesores hicieran un curso de formación de quinientas horas y se lo pagó el Ministerio para que así fuese.

(E. 8)

Entonces yo creo que se tendría que haber hecho como se hizo en el 85, haber creado en los Institutos una serie de recursos, una serie de unidades y haber empezado a sensibilizar a ese profesorado, hay profesores de Bachillerato que no han visto a un niño con problemas en su vida.

(E. 13)

Los profesionales de la Secundaria tienen otro corte, allí podemos encontrarnos desde Arquitectos, Ingenieros, hasta personal de psicopedagogía, ellos son buenos transmisores de conocimientos pero carecen de una formación básica en didáctica y también pues de un conocimiento de las

distintas discapacidades... la formación es un derecho pero no un deber, y quienes van a los cursos son los más comprometidos, y la alternativa podría ser la formación en los centros de trabajo.

(E. 9)

Lo que no hay en todos los Institutos es educador, el educador tiene más funciones, aparte de las de apoyo tiene funciones asistenciales, no es lo mismo cambiarle el pañal a un niño con cuatro años que a un chico con 14, entonces en Institutos donde haya alumnos así de afectados, es que no hace falta un educador, hacen falta dos.

(E. 13)

EL DEBATE DE LA INTEGRACIÓN

Los profesionales del ámbito educativo, pertenecientes tanto al área de la integración como al de la Educación Especial, reflejan con sus opiniones, que si bien en la mayoría de los casos la mejor opción para el alumno es la integración, hay casos concretos donde por el tipo de complejidad de las limitaciones que tienen estos niños, la cantidad de recursos que se necesitan y el nivel de desarrollo de sus propias competencias para la integración social (más difícil en Secundaria), deberían entonces estar atendidos en centros de Educación Especial.

Yo he tenido una campaña en contra de mí porque no admití a un niño que era sordo pero que venía con una sillita y que no podía hacer absolutamente nada, de nada, y los padres también tienen que entender que necesitan un mínimo para poder integrarlo y sé que eso es muy duro, debe haber colegios específicos porque la integración no lo es todo.

(E. 15)

Alumnos que deberían estar en un centro específico y lo quitan del itinerario de un centro específico y los tienen en un itinerario de centro ordinario haciéndole mucho daño,

niños a veces con un nivel de comunicación muy bajo y los fuerzan a estar en una escuela donde los niños corren, gritan, mantienen un lenguaje... y nos llegan a nosotros bastante destrozados.

(E. 10)

En aquellos casos en los que la integración no es posible o han fracasado todos los intentos, los profesionales opinan que estos niños deberían entrar en un colegio específico, donde suelen disponer de más recursos para realizar una atención más personalizada.

Luego a nivel de preparación académica, seguro que es mejor un centro específico que un centro de integración, porque está todo más adaptado y toda la dedicación del personal, todo el profesorado es solamente para ellos.

(E. 12)

Estos niños con discapacidad, hay niños de estos sordos profundos, en los colegios especiales para ellos avanzarían muchísimo más, que en esa integración, sé de personas ciegas, sordas profundas que han llegado a estamentos altos, ¿dónde han estado? En los colegios específicos"

(E. 16)

En algunos casos los departamentos de orientación no conocen el recurso del centro específico, en otros los padres se niegan a que sus hijos vengán, y en algunos casos el niño ha venido porque ya no quería ir más al Instituto. Muchos problemas de agresividad en los Institutos se están dando a estos niveles, y bien me encierro, o bien empiezo a alterar el orden y a los tres días empiezo a tirar las sillas.

(E. 11)

DIMENSIÓN SOCIAL DE LA EDUCACIÓN

Los profesionales del ámbito educativo llamaron la atención de la importante función a nivel social que cubre la escuela, para todos los alumnos,

presenten o no discapacidad. En este sentido, se valora muy positivamente la presencia de chavales con NEE en las aulas, puesto que ayuda muchísimo a "normalizar" la visión y relación que se tiene sobre estas personas, y a fortalecer en el aula valores como la tolerancia y el rechazo a la discriminación.

La integración tiene que ser ante todo social y que estas personas discapacitadas puedan desenvolverse como otro más, que tengan capacidad de autonomía, comer, ducharse y luego ante los demás, relacionarse, conocer y salir a la calle, que sean uno más, uno más con sus limitaciones, cada uno tenemos una discapacidad.

(E. 16)

No es el niño el que tiene que adaptarse a la escuela, sino la escuela al niño. Entonces para eso, a la escuela hay que adaptarla, no puede ser una concepción rígida, pero tanto para los niños con discapacidad como sin discapacidad, para los niños con problemas sociales, para el hiperactivo, el trasto, el tímido, el pasota, pues para todos tiene que haber una adaptación.

(E. 14)

Desde esta perspectiva, el componente socializador que tiene la escuela como agente es necesario priorizarlo por encima de los contenidos académicos. Alcanzar la integración comunitaria y social, compartir la escuela con hermanas o vecinos, conseguir cierta autonomía: debería ser mucho más importante que alcanzar determinados objetivos académicos.

En la mayoría de los casos el componente de socialización es lo más importante: que el niño se relacione, se integre y socialice en la vida comunitaria lo más posible"

(E.17)

Es que habría que empezar lo que es la integración social, lo que es la integración académica, hasta qué punto la

integración social hay que sacrificarla para la integración académica... lo que tienes que perseguir es la integración social, lo suyo es que cada niño esté con su hermano, con su vecino...

(E. 15)

Por esta razón, y desde esta visión más integradora y social de la escuela, antes de optar por una modalidad u otra de integración se deberían analizar todas las características del entorno del niño o la niña y su familia. Si por ejemplo, se hacen todos los esfuerzos posibles para integrar a un niño en una determinada escuela, y resulta que vive en un piso sin ascensor y que diariamente hay que trasladarlo en brazos, asistir a la escuela se convierte más en una complicación que en un derecho favorecedor de su integración social.

Partiendo de que el niño pueda salir de su casa, la prioridad es que esta familia tenga vivienda adaptada... para qué queremos tener un niño amargado, un niño que sabe que no puede venir a las actividades extraescolares, porque sabe que él es una carga para su familia que tiene que subirlo y bajarlo cada vez, ¿acaso eso no influye en la escuela?...

(E. 14)

Los profesionales que trabajan en colegios específicos argumentaron que en algunos casos la situación y nivel social de la familia interfiere como un factor definitivo para que ese niño vaya a un colegio de integración o específico.

Un niño que debería estar en su colegio pero como tiene problemas a nivel social y no come pues lo mandan a nuestro centro específico que tenemos comedor, y lo mandan a 20 kilómetros de donde vive.

(E. 10)

Ante situaciones sociofamiliares más desfavorecidas, la situación de la discapacidad se hace más compleja, por lo que los profesionales educativos que trabajan con

estos niños; demandan también la intervención de los Servicios Sociales y Sanitarios para tratar de sensibilizar a las familias sobre aspectos básicos de alimentación, salud, higiene, etc.

Sin el tema familiar no te puedes poner a hacer una intervención a nivel cognitivo, si están fallando los pilares fundamentales, ¿no? Primero es que este niño tiene que comer, tiene que lavarse... y luego ponte a pensar si el niño distingue los colores o no.

(E. 11)

La comunidad educativa que tengo de fuera es sobre todo ecuatoriana y vienen con unos niveles bajísimos, entonces a eso hay que darle respuesta.

(E. 11)

INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL DE LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD

Para finalizar, no podemos dejar de subrayar una realidad que se refiere a qué situación les espera a estos niños con discapacidad cuando finalicen el periodo escolar. Aunque este estudio tiene un límite respecto al grupo de edad que abarca, existe una preocupación entre los profesionales del ámbito educativo puesto que, después de haberse volcado en el desarrollo y aprendizaje del alumno, no son muy optimistas sobre el futuro que les espera a estos jóvenes y a sus familias.

Yo creo que el principal problema, lo encuentra la familia al finalizar la etapa educativa de los niños. Ahí es donde hay que trabajar mucho. Eso es lo que está menos trabajado. Ahí es donde está la cosa virgen, virgen, el problema es los 20 años.

(E. 8)

Alguien tiene que tener previsto que estas personas cuando cumplen 21 años, no se pueden ir a su casa todo el tiempo.

(E. 1 1)

Para la inserción laboral de los jóvenes, con discapacidad o no, cada vez se hace más necesaria la obtención de un título académico. El profesorado de Secundaria reflexionó sobre el de abandono de los estudios que se produce en este periodo escolar entre los jóvenes con problemas y que, por tanto, al no finalizar el ciclo, deja a estos alumnos sin ningún tipo de titulación académica.

Entonces, normalmente abandonan la Secundaria sin título, solamente se certifica que han asistido, que han cursado pero no han obtenido la titulación. Luego, para ser barrendero hay que tenerlo ¿no es verdad? Pues, tienen que acabar con un título que les valide para poder optar a los puestos de trabajo que se ofertan.

(E. 8)

El profesorado de los PGS y de Secundaria también sugiere crear ofertas formativas en cuanto a la integración sociolaboral y unas pruebas adaptadas que les permita avanzar hacia ciclos formativos.

He peleado porque le hagan una prueba adaptada. Pero dicen: "este examen es el que es, es lo mínimo que se exige para que hagan una Formación Profesional. Entonces no ha habido por ningún sitio posibilidades de hacer un examen adaptado."

(E. 12)

Pero educación en cambio la mayor oferta que da en programas de garantía social es de auxiliares de oficina, y por qué lo hace, pues porque dentro de la especialización el profesorado con el que se encuentra, está formado por muchos profesionales que son capaces de dar esos perfiles y no otros, que tendrían más salida.

(E. 9)

Con lo cual un niño que acabaría la Primaria con 12 años, si es de los míos con 14, lo tienes que integrar en Secundaria,

porque en los programas de garantía social no pueden entrar hasta los 16 años... tú sabes que ese niño no pinta nada en el Instituto, entonces obligatoriamente lo tienes que tener en el Instituto esperando a tener la edad para que pueda irse a su programa de garantía social o de transición a la vida adulta.

(E. 13)

2.3.4. ÁMBITO ASOCIATIVO

Si no existieran gafas, pues el número de discapacitados aumentaría una barbaridad, o si eleváramos las aceras medio metro, pues el número de discapacitados aumentaríamos. Es eso del ciprés ¿no? Yo soy alegre, pero me ponen en unos sitios... en los niños el entorno, se lo recuerda diariamente.

(E. 27)

El movimiento asociacionista a la vez que emerge de la necesidad compartida por los padres de niños y niñas con discapacidad de una atención integral de sus hijos, se convierte también en espacio de encuentro y apoyo, donde se comparten vivencias cotidianas similares.

Junto con la Administración pública, el movimiento asociacionista ha luchado para que los derechos de las personas con discapacidad sean reconocidos. Y que el concepto de "normalización" de los niños con discapacidad en Andalucía sea una realidad.

Las asociaciones a través de diversas estrategias, programas y actividades complementan la atención que reciben sus asociados desde la Administración pública. Una de las estrategias encontradas es la creación de equipos de profesionales especializados en cada una de las discapacidades, priorizando de esta manera la especificidad en la atención integral.

Los resultados que a continuación se presentan son producto del análisis de la información de las entrevistas

que pertenecen a diversas asociaciones, federaciones y confederaciones de personas con discapacidad en Andalucía. Para facilitar la agrupación, los resultados se presentan siguiendo la misma modalidad, de aspectos positivos o fortalezas y aspectos negativos o debilidades de la atención a los niños con discapacidad. En el ámbito asociacionista se marca una diferencia con respecto al resto, ya que comprende las opiniones que éstos tienen acerca de los tres ámbitos desarrollados (Educación, Salud, Servicios Sociales), además de las opiniones del quehacer de las asociaciones.

FORTALEZAS IDENTIFICADAS POR LAS ASOCIACIONES

ÁMBITO EDUCATIVO

En el ámbito asociativo reconocen los esfuerzos realizados desde la administración educativa en estas últimas décadas en favor de la normalización y respeto a la diversidad de las personas con discapacidad. Y es que aunque quedan muchos obstáculos por superar, los representantes de las asociaciones consideran que se continúa avanzando en el terreno de la plena integración de las personas con discapacidad.

Son numerosas y variadas las fortalezas que argumentan los profesionales de las asociaciones entrevistadas y, aunque cada una tiene sus particularidades, hay un tema en el que coinciden: el personal especializado, destaca por el compromiso, respeto y responsabilidad con su labor educativa hacia los alumnos con N.E.E.

Fortalezas, los profesionales, creo que hay grandes profesionales en Educación Especial y en integración, muy buenos, pero los recursos son los que faltan.

(E. 29)

Te puedo decir que sí hay muchos maestros interesados

en aprender la lengua de signos y conocer un poquito al alumno sordo, que les llega de pronto, se lo sientan en una silla y el profesional no sabe qué hacer... pero son iniciativas particulares.

(E. 24)

Los profesionales entrevistados también mencionan de manera especial, que desde la Consejería de Educación se ha elaborado material de apoyo en la atención a las distintas discapacidades que se presenta como una herramienta muy práctica para el profesorado. Este material es útil porque complementa la formación de estos profesionales, y la difusión de las particularidades en la atención educativa de cada una de las discapacidades.

Tanto la preocupación, como por las soluciones que aportan, es decir que ahí están publicando de manera constante los manuales de cómo se debe atender a los chavales con NEE, todo eso está ahí.

(E. 27)

Un asunto a destacar es el de los recursos con los que cuentan las personas con discapacidad visual, a través de los convenios entre la Organización Nacional de Ciegos de España (ONCE) y la Consejería de Educación. El alumnado dispone de una plantilla de profesionales especializados en discapacidad visual, y acceso a todo lo necesario para un desempeño eficiente en el proceso de aprendizaje.

Ese triple apoyo del que hablábamos, en el sentido de asesoramiento al centro, asesoramiento y formación al alumno y aparte equipamiento de los instrumentales y material que ese alumno va a necesitar para su desenvolvimiento en el aula.

(E. 30)

Nosotros brindamos herramientas que pueden ser, un mapa adaptado en relieve, o dibujos en relieve o ampliándolos, facilitar un ordenador con las muy diversas

variantes de caracteres, dispositivos en Braille o la voz, esto dependiendo de las necesidades de cada niño.

(E. 30)

Con relación a las personas con discapacidad auditiva, en la etapa de la Educación Secundaria, desde la Federación Andaluza de Asociaciones de Sordos (FAAS) valoran positivamente la presencia del intérprete de lengua de signos. Iniciativa que se viene realizando con excelentes resultados, en algunos centros, para los alumnos con sordera o hipoacusia. La incorporación del intérprete en el aula ha propiciado que se incremente notablemente el número de alumnos que continúan con estudios universitarios.

La figura del intérprete en Secundaria, es todo un éxito, no en todas las comunidades existe, el porcentaje de alumnos que hoy llegan y acceden a la Universidad es muy alto, en comparación con diez años atrás.

(E. 24)

Pues que cada vez hay más titulados sordos, por ejemplo, en el ámbito de la educación, casi todos, se decantan por el ámbito de educación, es curioso, pero la gran mayoría de personas sordas que acceden a la Universidad se van a Magisterio.

(E. 24)

ÁMBITO SANITARIO

Las asociaciones mencionan como fortaleza la coordinación que existe actualmente con algunos hospitales en Andalucía. Esta coordinación se materializa a través de acciones que hacen las asociaciones para acompañar, asesorar y orientar a los padres en el momento en que son informados del diagnóstico de discapacidad de sus hijos.

Desde el hospital se informa a la asociación, a través de la Trabajadora Social del nacimiento de un niño con

discapacidad e, inmediatamente, profesionales de la asociación, se ponen en contacto con esos padres que acaban de enterarse del diagnóstico de su hijo o hija con discapacidad. Este acompañamiento intenta aliviar en los padres del impacto producido por esta noticia así como informar acerca de los recursos con los que cuenta la asociación para atender a ese niño con discapacidad.

Nosotros tenemos acuerdos con los hospitales, bueno al menos, verbales... entonces cuando surge un nacimiento, pues va una médica de la asociación, se entrevista con los padres y le dice que es cuestión de que nos pongamos ya a trabajar para ese niño. Es también un buen aliciente para los padres, y para nosotros esta etapa es fundamental...

(E. 25)

En algunos hospitales también se distribuye material de información y sensibilización. Esta tarea de acompañamiento, en esos primeros momentos, permite que de manera rápida se puedan conocer los recursos con los que cuentan, tanto públicos como los que se ofrecen en la asociación, lo que conlleva en la mayoría de los casos, el inicio inmediato de la atención temprana

Esos folletos los tenemos en todos los hospitales, entonces normalmente el pediatra, la asistente social o el personal sanitario se les ofrece... detrás está la dirección de cada asociación. Se ha hecho en colaboración con la Consejería de Salud, para que estén en todos los hospitales, maternidades y donde quiera que nazcan niños con síndrome de Down."

(E. 25)

Se está intentando eliminar lo que son barreras de comunicación, la parte de atención al usuario tenga fax, que el usuario pueda pedir una cita por fax, y que los carteles dentro del hospital que indican donde está cada servicio se vean bien, de colores, que les sea fácil llegar... en la mayoría de los centros sí que hay fax, pero no en todos.

(E. 24)

ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Una de las acciones que valoran positivamente las asociaciones es la subvención que reciben cada año para AT aquellas entidades que prestan ese servicio a sus asociados. En muchos casos ésta ha permitido que se cree un fondo común de ayuda a aquellos padres que no pueden hacerse cargo íntegramente de los honorarios que cobra la asociación para que su hijo reciba AT. Y en algunos casos ha permitido ampliar las sesiones a estos niños con bajos recursos económicos.

El año pasado hubo ayuda, por parte de la Junta, de la Consejería de Asuntos Sociales, para la atención temprana, un millón de pesetas, que nos vino muy bien...

(E. 25)

Pedimos una subvención al Ayuntamiento, que era para AT, entonces nos dieron una pequeña subvención y allí se está atendiendo, pues empezamos con doce niños y ya creo que ya vamos por veinticuatro críos.

(E. 26)

Otro aspecto que valoran positivamente las asociaciones son los convenios para la ejecución de programas específicos, como es el de "Respiro familiar". Este programa concertado desde FEAPS y la Confederación de Asociaciones de Minusválidos Físicos (CAMF) con la Consejería de Asuntos Sociales, permite a las familias con menores con discapacidad, tener un espacio de tiempo, en donde sus hijos se encuentran al cuidado de personal cualificado, realizando tareas recreativas en las asociaciones o en espacios públicos, como parques, centros comerciales o visitas culturales. Este tiempo, en general, la familia lo emplea en realizar actividades que cotidianamente no puede, debido a la constante atención y cuidado que demanda su hijo con discapacidad.

Asuntos sociales nos subvenciona un programa de respiro

familiar, es decir un poco de respiro para que los padres en esas horas puedan irse y van donde les dé la gana, esto sería el respiro, de lunes a viernes de cinco a ocho y dos sábados al mes cuatro horas...

(E. 26)

FEAPS. tiene entre sus servicios, el programa de respiro familiar, que también incluye colonia de vacaciones, de tres o cuatro días, paseos, visitas culturales, y durante ese tiempo las familias pueden hacer otras cosas.

(E. 29)

El respiro familiar pues lo que se pretende es que descansen la familia, como dicen los principios del programa, ¿no? Pero nosotros damos la posibilidad, nos dicen: no es que yo quiero llevar a mi mujer, quiero llevar a mi hermano, no pero yo quiero que mi hija, pues el que quiere ir solo va solo o puede ir acompañado por un familiar, además contamos con monitores, con personal cualificado y decimos: ¡bueno!, pues vamos a Almuñecar y allí vamos.

(E. 27)

DEBILIDADES IDENTIFICADAS POR LAS ASOCIACIONES

ÁMBITO EDUCATIVO

Las respuestas de las asociaciones entrevistadas plantean numerosas necesidades con relación a la educación de sus hijos. Éstas coinciden en estar a favor de la integración en su conceptualización filosófica e ideológica y consideran que la integración ha sido un gran avance en el proceso de normalización de las personas con discapacidad.

Asimismo, comentan que desde la administración, en ocasiones, no se han previsto los recursos suficientes, tanto materiales como humanos, para dar una respuesta de calidad a las NEE. Estos problemas se observan en el momento de llevar a la práctica cotidiana los conceptos

de respeto a la diversidad y atención individualizada, dos elementos necesarios para la concreción del proceso de normalización.

FEAPS. tiene una filosofía de integración, siempre que sea posible, por las características del chaval. Pero se necesitan de unos recursos, de personal especializado...

(E. 29)

Nuestra filosofía es la integración e incluso de todas las discapacidades, todas las personas con discapacidad, nosotros pensamos que los centros específicos deberían plantearse en aulas específicas en los centros ordinarios y acabar con el gueto del centro específico, aislado, retirado, pero se necesitan recursos y decisiones políticas.

(E. 25)

Un asunto que algunas asociaciones mencionan como debilidad es el fracaso escolar de estos niños que se presenta en diferentes grados según la discapacidad, siendo un tema muy preocupante para los padres de cara al futuro, tanto para continuar estudios superiores, como para su posterior inserción laboral.

La educación actualmente de las personas sordas ha llegado a unos niveles muy altos de analfabetismo funcional, porque la educación no utiliza los métodos correctos, para que esa persona adquiera esos contenidos curriculares en igualdad de condiciones que un alumno oyente. Son muy poquitas las personas sordas que tienen la competencia mínima adecuada a su edad.

(E. 24)

Pero es un problema de recursos, en Primaria es totalmente deficitario, hay algunos muy pocos, pero en Secundaria no existen, entonces nos encontramos con un niño que sale de Primaria y unos padres que no saben qué hacer, porque además su niño no ha aprendido...

(E. 29)

Respecto a la accesibilidad de los alumnos con NEE a los centros educativos, sobre todo de discapacidad motórica, en la actualidad aún encuentran dificultades y barreras. Existen numerosos colegios que todavía no cuentan con las adaptaciones necesarias para que estos niños puedan acceder y desplazarse autónomamente, al igual que el resto de los alumnos dentro del centro.

Y lamentablemente todavía se encuentran muchos centros escolares que no cuentan con el cuarto de baño adaptado, con rampas, tienen dificultades para entrar con su silla, o lo ponen en un rincón, ¿y el laboratorio?, pues adaptarlo también... Contar con un entorno adaptado es básico para estos niños.

(E. 27)

Para el alumnado con discapacidad motórica, las barreras arquitectónicas han sido y siguen siendo actualmente un desafío a superar y vencer cada día. En la legislación existen medidas de eliminación de barreras arquitectónicas, de accesibilidad para las personas con movilidad reducida, que no siempre se cumplen.

Ya allí, ya no cabe las decisiones de soslayo, sino que tiene que ser frontal el decidir la accesibilidad. Y te estoy hablando de cosas que están, que tienen una normativa, que tienen un incumplimiento constante. Que estamos hablando de los tristes tiempos de reivindicar lo obvio, ¿no?

(E. 27)

El movimiento asociacionista, en particular el que engloba a las discapacidades motóricas, se plantea como objetivo primordial el logro de entornos accesibles para todos. Son muchos los avances logrados y muchos más los que quedan por alcanzar en el sector urbanístico y arquitectónico, tanto público como privado, para conseguir que sean cada vez más pequeñas las diferencias y se incremente la accesibilidad.

Por ejemplo, por qué en la normativa contra incendios no se escapa nadie, porque tiene cárcel, en cambio en la accesibilidad, la norma dice que todas aquellas entidades privadas o públicas que incumplan esto se remitirá a la normativa general de urbanística nacional, y tú te vas a urbanística y es por derecho administrativo y tal...

(E. 27)

No sólo es importante poder vencer el mayor número de barreras arquitectónicas, en aras de una verdadera integración, sino también tener acceso a las ayudas técnicas; que dependiendo de la discapacidad del niño, serán diferentes en cada caso.

Para el colectivo de alumnos con discapacidad motora, la existencia de estas ayudas técnicas permite incrementar notablemente la calidad en la atención educativa a sus NEE. Además para los profesores, facilita su labor de enseñanza. En cuanto a los alumnos, promueve el bienestar personal, al sentir que las diferencias disminuyen y se acrecientan los logros en su proceso de normalización.

Pues se trata de facilitar esas ayudas técnicas; que no se tarde tanto, que cuando llega un chaval, el ordenador llega a los seis meses, si es que llega ese año. Y después tiene que esperar que le llegue el ratón adaptado y... No sé, tiene que ser todo más natural, con menos ruido, que se note menos la deficiencia.

(E. 27)

Tanto la eliminación de barreras arquitectónicas, como la provisión de ayudas técnicas, tienen como objetivo final fomentar entornos accesibles, en donde las limitaciones propias de la discapacidad se reduzcan lo más posible para cada niño. Cuando no se cuenta con estos recursos, en ocasiones, se favorece el aumento de sentimientos de aislamiento y retraimiento que influyen directamente en el proceso de normalización de alumnos con NEE,

haciéndoles el proceso de enseñanza-aprendizaje más costoso, que para el resto de los alumnos.

Porque claro muchos problemas de aislamiento y retraimiento no son más que consecuencia de haber estado aislado tanto tiempo. No podemos estar en un recreo en el que todos los niños están y tú al final. Un chaval no puede invertir el noventa por ciento de su tiempo en superar barreras, tiene que estar preocupado por sus exámenes, por sus juegos, por sus notas, como los demás.

(E. 27)

Para aquellos niños con NEE con discapacidad sensorial auditiva, las adaptaciones del material, también se encuentran con un déficit importante, ya que no se proveen los materiales de estudio que faciliten su proceso de enseñanza. Los alumnos que están integrados en centros ordinarios tienen que utilizar el mismo material de estudio que el resto de los alumnos, sin contar con las adaptaciones precisas que facilitarían un aprendizaje más efectivo y una disminución del alto grado de fracaso escolar que estas personas tienen en la actualidad.

Por ejemplo materiales adaptados, no hay, un niño sordo tú lo llevas a un centro de integración y el libro de texto que utiliza es el mismo que de un oyente. Se puede conseguir que ese texto se adapte al nivel de la persona sorda, que sea más visual, que lleve menos párrafos, más esquemas, para que la información le sea más atractiva.

(E. 24)

ÁMBITO SANITARIO

Los profesionales que atienden a niños con trastornos más complejos como el autismo comentan las carencias que tiene salud para dar respuesta adecuada a las necesidades particulares de las personas con autismo. Además plantean las dificultades con relación a la detección y elaboración del

diagnóstico del autismo debido a la variedad y complejidad de síntomas que comprenden el espectro autista. Esto puede hacer que se pierda un tiempo valioso para la atención de estos niños, con relación a la estimulación precoz, psicomotricidad y logopedia.

El primer problema indudablemente de las personas con autismo, es el de diagnosticarlos, ¿cuándo se diagnostica a un niño con autismo normalmente? Pues antes de los 36 meses, ¿pero por qué? pues porque el niño tiene unos síntomas que sin ser anormales, tampoco son normales, no controla esfínteres, no habla, llora sin motivo, etc., entonces los padres acuden normalmente al pediatra y en los pediatras todavía hay mucho desconocimiento del autismo.

(E. 26)

De dónde nos mandan mucho es de las guarderías, que ahora los nenes ya cada vez entran más pequeños y las mismas maestras empiezan a presionar y tal: está esta gente, hay este centro, acércate y consulta...

(E. 26)

Las asociaciones puntualizan la importancia de una atención continuada en los tratamientos de rehabilitación.

...se los atiende en los momentos de un brote, pero luego ese mantenimiento, esa rehabilitación, no se da. Tampoco se cubre en la medida en que no está todavía la gratuidad de las piscinas para que estos chavales puedan estar

(E. 27)

Otra dificultad a la que se enfrentan diariamente los padres o madres y sus hijos o hijas se refiere a los horarios en que funcionan estos servicios, ya que coinciden con el escolar. Por esta razón, solicitan un horario de tarde en los servicios de rehabilitación de los hospitales como de las piscinas donde también se brinda este servicio.

Hay una carencia física y en este caso está totalmente acotada, que es la deficiencia física o motórica. Pero requiere un tratamiento, requiere un especialista sanitario, lo que hace falta es propiciar ese seguimiento sanitario y que no perjudique la enseñanza, es decir que pueda asistir con normalidad a la escuela y no que falta y falta por los tratamientos...

(E. 27)

La asistencia sanitaria en la escuela posibilita al niño a no tener que ser trasladado al centro de salud más cercano para ser atendido, en afecciones simples aunque cotidianas en estos niños con discapacidad motórica.

Estas cosas pequeñas, estamos hablando simplemente de cura, de sustitución de vendas, esas cosas las tiene que atender Salud, y que el niño no pierda la clase. Es decir Salud tiene que acercar el cuidado al centro, para estos chavales, con equipos itinerantes de profesionales que recorran los centros educativos, hay chaval con... y ahí están ellos.

(E. 27)

Desde las asociaciones de personas sordas identifican dificultades para ser atendidos por los Servicios de Salud Mental. Los profesionales no poseen formación específica en la atención a personas sordas y el afectado no logra comunicarse de manera adecuada.

Para estas personas con problemas de salud mental, no hay servicios especializados, son casos muy específicos que necesitan una atención específica, y una persona sorda con problemas de salud mental pasa por la misma vía que una persona oyente.

(E. 24)

ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Las tareas que desarrollan las asociaciones no sólo abarcan el ámbito sanitario, incluyen servicios residenciales, aspectos de apoyo a la integración escolar, inserción laboral y a la cultura y el ocio.

Las ayudas y subvenciones solicitadas no siempre son otorgadas, por lo que se ven obligados a recurrir al apoyo de entidades privadas y de sus asociados para dar una atención de calidad en los servicios que prestan. Dependiendo de las particularidades de la discapacidad que estemos analizando y de las necesidades en cada etapa evolutiva, los ámbitos de salud y educación adquirirán mayor o menor importancia en el proceso de normalización de los niños con discapacidad.

Entonces, tú tienes tu mejor cliente que es tu mejor proveedor y sólo tienes uno, con lo cual dime tú como podemos nosotros plantear calidad de servicio, si la persona que te manda el cliente, te lo manda con un bollo que vale 13 pesetas, tú puedes dar calidad hasta 13 pesetas, no puedes dar calidad de 14 o 15, y entonces como es la Administración la que te manda el cliente y es la que te lo está pagando, tú dices, dónde vamos con la calidad de Servicios Sociales, está donde ellos quieren que esté.

(E. 29)

Nosotros nos tenemos que buscar la vida, en otros sitios, para poder brindar un servicio de una calidad aceptable, ya que los que paga la Administración no alcanzan.

(E. 25)

Las asociaciones que agrupan a las personas con discapacidad auditiva, manifiestan que actualmente se encuentran con una dificultad importante con relación a la adquisición y mantenimiento de las prótesis auditivas (audífonos) ya que no están incluidos dentro de las prestaciones que realiza salud y cuando solicitan ayuda

económica a Servicios Sociales, en general no la obtienen. Estas prótesis necesitan un mantenimiento y recambio por el uso, lo que afecta negativamente a la economía de las familias con un miembro con discapacidad auditiva.

Existen las ayudas del IASS, pero en cantidades que no cubren las necesidades de las personas sordas... la gran mayoría de los audífonos los cubre el usuario de su bolsillo, igual que te compras las gafas, estas ayudas individuales que suelen salir cada año, no siempre las aprueban, porque están supeditadas a una renta familiar.

(E. 30)

ATENCIÓN TEMPRANA

La atención temprana de la discapacidad es un elemento fundamental que influirá notablemente en la posterior evolución y desarrollo de cada niño.

La AT hace ahora un cambio abismal, entre lo que había hace 20 años y lo que hay ahora. Han dado un salto cualitativo en las personas con síndrome de Down, gracias a que en su infancia se les está siendo tratada, adecuadamente desde el primer día de nacimiento

(E. 25)

En las provincias de Andalucía donde la AT está concertada con determinadas asociaciones, los costes que genera la AT no alcanzan a ser cubiertos en su totalidad con los fondos suministrados por la administración. Debido a esta situación los padres tienen que abonar el precio por sesión que recibe su hijo a los equipos de profesionales que les atienden en las asociaciones.

AT no se da en ningún hospital de ... y en los Centros base, se hace valoración, nada más, de ahí nos derivan a las asociaciones o los privados. El servicio de A.T. lo brindamos nosotros con concierto, a nosotros salud nos pide los mismo requisitos que como para abrir una clínica.

(E. 29)

Para las asociaciones la AT ha sido y sigue siendo uno de los pilares fundamentales para que las niñas y niños con discapacidad puedan desarrollar y potenciar al máximo sus capacidades, considerándose un avance la "universalización" de la AT.

El tema es que si AT pasa a salud es un derecho, adquiere el carácter de derecho universal y tendrán que dárselo a todos nuestros niños...

(E. 29)

Una de las formas que han encontrado para cubrir estas lagunas en la atención ha sido crear equipos propios, formarlos y especializarlos, para que presten servicios específicos a sus niños con discapacidad. Con el paso del tiempo estos equipos han adquirido un alto nivel de formación y experiencia en AT.

El traspaso de competencias de AT a la Consejería de Salud preocupa a las asociaciones consultadas debido a la incertidumbre sobre: intervención y control de los tratamientos, seguimientos e incorporación de los profesionales médicos.

Entonces nosotros tenemos el departamento de AT, que está formado siempre por psicólogos, fisioterapeutas, logopedas, son cinco las personas que forman el equipo institucional de AT, pero parece que también nos van a pedir la figura del médico, nosotros tenemos la colaboración de un miembro de la comisión directiva, pero veremos como resolvemos eso, hasta ahora formaba parte, pero extra, nos echaba una mano, porque ya lo había visto el médico del hospital...

(E. 25)

Temen que la AT adquiera únicamente una concepción biomédica y se descuiden aspectos importantes como la psicomotricidad, logopedia y estimulación precoz.

A nosotros nos exigen prácticamente que seamos como un

centro de salud en pequeñito, lo cual es muy costoso como te imaginarás...

(E. 26)

ATENCIÓN A LA FAMILIA

Un momento trascendental en la vida de las familias es la primera información que reciben acerca del diagnóstico de deficiencia o discapacidad de sus hijos o hijas. Este momento es vivido de diferentes maneras por las familias, pero algo que siempre está presente es la sorpresa y los efectos que produce en los padres. La familia se enfrenta a una situación totalmente nueva, para la que no ha sido preparada y que en general va acompañada de estados de confusión, desconcierto y tristeza, pero sobre todo desorientación. No saben qué hacer, con quién, para qué, cómo van a afrontar esta situación frente a su hijo o hija y el resto de los miembros de la familia.

Los padres necesitan obtener información útil, entendible, veraz y personalizada de las afecciones que tiene, así como apoyo psicológico y humano.

...¿dónde encuentra el apoyo psicológico la familia en estos momentos, cuando un médico con un lenguaje técnico y aséptico, comunica que el recién nacido es deficiente o está gravemente enfermo? Aunque médicamente la atención al hijo es buena, los padres en esos momentos se sienten más solos que nunca.

(E. Asoc.)

Nuestras familias han venido demandando una atención más humana por parte de los profesionales de la salud, en el momento del nacimiento de sus hijos con discapacidad, la poca información que se les proporciona, normalmente viene dada con demasiados términos técnicos que las familias desconocen.

(E. Asoc.)

Pero con dos años y medio que te digan el niño es autista y el niño es precioso, no lo puedes aceptar, ni entender en esos momentos... hay padres que se enfadan y se van a buscar a otro lado a ver si alguien les dice que no.

(E. 26)

El movimiento asociativo hace el trabajo con los padres, les ayuda a los padres en la aceptación del problema, ayuda a recibir la noticia de una forma más, en fin... una forma más adecuada.

(E. 29)

Hasta los cuatro o cinco meses parecía un niño sano, pero a partir de los seis meses se le detectó una inmadurez, que terminó tras muchas pruebas y días en el hospital siendo un "síndrome de West", que hoy con cinco años no se le ha conseguido controlar, en esos momentos el mundo se nos vino encima...

(E. Asoc.)

También existen desde las asociaciones tareas que intentan disminuir en los padres el impacto producido por la noticia de discapacidad de un hijo. Una de estas tareas es realizada por las asociaciones de padres con "Síndrome de Down". Desde hace años existe una coordinación con algunos hospitales, con el objetivo de apoyar a los padres en esos difíciles momentos. Acuden al hospital personal especializado de la asociación y también padres que comparten esos momentos con el padre recientemente informado de la discapacidad de su hijo. Esta tarea de la asociación permite informar, asesorar, orientar y sobre todo acompañar a esos padres que se encuentran viviendo una experiencia desconocida e intensa a todo nivel.

Nosotros hacemos un hincapié especial en contactar con los padres ya en el mismo hospital, cuando nace el bebé con "síndrome de Down". Y procuramos ayudarles un poco, a digerir un poco el momento. Decir que hay caminos

abiertos para el nuevo niño que ha nacido, que hay un camino de realización que depende absolutamente de, bueno además de su capacidad genética, cómo no, de la acción que hagamos de ahora en adelante.

(E. 25)

Los entrevistados coincidían que una vez superado este primer momento, esos padres necesitan conocer los recursos con los que cuentan, tanto públicos o privados, para que sus hijos reciban una atención adecuada. Son las asociaciones quienes informan acerca de los recursos a los cuales pueden acudir los padres.

Procuramos, ya concienciar de lo importante de ponernos a trabajar cuanto antes y para eso les ofrecemos la asociación y los servicios que se prestan aquí, y también informamos de los recursos públicos, como el centro base, o las prestaciones que brindan algunos hospitales de...

(E. 25)

Esos padres llegan a la asociación porque conocen a alguien y los llevan y tal, porque están perdidos, necesitan una orientación, en el hospital le diagnostican al niño una hipoacusia o una deficiencia auditiva grave, pero ya te digo que normalmente se sigue la vía médica solamente, y no les informan de nada más.

(E. 24)

Con respecto a lo asistencial, las asociaciones han conformado equipos profesionales que atienden a sus hijos. En algunos casos los equipos profesionales solicitan la presencia de alguno de los padres en las sesiones, como forma de informar, orientar y apoyar a la familia en la vida cotidiana de estos niños con discapacidad.

Nosotros lo que ofertamos es como un tratamiento de tipo integral... atendemos al niño y atendemos a las familias, les pedimos que estén en sesión con nosotras, aprendiendo y preguntando lo que necesiten...

(E. 26)

Está abierto un día a la semana en donde los padres pueden acudir a informar, a pedir orientación, además de que han estado en la sesión. E incluso los 10 minutos últimos, también el profesional dice: pues mira por aquí, por allí van las cosas, tiene que hacer esto.

(E. 25)

Algunas asociaciones, dentro de su plan de acciones de apoyo a la familia, han organizado "escuelas de padres". Esta es otra forma de organización para apoyar a las familias con hijos afectados por la misma discapacidad. Mencionan que estas escuelas de padres son necesarias y eficaces en la ayuda y orientación familiar.

Una escuela de padres, que lo establecemos en grupos de ayudas por edades. Es decir, por ejemplo la AT reúne a todos los padres que están con sus hijos en ese ciclo. Y ellos se reúnen una vez al mes, donde intercambian información, asiste el profesional y da pautas de intervención, les orienta cómo van las cosas, tan fundamental como lo otro, como la asistencia directa al niño es la intervención de los padres.

(E. 25)

La incorporación a la familia de un nuevo miembro con discapacidad promueve cambios importantes en la vida cotidiana y en el anterior modo de funcionamiento familiar. Estos cambios no son atendidos de manera directa por ningún ámbito (Salud, Educación, Servicios Sociales y Asociaciones).

"Está el programa de atención a la familia que te he comentado antes, pero no se brinda atención psicológica"

(E. 24)

Las asociaciones consultadas opinan que dan un apoyo importante y decisivo a las familias que, además de relacionarse con otras familias y compartir experiencias, encuentran apoyo y orientación integral. Son numerosas

las tareas que organizan: asistenciales, de ocio y tiempo libre, así como formativas sobre la discapacidad de sus hijos.

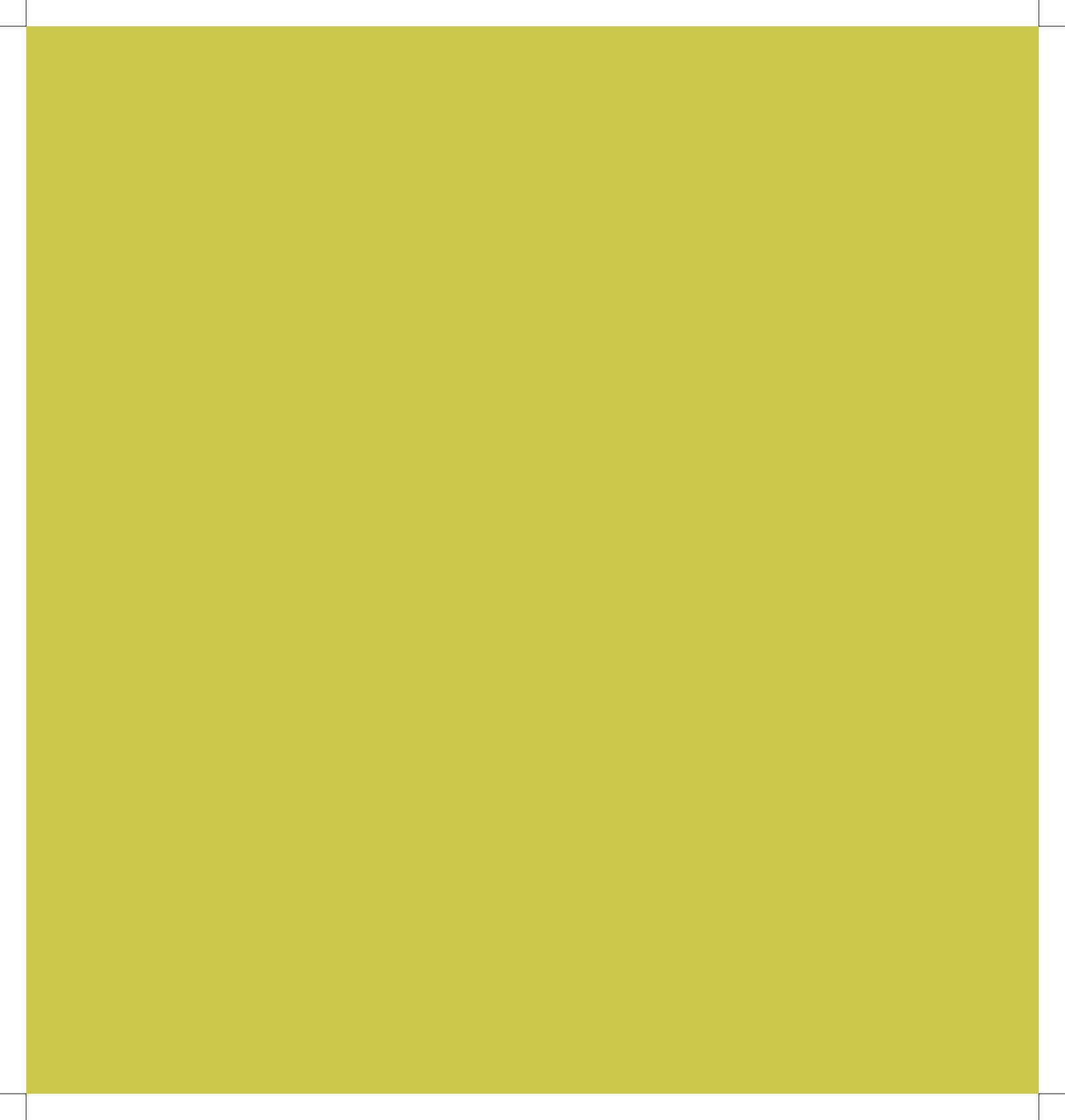
Tenemos ahora el apoyo a las familias, y estamos haciendo unos cursos donde estamos trayendo profesionales, para los padres, los sábados cuando los chicos están en respiro, se han tratado temas legales, ha venido un abogado de... ha venido una logopeda en temas de comunicación, una chica de Sevilla para estructuración...

(E. 26)

A nivel de Federación se lleva programas de apoyo a la familia, dentro de esos programas hay uno que es formativo para la familia, otro de encuentros familiares, de salidas sociales programas para hermanos, congresos de familias, pero vamos yo creo que la familia debería estar más atendida.

(E. 29)

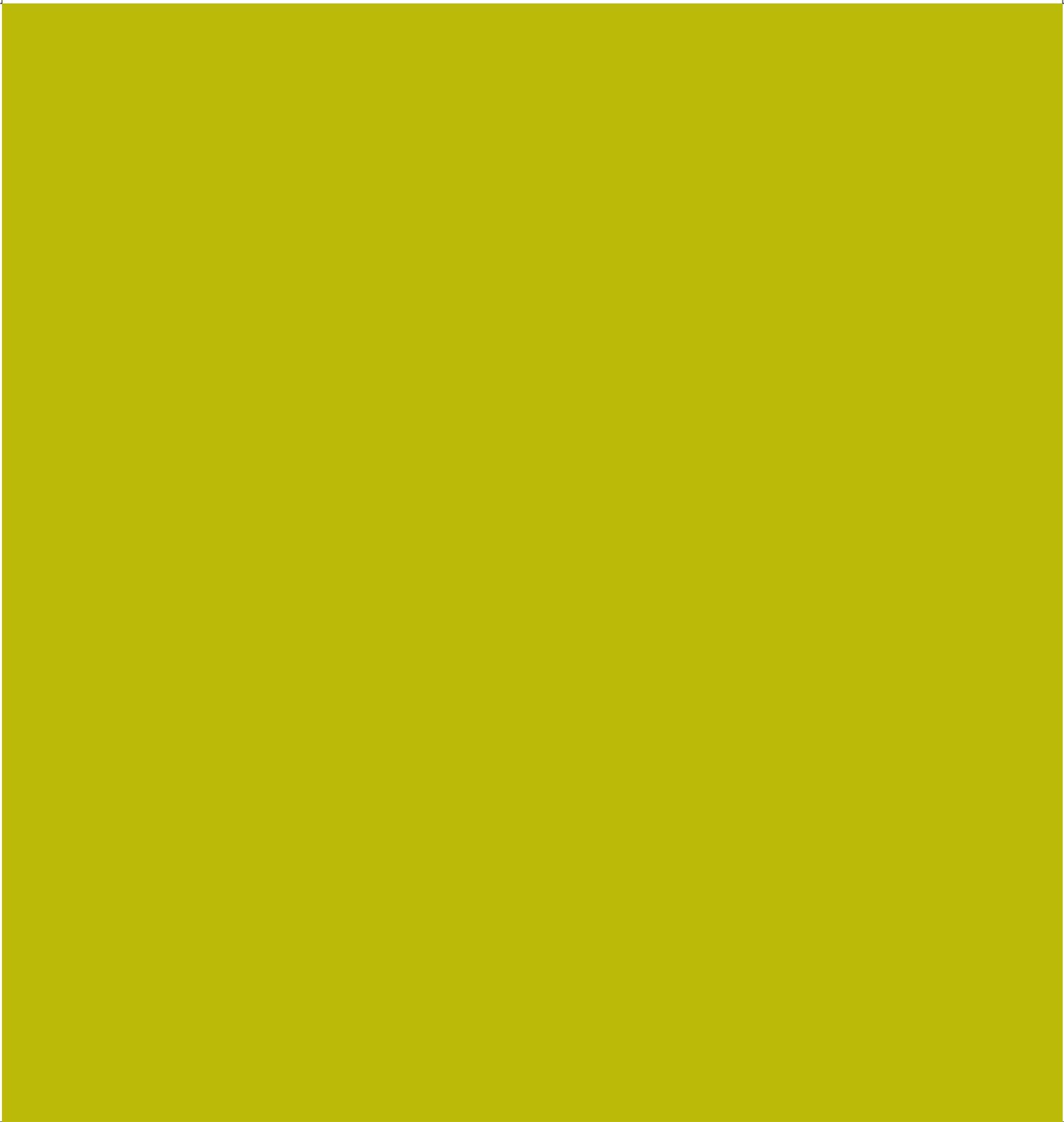






Presencia de la discapacidad en la prensa escrita
y tratamiento





3.1. OBJETIVOS

GENERALES

- Detectar y describir noticias de menores con discapacidad en los medios escritos andaluces.
- Analizar si la denominación de 2003 como "Año Europeo de las personas con discapacidad" ha influido en la presencia de las informaciones sobre menores con discapacidad en los medios escritos andaluces.

ESPECÍFICOS

- Identificar y cuantificar la presencia de los distintos tipos de discapacidades relacionadas con niños y adolescentes.
- Analizar el tratamiento temático de la información sobre menores con discapacidad.
- Identificar los géneros periodísticos a los que pertenecen las noticias.
- Identificar las fuentes que difunden la información.
- Analizar el tamaño de las noticias y su localización, dentro de la hoja del periódico.

3.2. METODOLOGÍA

ÁMBITO POBLACIONAL Y GEOGRÁFICO

Se han registrado el total de informaciones relacionadas

con la discapacidad y posteriormente, se han seleccionado las que están relacionadas con los menores de 18 años, en adelante "Infancia", y que tienen como escenario Andalucía o están protagonizadas por andaluces.

ÁMBITO TEMPORAL

A la hora de determinar el periodo temporal de consulta, se han seleccionado el primer trimestre del año 2002 y el primer trimestre del año 2003, con el fin de llevar a cabo un análisis comparativo de la presencia de informaciones sobre menores con discapacidad y analizar si la designación de 2003 como "Año Europeo de las personas con discapacidad" ha influido en el número de noticias aparecidas en prensa.

Se han consultado los periódicos publicados en los días comprendidos dentro del periodo seleccionado, excepto los días 1 de enero de 2002 y 2003 y 30 de marzo de 2002, fechas en las que no se edita el periódico por ser festivo.

MARCO DE ESTUDIO

Para detectar y analizar la información que llega a la sociedad andaluza sobre los menores con discapacidad, se han seleccionado dos conocidas cabeceras de periódicos provinciales de gran tirada y de gran arraigo entre la población (*ABC* de Sevilla e *Ideal* de Granada). Se ha completado esta selección con la edición regional de un periódico de cobertura

nacional de gran tirada y que posee un suplemento de Andalucía (*El País*).

Las secciones analizadas en los diarios provinciales han sido: "*Local*", "*Andalucía*", "*Sociedad*", "*Economía*" y "*Televisión*". La sección analizada en el periódico nacional ha sido: "*Andalucía*". Los resultados del análisis se han clasificado según el tratamiento temático de información ya que las noticias que se recogen en secciones como "*Local*" o "*Andalucía*" pueden tener tratamientos temáticos variados y es relevante para este estudio conocer qué temas están más relacionados con las informaciones sobre menores con discapacidad.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

La detección se ha llevado a cabo consultando cada una de las ediciones de los periódicos seleccionados, ya que una localización digitalizada en sus bases de datos, requería diseñar una serie de parámetros de búsqueda que no hubieran sido lo suficientemente precisos para obtener el total de noticias publicadas sobre discapacidad y menores.

Durante esta primera fase de localización de la información se han seleccionado las noticias que contuviesen términos relacionados con la discapacidad, tanto en adulto como en infancia: "discapacitados", "minusválidos", "disminuidos", "deficientes", "enfermos mentales", "necesidades especiales" o "persona con discapacidad".

Se ha llevado a cabo una segunda fase donde se han seleccionado las informaciones relacionadas, directa o indirectamente, con la discapacidad en la infancia, a las que se les ha sumado las noticias sobre todo el colectivo donde

no se especifica la edad pero en el que están incluidos, además de los adultos, los niños y los adolescentes.

Los periódicos seleccionados se han consultado en formato digital (*ABC* de Sevilla y *El País*) y en edición impresa (*Ideal* de Granada).

VARIABLES DEL ESTUDIO

TIPOS DE DISCAPACIDAD

Las noticias se han detectado según el tipo de discapacidad objeto de la información. Para identificar los distintos tipos de discapacidad, se ha recurrido a los vocablos aparecidos en el texto de la noticia, clasificándose en:

Discapacidad Psíquica:

"disminuidos psíquicos", "Síndrome de Down", "discapacitados mentales", "autistas", "deficientes mentales", "enfermos mentales" y "minusválidos psíquicos".

Discapacidad Motórica:

"paralítico cerebral", "minusválidos físicos", "discapacitados físicos", "niño de cristal".

Discapacidad Sensorial:

"sordera", "ceguera", "sordomudez".

Sin especificar:

incluye las informaciones relacionadas con el colectivo de personas con discapacidad. "Discapacitados", "persona con discapacidad", "escolares con necesidades especiales", "minusválidos".

FUENTES DE LA INFORMACIÓN

Detectar cuáles son las fuentes que difunden la información relacionada con los menores con discapacidad nos ayuda a conocer quiénes son los encargados de hacer llegar la información a los

medios de comunicación. Esto nos permite analizar el papel que desempeñan los organismos, instituciones, asociaciones del colectivo de personas con discapacidades a la hora de emitir información sobre sus logros, reivindicaciones. Las fuentes que difunden la información se han agrupado en las siguientes denominaciones:

Asociaciones: asociaciones de personas con discapacidad, asociaciones especializadas relacionadas con la discapacidad.

Organizaciones sociales: obras sociales de entidades financieras e instituciones benéficas.

Organismos oficiales: organismos ministeriales, regionales, municipales, universitarios, sanitarios...

Otros: agencias, fuentes periodísticas...

GÉNEROS PERIODÍSTICOS DE LA INFORMACIÓN

Cada género periodístico supone una forma diferente de abordar la información y una actitud distinta por parte del periodista. Se han identificado atendiendo a la clasificación de José Luis Martínez Albertos: "Información", "Crónica", "Reportaje" y "Entrevista". A continuación se detalla cada género periodístico incorporando ejemplos de titulares.

El género periodístico más objetivo es la *Información*, donde se exponen los hechos sin ninguna consideración por parte del redactor. El titular anticipa el contenido de la noticia. Los hechos relatados pertenecen a la actualidad.

Titular 1: "Los trabajos del parto sólo causan el 10% de las parálisis cerebrales".

Titular 2: "Un hombre de 56 años, imputado en la violación de una menor deficiente mental".

Las informaciones identificadas como *Crónicas* son más subjetivas y requieren de un subtítulo que introduzca el contenido de la información ya que el titular es menos explicativo.

Titular 1: "Granada sí escucha a los sordos".

Subtítulo: "El colectivo reclama que se reconozca como oficial la lengua de signos y que se enseñe en las escuelas".

Titular 2: "Escenarios sin barreras".

Subtítulo: "Un grupo de personas con *Síndrome de Down* participa en una representación artística de la mano de Maite Galán".

Los *Reportajes* recogen hechos de actualidad de una forma más analítica y desarrollada. El periodista aporta su estilo narrativo y dispone de un espacio más amplio para su publicación.

Titular 1: "Madres con mucho tacto" (reportaje sobre una madre con discapacidad visual y su hija pequeña, también con problemas en la visión).

Titular 2: "Los servicios de salud mental atienden al año a más de 14.000 personas".

Subtítulo: "No existen plazas en residencias para enfermos mentales con más de 65 años o menores de 18 años".

Las *Entrevistas* ponen nombre y apellidos a los hechos y aportan una visión personal sobre los mismos.

Titular 1: "La intervención precoz del autismo es clave

para el desarrollo del niño" (entrevista a Andrea Fernández, Directora de día del Centro Autismo Granada).

Titular 2: "Los artistas que actúan en el festival lo hacen por cariño (entrevista a Antonio García, presidente de Aspogrades).

TRATAMIENTO TEMÁTICO DE LA INFORMACIÓN

El tratamiento temático de la información es un dato que hay que tener en cuenta a la hora de analizar las noticias sobre discapacidad e infancia ya que podemos conocer cuáles son los temas que se relacionan más frecuentemente con la discapacidad.

Para analizar el tratamiento temático de la noticia, se han designado los siguientes parámetros:

"*Sociedad*": debido a la gran variedad de temas que, periodísticamente, se engloban dentro de este término, se ha desglosado este apartado en "*Actos benéficos*", "*Sucesos*" y "*Otros*": "*Educación*", "*Salud*", "*Economía*".

TAMAÑO DE LA NOTICIA

Las noticias en prensa escrita se pueden agrupar según el tamaño que tienen y el lugar en el que están situadas. (Ver Anexo I). Las noticias de formato pequeño suele ser las que tienen más presencia en la prensa escrita.

Dada la variedad de tamaños en los que se ofrece la información en un periódico se han diseñado cinco categorías que engloban los distintos formatos en los que aparecen las noticias seleccionadas: "*Breves*", "*Noticias formato pequeño*", "*Noticias formato grande*", "*Página completa*" y "*Doble página*".

El periódico está compuesto de noticias de varios tamaños siendo las más usuales las noticias de formato pequeño que corresponden a las noticias

meramente informativas. Los estilos más subjetivos como la "Crónica" o el "Reportaje", necesitan de un mayor espacio para su desarrollo por lo que suelen ocupar una página completa o, en el caso de los "Reportajes", una página doble. Las noticias breves recogen informaciones muy concretas.

LOCALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las noticias en un periódico se ubican atendiendo a su relevancia informativa. Este hecho influye en el espacio que se le dedica y en qué página se sitúan. De esta cuestión entienden mucho los publicistas que colocan sus anuncios en zonas determinadas y que tienen tarifas distintas si están en la página derecha de un periódico o en la parte inferior izquierda de la hoja. La competencia es alta, las noticias han de compartir su espacio, en una misma página, con otras informaciones y, en numerosas ocasiones, con anuncios publicitarios. Si la noticia está bien ubicada la captación del lector será mayor y, por lo tanto, cumplirá su objetivo, ser leída.

Cuando leemos un periódico centramos nuestra atención, al pasar las hojas, en las páginas derecha (que corresponden a las impares) de los periódicos, ya que ésta es la que aparece en primer lugar. Para leer la información que aparece en las páginas situadas a la izquierda (que corresponden a las pares), el lector debe "hacer un esfuerzo" y dirigir su mirada hacia ella. En el primer caso, se "encuentra" la información, en el segundo, la tiene que localizar.

En nuestro análisis hemos localizado dónde se sitúan las noticias sobre menores con discapacidad, si son más las que aparecen en las páginas par o si, por el contrario, hay más noticias en las impares.

Los resultados de este apartado se clasifican en "*página par (izquierda)*", "*página impar (derecha)*" y "*par + impar*" (esta última recoge las noticias a doble página).

TIPO DE PRENSA

La organización interna de un periódico varía según su área de difusión. Los periódicos provinciales o locales tienen como protagonistas a la actualidad más cercana haciéndose eco de todo lo que acontece en la localidad y en la provincia. Los diarios de carácter nacional recogen la información que se produce en la mayor parte del territorio nacional y atienden a lo local cuando se considera que tiene un interés general.

La prensa local recoge toda la información que se produce en su entorno. La edición regional de un periódico de tirada nacional se compone de los hechos más relevantes de la actualidad ya que la información no se distribuye por el periódico entero, como ocurre con los diarios locales, sino que tiene un espacio reducido para su publicación. Por lo tanto, el número de noticias siempre será inferior al de la prensa local.

LENGUAJE

En el apartado del lenguaje se analiza los términos utilizados en las informaciones relacionadas con la discapacidad y la infancia. Se ha llevado a cabo un análisis comparativo entre el año 2002 y el año 2003 con el fin de conocer si ha habido una evolución hacia un mayor cuidado en el uso del lenguaje en los medios de comunicación, motivada por el "Año Europeo de las personas con discapacidad" y por el aumento de reivindicaciones, en este sentido, de los colectivos de personas con discapacidad.

Se han recogido los términos publicados en la prensa escrita y se ha contabilizado su presencia por noticia. Se ha organizado cada término según un denominador común indicando la frecuencia de aparición dentro del marco de estudio designado.

Las variables anteriormente descritas se han clasificado

según el periodo temporal seleccionado para el estudio: enero, febrero y marzo de 2002 y 2003. Se ha completado este análisis, con el estudio de estas variables según el tipo de prensa a la que pertenece la noticia. (ANEXO II).



3.3. RESULTADOS

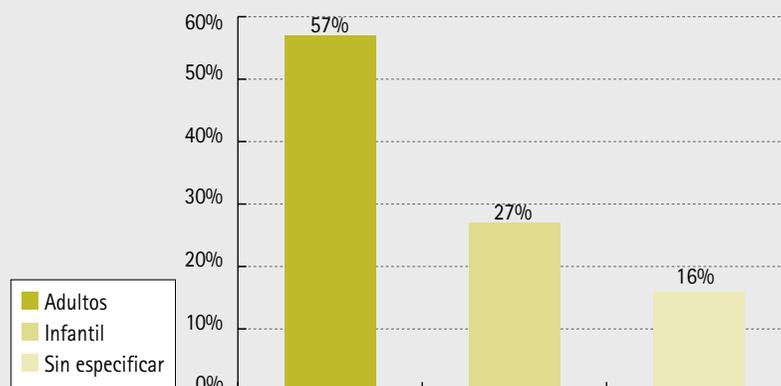
3.3.1. PRESENCIA DE MENORES CON DISCAPACIDAD EN LA PRENSA ESCRITA. ANÁLISIS CONJUNTO 2002-2003

PRESENCIA DE LA DISCAPACIDAD EN LA PRENSA ESCRITA

De un total de 26.904 páginas analizadas, 70 contienen una noticia relacionada con los menores con discapacidad (las dos cabeceras de periódicos provinciales seleccionadas tienen, según ejemplar, una media de 65 páginas en cada número y el suplemento regional, 22; el periodo temporal suma un total de 177 días, que se corresponden cada día con una edición de periódico, excepto dos días festivos en los que no se publica).

Las informaciones específicas de Infancia con discapacidad suponen un 27% del total de noticias relacionadas con discapacidad (152). Los adultos protagonizan la mayor parte de las noticias relacionadas con la discapacidad, un 57%, mientras que las informaciones donde se hace referencia al colectivo en general, sin especificar edades, se sitúan en un 16%.

GRÁFICO 1. Distribución noticias sobre discapacidad analizadas en 2002-2003



(Aunque en el gráfico se ha desglosado el sector dedicado a las informaciones sin especificar discapacidad ni edad, este porcentaje se suma, para todo el análisis de resultados, al porcentaje de noticias sobre discapacidad en la Infancia, ya que estas noticias afectan a todo el colectivo, menores y adultos).

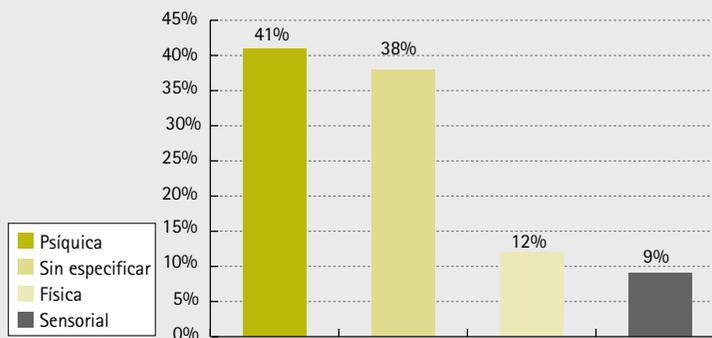
A continuación se exponen los resultados para cada variable de estudio analizada. En el apartado de Metodología se describe su significado y su categorización.

TIPO DE DISCAPACIDAD

El sector con menos presencia en la prensa escrita seleccionada para este análisis es el de la discapacidad sensorial con un 9%, y hay que añadir el dato de que el total de noticias analizadas sobre discapacidades sensoriales en la infancia, han estado relacionadas con la sordera.

Las discapacidades físicas ocupan un 12% de la información analizada (66), siendo el colectivo de personas con discapacidad sin especificar el que le sigue con un 38% de las informaciones. Las noticias relacionadas con las discapacidades psíquicas, un 41%, están más presentes.

GRÁFICO 2. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según tipo de discapacidad en 2002-2003



TRATAMIENTO TEMÁTICO DE LA INFORMACIÓN

Los menores con discapacidad están principalmente relacionados con informaciones que se engloban dentro de la temática social, las cuales representan el 50% de las noticias analizadas. Las noticias sobre educación suponen el 24%, le siguen las de temática económica con un 15%. Las de menor representación son las noticias que contienen información relacionada con la salud, con un 11%.

Dentro de las denominadas noticias de "Sociedad" encontramos informaciones de temáticas muy variadas. En nuestro análisis hemos llevado a cabo un desglose de las noticias de temática social en las que el 48% de la información es de contenido variado (reivindicaciones sociales, integración social, etc.). El 33% de estas noticias son de actos benéficos y el 18% están relacionadas con sucesos.

GRÁFICO 3. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según la clasificación temática de la información en 2002-2003

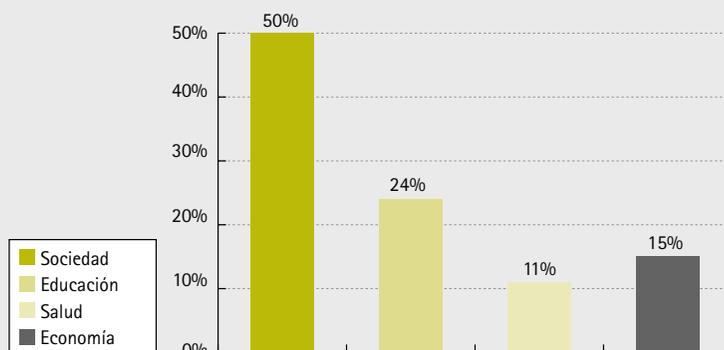
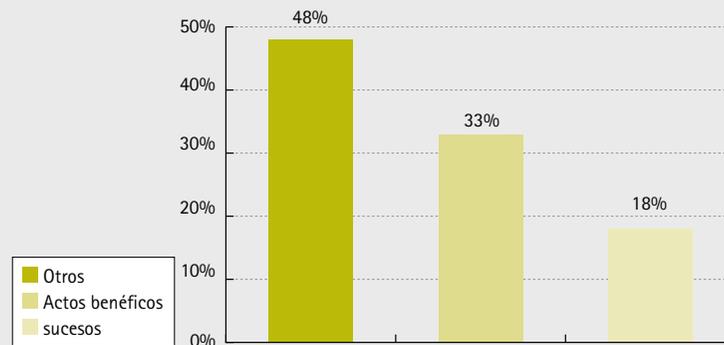


GRÁFICO 4. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según la clasificación temática de los contenidos de sociedad en 2002-2003

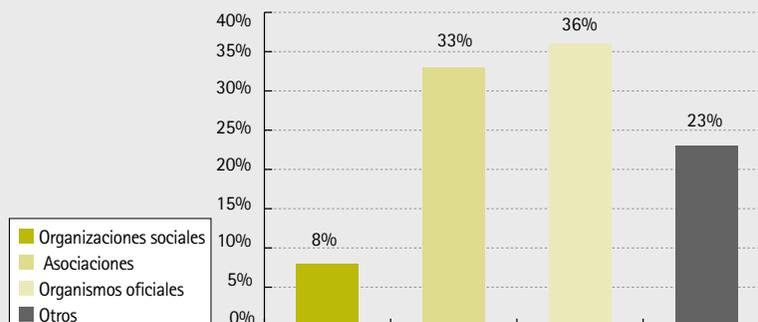


FUENTES DE LA INFORMACIÓN

Los organismos oficiales son, en esta ocasión, los principales encargados de hacer llegar la información a los periódicos seleccionados. Del total de noticias analizadas sobre menores con discapacidad, el 36% proceden de fuentes oficiales. En segundo lugar se sitúan las asociaciones que aportan el 33% de la información. Por debajo se sitúan las informaciones procedentes de fuentes variadas, un 23%, y son las organizaciones sociales las que poseen el porcentaje menor, un 8%.

Las asociaciones de personas con discapacidad están empezando a valorar la necesidad de contar con profesionales de comunicación que trabajen por aumentar la presencia del colectivo en la sociedad, elaborando y emitiendo una información con un tratamiento adecuado y sin estereotipar.

GRÁFICO 5. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según las fuentes de información en 2002-2003



GÉNERO DE LA INFORMACIÓN

Del total de las 66 noticias relacionadas con la Discapacidad y la Infancia, el género denominado por José Luis Martínez Albertos, "Información", representa el 56%. Le siguen las "Crónicas", que ocupan el 33%. Los "Reportajes" suponen un 5% de la información, mientras que las "Entrevistas", representan el 6%.

TAMAÑO DE LA INFORMACIÓN

El 58% de las noticias analizadas tienen un formato pequeño. Menos presencia tienen las noticias de formato grande, un 23%. Las breves suponen un 9% y las menos frecuentes son las de página completa, con un 5% y la página doble, con un 6%.

GRÁFICO 6. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según el género de la información en 2002-2003

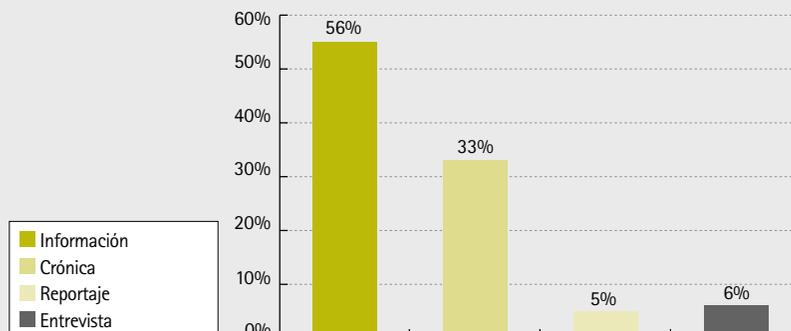
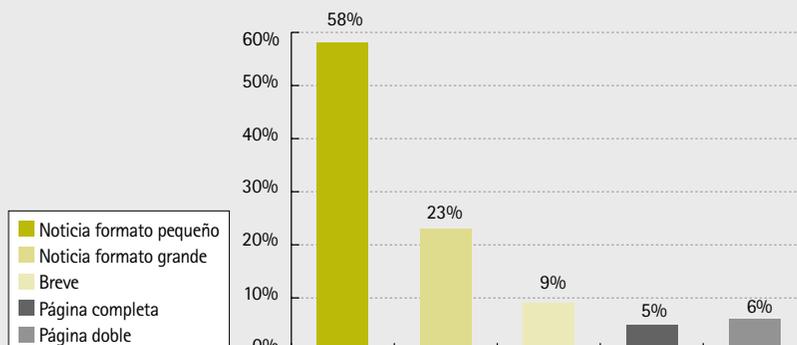


GRÁFICO 7. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según tamaño de la información en 2002-2003



LOCALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

De las 66 noticias relacionadas con los menores con discapacidad, 39 (el 59%) están situadas en la página par del medio, 23 (el 35%) en la página impar y 4 (el 6%) ocupan las dos páginas del periódico.

TIPO DE PRENSA

De las dos cabeceras locales consultadas en este estudio, el 50% de las noticias analizadas, han sido extraídas del *Ideal* de Granada y el 35% pertenecen al *ABC* de Sevilla. Las noticias procedentes del suplemento de Andalucía de *El País*, suponen un 15% de la información seleccionada.

GRÁFICO 8. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según localización de la información en 2002-2003

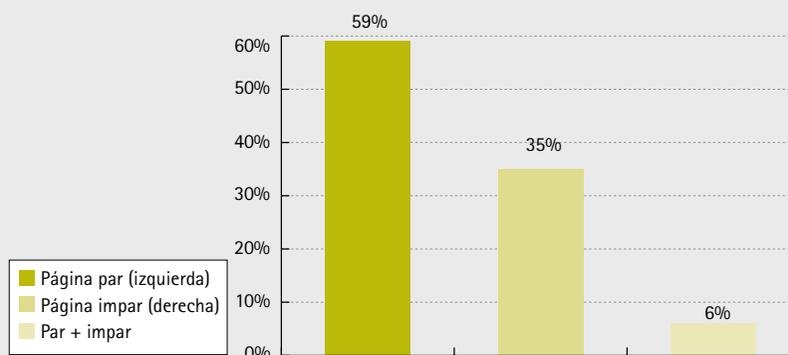
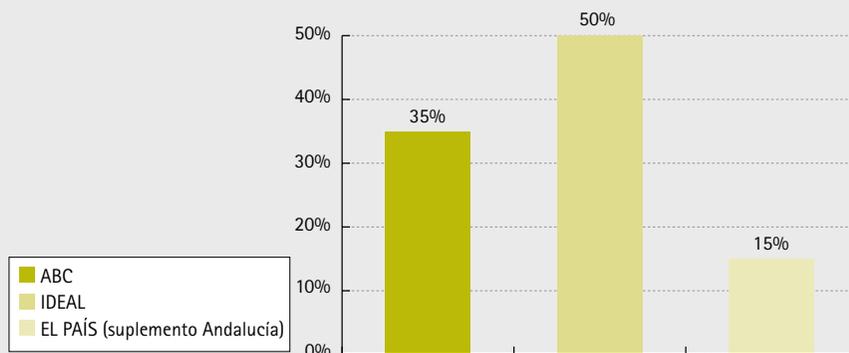


GRÁFICO 9. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según tipo de prensa en 2002-2003



3.3.2. ANÁLISIS COMPARATIVO 2002-2003

Es necesario analizar la influencia que ha tenido en la prensa la designación de 2003 como "Año Europeo de las personas con discapacidad" y si se ha producido un aumento de noticias relacionadas con este tema con respecto a años anteriores.

Con respecto a los menores con discapacidad, se aprecia una mayor presencia de noticias en el año 2003 con respecto al 2002. De un total de 66 noticias cuantificada, el 44% pertenecen al 2002 y el 56% al 2003.

TIPO DE DISCAPACIDAD

Encontramos diferencias cuando desglosamos estos resultados atendiendo al tipo de discapacidad a la que hace referencia la información. En el año 2002 son las noticias sobre discapacidad psíquica las que tienen más presencia, pero esto no se mantiene en el año 2003. Las discapacidades sin especificar pasan de un 28% en el año 2002 a un 53%, protagonizando la mayoría de las informaciones aparecidas en 2003.

Las discapacidades motóricas han sufrido un ligero aumento en este año, de un 10% se ha pasado a un 14%. En cuanto a las informaciones sobre discapacidades sensoriales en la infancia, éstas han sufrido un descenso de un periodo anual a otro, representando sólo un 8% de la información.

GRÁFICO 10. Distribución noticias sobre menores con discapacidad en 2002-2003

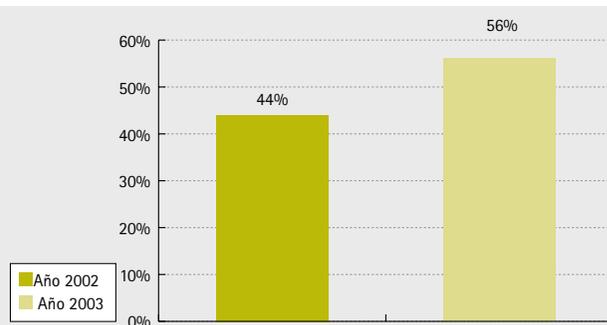
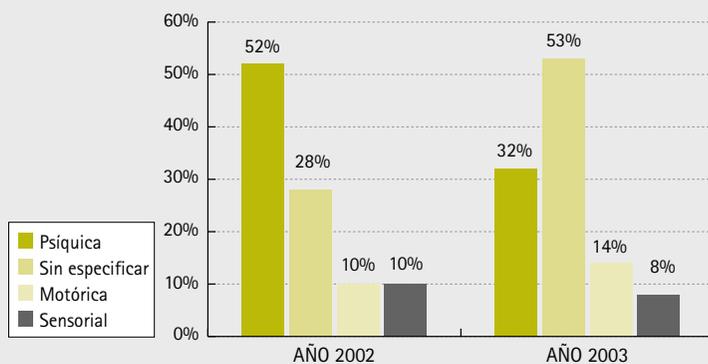


GRÁFICO 11. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según tipo de discapacidad



TRATAMIENTO TEMÁTICO DE LA INFORMACIÓN

El 59% de las noticias sobre menores con discapacidad publicadas en el año 2002 son de carácter social, le siguen las noticias sobre educación con un 28%. Las informaciones sobre salud y economía tienen una escasa representación durante ese año. Pero los datos cambian cuando nos adentramos en el año 2003. Las noticias relacionadas con temas de economía aumentan, ahora suponen un 21%, ya lo hemos constatado anteriormente, se producen más mejoras para el colectivo en materia de ayudas y subvenciones. Las informaciones sanitarias se duplican. Siguen siendo

más las noticias sociales (42%) y por debajo de ellas, las educativas (22%) que sufren un descenso con respecto al año anterior.

Aumentan en el 2003 las informaciones relacionadas con fiestas y actos benéficos promovidos por las asociaciones del sector de un 12% en 2002, a un 56% en 2003. Descienden, de un 29% a un 6%, el número de noticias sobre sucesos relacionados con menores con discapacidad. Las noticias sociales de temática variada pierden protagonismo en 2002 y pasan a situarse en segundo lugar en 2003.

GRÁFICO 12. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según tratamiento temático de la información en 2002-2003

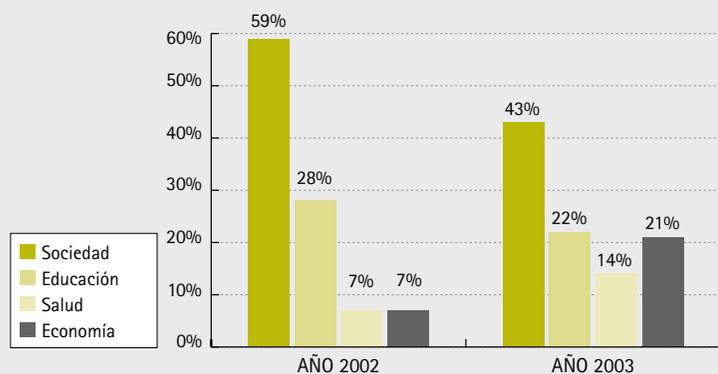
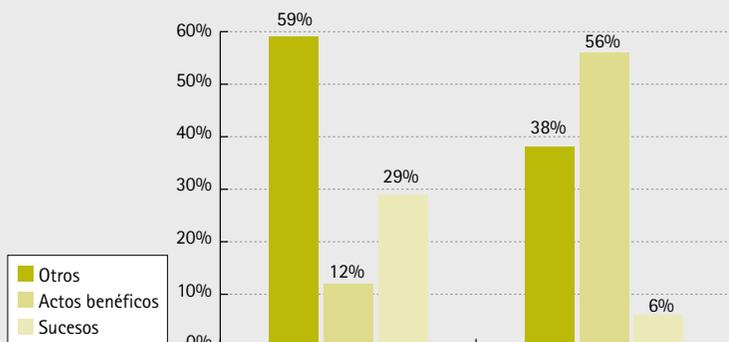


GRÁFICO 13. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según clasificación temática de los contenidos de sociedad en 2002 - 2003



FUENTES DE LA INFORMACIÓN

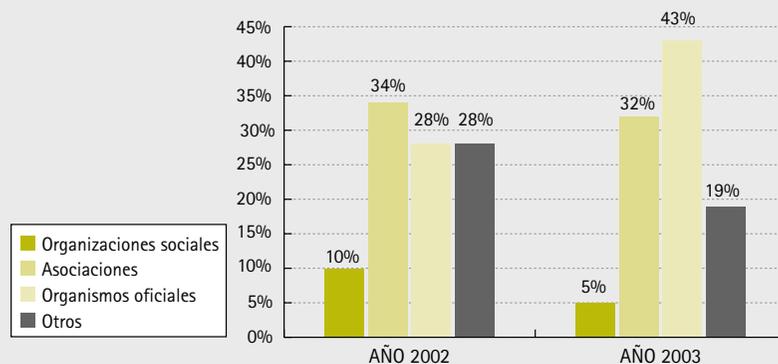
Dentro de las fuentes detectadas en nuestro análisis, el 34% de los datos corresponde a informaciones procedentes de asociaciones, descendiendo levemente, hasta un 32%, en 2003.

El cambio más destacable se produce en las fuentes pertenecientes a los organismos oficiales. Durante 2002, suponen el 28% aumentando hasta el 43% en el 2003 (de 8 noticias procedentes de fuentes oficiales se pasa a 16 al año siguiente).

Dentro del parámetro de "Otros" se encuentran las fuentes periodísticas (agencias, ruedas de prensa, etc.) que están relacionadas con el 28% de las informaciones publicadas en 2002 y que descienden hasta el 19% en 2003 al aumentar las informaciones procedentes de otros tipos de fuentes.

Los organismos sociales (instituciones benéficas, obras sociales, etc.) son los que tienen menor protagonismo, un 10% en el 2002 reduciéndose a la mitad en el siguiente año.

GRÁFICO 14. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según las fuentes de información



GÉNEROS PERIODÍSTICOS

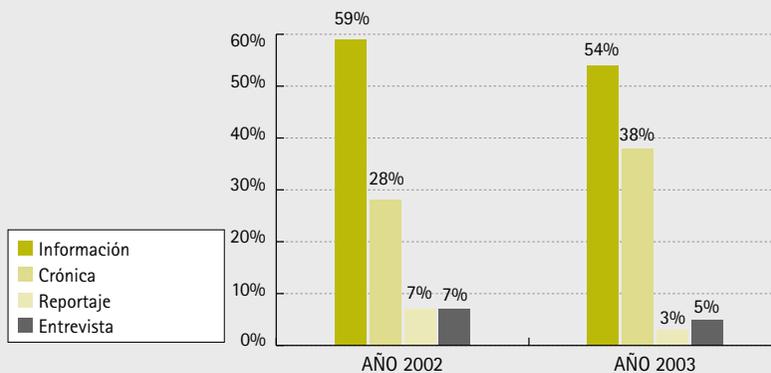
En el periodo temporal seleccionado, la "Información" ocupa casi el 60% de la noticias publicadas, situándose también a la cabeza de los resultados de 2003 con un total del 54%.

El segundo género periodístico por orden de frecuencia, es la "Crónica", que requiere un seguimiento más subjetivo de la información que durante 2002, tuvo una presencia de un 28% y que al año siguiente aumenta hasta alcanzar un 38% de las noticias publicadas.

El "Reportaje" es un género que tiene como protagonistas a hechos noticiables pero que no tienen porque estar de actualidad. Suele ser más extenso que la "Información" y la "Crónica". El 7% de las informaciones publicadas en 2002 son reportajes. En 2003, sólo el 3% de las noticias publicadas pertenecen a este género.

Las "Entrevistas" suponen un 7% de las noticias analizadas, en 2002 y un 5%, en las de 2003. Pocas son las entrevistas a personas relacionadas con los menores con discapacidad (se han contabilizado 2 y 3 respectivamente, de un total de 66 noticias publicadas). La "Entrevista" es un género que permite conocer y personalizar a un colectivo y, en ocasiones, ofrece una información especializada desde una fuente directa.

GRÁFICO 15. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según género periodístico

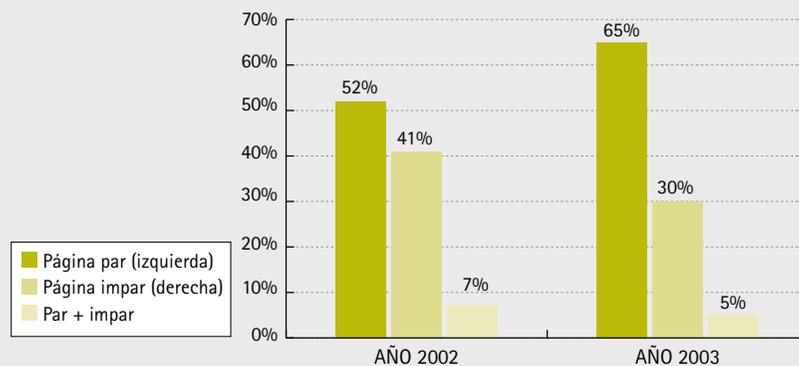


LOCALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Durante el primer periodo anual de nuestro análisis, el 52% de las "Noticias" seleccionadas están ubicadas en la página par del periódico, es decir, a la izquierda del lector. En la página impar, a la derecha, se sitúan el 41% de las "Informaciones". También encontramos dobles páginas que corresponden principalmente a los "Reportajes" (7%).

En el segundo periodo anual hay un pequeño aumento del porcentaje de "Noticias" publicadas en la parte izquierda del periódico (65%), sin embargo desciende el número de "Noticias" publicadas en la parte derecha del periódico (30%). Las dobles páginas suponen el 5% de las noticias publicadas.

GRÁFICO 16. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según localización de la información



TAMAÑO DE LA INFORMACIÓN

En referencia a las noticias sobre menores con discapacidad, el formato predominante y que corresponde, normalmente, al género de la información, es el de noticias de formato pequeño (ver Anexo I). Durante el año 2002 se han contabilizado 18 noticias en este formato que suponen un 62% de las noticias publicadas, frente a un 54% de las publicadas en 2003, que en número se traduce en 20 noticias.

La presencia de noticias con un formato más grande está en torno a un 21% en 2002 y en un 24% en 2003.

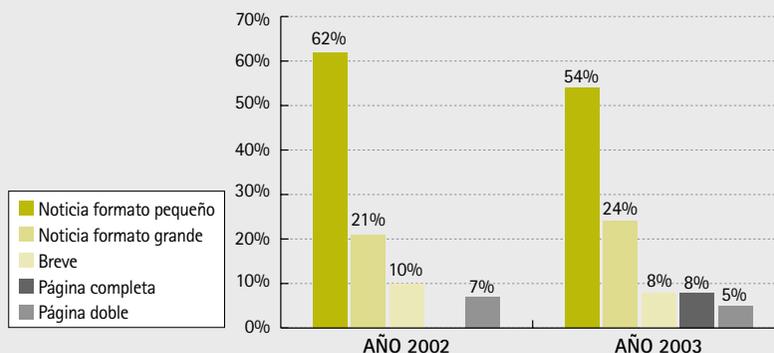
Las breves representan el 10% de la información publicada y en 2003, no llegan a este resultado, se quedan en un 8%.

En cuanto a las páginas completas durante 2002 ninguna de las noticias analizadas tienen este formato, en el 2003 sólo se han cuantificado 3 noticias que suponen el 8% de las informaciones publicadas sobre menores con discapacidad en ese año.

Las dobles páginas escasean en los medios escritos de información diaria que están compuestos principalmente por noticias variadas de extensión media o reducida. En 2002 suponen el 7% de lo publicado, descendiendo hasta el 5% en el siguiente año.

Las noticias se maquetan según su relevancia informativa, atendiendo a los contenidos de la información y al espacio disponible en cada sección. En algunas ocasiones los profesionales de la prensa ven recortadas sus informaciones por falta de espacio una vez diseñada la página.

GRÁFICO 17. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según tamaño de la información



3.3.3. LENGUAJE

El lenguaje es uno de los puntos fundamentales para analizar el tratamiento de la discapacidad en la prensa escrita. Los términos con los que se designan a las personas con discapacidad en los medios de comunicación se implantan en la sociedad y si éstos no son los adecuados, pueden connotar negativamente al colectivo. Son los propios medios los que tienen que llevar a cabo las recomendaciones propuestas por los expertos y organismos relacionados con la discapacidad.

Uno de los expertos que se ha pronunciado sobre esta cuestión es Demetrio Casado Pérez, Director Técnico del Real Patronato sobre Discapacidad, autor de "Propuesta de Pautas para la Comunicación Social Básica" presentada en el XIII Seminario Iberoamericano sobre Comunicación Social y Discapacidad (Madrid, noviembre de 1998). En el Punto 7 de esta propuesta declara que *se recomienda no sustantivar adjetivos como deficiente, discapacitado, minusválido o disminuido y menos aún otros de significado pleno e impropriamente negativo, como inválido. Resulta menos estigmatizante utilizar la expresión "persona con discapacidad" y equivalente.*

A esta conclusión llegaron también los expertos reunidos en las Jornadas sobre Comunicación Social en Discapacidad (Oviedo, marzo 2003) que en el Punto 6 declaran que *se sugiere utilizar términos o expresiones que hagan referencia primero a la persona (sustantivo) y después a la discapacidad (circunstancia o adjetivo). Se aconseja el término "personas con discapacidad" ya que es un término no estigmatizante que hace referencia a la dimensión de persona y sitúa la limitación en la categoría de circunstancia. Evitaremos en la medida de lo posible, por tanto, términos etiquetadores como "discapacitados", "minusválidos", "deficientes", "disminuidos", etc.*

Para el periodista experto en temas de discapacidad, Francisco Perujo, *El lenguaje es, tras la yuxtaposición de imágenes descontextualizadas, el segundo sustento esencial para la consolidación de cualquier estereotipo.*

Escasas son las guías que orientan a los profesionales sobre qué terminología es la más adecuada a la hora de redactar una noticia sobre discapacidad, la Fundación Abulense para el Empleo ha editado una *Guía para un uso no discriminatorio del lenguaje* (en el entorno de la discapacidad). Esta publicación forma parte de un programa de la fundación en el que las personas con discapacidad psíquica se acercan a los medios de comunicación como miembros activos, no sólo como protagonistas de la información, sino como artífices de la misma ya que escriben en prensa, entrevistan y desarrollan programas de radio y de televisión. En este programa usan el lenguaje para construir su pensamiento y descubrirse a sí mismas como personas capaces. A la vez quiere servir de orientación a los profesionales de la comunicación.

Para Isabel Frutos, autora de esta publicación: *El lenguaje es una construcción social e histórica que influye en nuestra percepción de la realidad: condiciona nuestro pensamiento y determina nuestra visión del mundo.*

Una de las afirmaciones que podemos leer en esta guía es que *la concepción peyorativa de las personas con discapacidad psíquica tenía y tiene su reflejo en el uso de un lenguaje ofensivo y discriminatorio. Palabras como imbéciles, idiotas, tontos y tontas, retrasadas y retrasados, cretinas y cretinos y muchas más son sobradamente conocidas.*

Esta guía aporta un análisis de la terminología utilizada actualmente, y en el pasado, para referirse a las personas con discapacidad psíquica y de las actitudes

existentes en la sociedad hacia ese colectivo, con un objetivo claro por parte de sus promotores: *"Nuestro reto y el de toda la sociedad es romper los estereotipos y prejuicios y demostrar que somos capaces de poner los medios y derribar las barreras para que las personas con discapacidad puedan desarrollar sus potencialidades y llevar una vida normalizada hasta que un día no haya "ellas y ellos", sino "todas y todos". Nosotras y nosotros lo llamamos SOLIDARIDAD.*

En nuestro Estudio sobre Discapacidad e Infancia hemos dedicado un capítulo al lenguaje utilizado en las noticias relacionadas con este tema. Se quería comprobar, también, hasta qué punto, las recomendaciones sobre esta materia promovidas por el "Año Europeo de las personas con discapacidad", tenían reflejo en la prensa seleccionada.

Como se puede observar en la tabla siguiente, el término *"discapacitado"* sigue estando presente en las noticias sobre menores con discapacidad, siendo el que aparece con más frecuencia en las informaciones seleccionadas para el análisis (66 en total), teniendo más presencia durante el 2003. Términos tan connotados negativamente como *"deficiente"*, tienen una menor presencia en el 2003.

"Minusválido" es un término que en el 2003 se sigue utilizando para hacer referencia a este colectivo; supone el 15% de los términos sobre discapacidad e infancia presentes en la prensa escrita durante este año, detrás del 27% del vocablo *"discapacitado"*.

Otro de este grupo de adjetivos sustantivado es *"disminuido"*, que en 2002 tiene una leve presencia (9%) y no aparece en las informaciones publicadas en el 2003.

Expresiones como *"enfermo mental"* tienden a desaparecer de los medios escritos. En el 2002,

suponen el 7% del total de términos utilizados en ese año. En el 2003, no hay noticias que contengan este término.

Según lo anteriormente expuesto por parte de los expertos, la expresión *"personas con discapacidad"* es la más respetuosa y la más recomendable para su uso en los medios de comunicación. En las noticias analizadas, tienen una presencia escasa, suponen el 7% de los términos empleados en 2002, y el 9%, en el caso de 2003.

3.3.4. ALGUNOS EJEMPLOS GRÁFICOS

Se ha realizado un análisis de varios ejemplos de noticias extraídas del *Ideal* de Granada y de el Suplemento de Andalucía de *El País* con el fin de argumentar visualmente algunos de los resultados. No se han analizado noticias del diario *ABC* de Sevilla al no ser posible extraer una copia de las ediciones en formato digital y no poder hacer una fotocopia de la edición impresa por estar catalogándose los ejemplares recogidos en la Biblioteca de Andalucía, pertenecientes al periodo seleccionado para el estudio.

Las noticias seleccionadas se analizaron según los siguientes parámetros: *"tipo de discapacidad"*, *"fuente que difunde la información"*, *"tratamiento temático"*, *"tamaño"*, *"género periodístico"*, *"localización de la información"* y *lenguaje utilizado*.

TÉRMINOS SOBRE DISCAPACIDAD INFANTIL APARECIDOS EN PRENSA

DENOMINADOR (n° noticias)	TOTAL	AÑO 2002	AÑO 2003	TÉRMINOS 2002	TÉRMINOS 2003
"Discapacitado" (14)	11,06%	11, 11%	26,47%	"Discapacitado" (4) "Menor Discapacitado" (1)	"Discapacitados" (7) "Niños discapacitados" (2)
"Deficiente" (8)	6,32	11,11%	8,82%	"Deficiente" (1) "Deficiente mental" (1) "Deficiencia mental" (1) "Deficientes mentales" (1) "Alumno deficiente" (1)	"Deficientes Mentales" (2) "Deficiencias Psíquicas" (1)
"Minusválido"(8)	6,32	6,67%	14,71%	"Minusvalía" (2) "Minusválidos físicos" (1)	"Minusválidos" (2) "Minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales" (1) "Minusvalías psíquicas" (2)
"Personas con discapacidad" (6)	4,74	6,67%	8,82%	"Personas con discapacidad" (2) "Personas con discapacidades" (1)	"Personas con discapacidad" (2) "Persona discapacitada" (1)
"Síndrome Down" (6)	4,74	6,67%	8,82%	"Síndrome Down" (3)	"Síndrome Down" (3)
"Sordo" (7)	5,53	8,89%	8,82%	"Sordos" (3), "Sordera" (1)	"Sordos" (1), "Sordera" (1) "Sordomudez" (1)
"Disminuido" (4)	3,16	8,89%	---	"Disminuido físico" (1), "Disminuido psíquico" (3)	
"Autista" (4)	3,16	8,89%	---	"Autismo"(3), "Niño Autista" (1)	
"Enfermo mental" (3)	2,37	6,67%	---	"Enfermos Mentales" (2) "Enfermedades Mentales" (1)	
"Paralítico cerebral" (3)	2,37	6,67%	---	"Parálisis cerebral" (2) "Paralíticos cerebrales" (1)	
"Enfermedades Raras" (2)	1,58	---	5,88%		"Mc Cune Albright" (1) "Artrogriposis Congénita" (1)
"Niños de Cristal" (2)	1,58	---	5,88%		"Niña de Cristal" (1) "Niño de Cristal" (1)
Otros términos (12)	9,48	17,78%	11,76%	"Escolares con necesidades especiales" (1) "Esquizofrenia" (1), "Mudez"(1) "Patologías Psiquiátricas"(1) "Problemas de personalidad" (1) "Problemas motores" (1), "Psicosis" (1) "Trastornos mentales severos" (1)	"Alumnos con necesidades" (1) "Ciega" (1), "Niños con problemas psíquicos" (1) "Trastornos psiquiátricos" (1)



Mari Carmen Palomo y su hijo Leñito Zorita pasan por una rampa más inclinada de lo debido en una calle de su barrio, en Málaga. (fotos: contramuse)

Rehenes de sus vecinos

EDUARDO GARCÍA, Málaga
Los minusválidos físicos dependen de sus vecinos para entrar o salir de su casa. La Ley de Propiedad Horizontal exige el beneficio del 33% de los vecinos de una comunidad para eliminar cualquier barrera arquitectónica. Si no se logra, el discapacitado no puede construir rampas y queda confinado en su propia casa.

Dolores Moreno se topó con este problema cuando su hijo de 18 años quedó paralizado en un accidente de bicicleta. Nueve meses le impidieron entrar o salir de la vivienda, en Ronda. Comenzados por la situación, los vecinos aprobaron la obra y el ayuntamiento asumió los costes. Los trabajos comenzaron, pero fueron paralizados por la oposición de otros propietarios. Ahora el chantaje depende de sus padres o de sus amigos para salir de casa. "Si no encontramos pronto alguna solución tendri-

Mimasválidos físicos piden que se suprima el quórum exigido para eliminar barreras en los edificios

mos que mudarnos", se queja la madre, abogada.

Hay otra ley, la 13/95, que contempla la posibilidad de que los alcaldes acudan a los tribunales si los vecinos persisten en su negativa. Aunque los jueces casi siempre fallan a favor de los minusválidos, el secretario general de la CAMF, Gonzalo Rivas, reconoce que el ejercicio de derechos fundamentalmente no tiene que judicializarse. "Además, con lo lento que es la justicia hay situaciones sangrantes que se prolongan durante años", advierte.

Una sentencia de la Audiencia de Bilbao sostiene que el quórum vulnera cinco derechos cons-

titucionales: a una vivienda digna, al patrimonio, a la dignidad, a la igualdad, así como la obligación de los poderes públicos de impulsar la integración de las personas con discapacidad.

Cambio normativo

Por eso, la CAMF lleva desde que se aprobó la Ley de Propiedad Horizontal en 1995, pidiendo que se elimine el requisito del 33%. En su opinión debe basarse con una autorización municipal que certifique que la obra no afecta a la estructura del edificio. En septiembre de 2000, la secretaria de Asuntos Sociales del Go-

bierno central, Concepción Dancausa, se comprometió a estudiar la modificación de la ley. "Pero es el Gobierno o los grupos políticos del Parlamento a los que nos hemos dirigido hasta ahora", se queja Rivas.

Ya en 1995, el Defensor del Pueblo andaluz dio parcialmente la razón a los minusválidos al estimar que la supresión de las barreras arquitectónicas debía ser gratuita para la comunidad porque beneficiaba a todos los vecinos. Pero el Defensor andaluz no entró en la inconstitucionalidad alegada por la CAMF y remitió la cuestión al Defensor del Pueblo español, al discutirse una norma de ámbito estatal.

Esta organización tampoco planteó el recurso de inconstitucionalidad. Eso sí, recomendó que se dieran más y mejores ayudas para eliminación de barreras arquitectónicas en los bloques de vecinos. Rivas se indigna. "La proce-

pal es que hay gente acorralada en su casa y eso es una vulneración de sus derechos fundamentales, no el dinero".

Es el caso de Isolina Barrio, una mujer de 76 años residente en Marbella, que padecía una parálisis dopagética. Hay solo seis escalones, pero para ella cada uno es más difícil superarlo. Un poblarlo de vecinos se resiste a construir una rampa para no quitar la puerta de entrada que es toda una antigüedad.

"Una persona vale más que una puerta", reflexiona Isolina, quien recuerda que las barreras arquitectónicas son un obstáculo no sólo para los ancianos como ella, sino también para un joven que sufre un accidente o para las mujeres con carritos de bebé. E insiste: "Estoy confinada dentro de mi casa. Soy reclusa de mi vivienda por una cuestión estética".

Carmen Tello es mucho más joven. Tiene 40 años, pero desde que nació está atada a una silla de ruedas porque padeció espina bífida. Sus padres ya son mayores y también dependen de sus hermanos o sus cuidadores para salir de casa. Su caso está en vías de solución con la mediación de una técnica del ayuntamiento de Málaga que explica que la negativa de los vecinos bloquea también el acceso a las ayudas para las obras, ya que para conceder subvenciones se exige el acuerdo previo de la comunidad.

A Mari Carmen Palomo la rampa le costó 1.800 euros (300.000 pesetas). Les jugó con ellas y acabadas. Así eliminó los cinco escalones que le impedían sacar a la calle a su hijo de 15 años paralizado cerebral. Durante 14 años tuvo que subir y bajar a pulso a su hijo "por el escalón de tres o cuatro".

La CAMF añade que las nuevas normas que impulsan la realización de accesos de una puerta por otros de dos planteará nuevas dificultades ya que, al ser más estrechos, impedirán la entrada de una silla de ruedas. Eso fue justamente lo que impedía que otra malagueña, Ana Gutiérrez, pudiera salir de su casa en sus últimos meses de vida. La silla de ruedas era cuatro centímetros más ancha que la doble puerta del ascensor.



EL PAÍS TE GUÍA
POR LAS PROCESIONES DE SEVILLA.

MAÑANA, MARTES SANTO.

Recuerda, mañana martes te regalamos un díptico con la información necesaria para seguir las procesiones del Martes Santo de la Semana Santa sevillana: horarios, itinerarios...

Todo lo necesario para mantener tu posición de día.



EL PAÍS
ABIERTO A TODOS

NOTICIA 1

Fecha: 25 de marzo de 2002.

Titular: "Rehenes de sus vecinos". Tiene que ser claro y conciso y debe atraer la atención del lector.

Subtítulo: "Minusválidos físicos piden que se suprima el quórum exigido para eliminar barreras en los edificios".

En esta ocasión completa y aclara al titular ya que ofrece el dato de a quién hace referencia la información. La discapacidad es la protagonista de la noticia.

Fotografía: incluye un documento gráfico situado al inicio del texto y en el que se ve a dos protagonistas de la información, una de ellas va en silla de ruedas. Está situada fuera de la noticia.

Pie de foto: "Mari Carmen Palomo y su hija Leticia Zarola pasan por una rampa más inclinada de lo debido en una calle de su barrio, en Málaga".

Tipo de discapacidad: "minusválidos físicos".

Género periodístico: nos encontramos con una crónica donde el periodista hace una evolución de la problemática del colectivo de minusválidos físicos y las barreras arquitectónicas en las comunidades de vecinos. El periodista personaliza la información en el caso de varios afectados que cuentan su experiencia.

Fuentes de la información: en esta ocasión la fuente principal es un organismo autorizado como la Confederación Andaluza de Minusválidos Físicos (CAMF) y se ha completado la noticia con el testimonio personal de los afectados.

Tratamiento temático de la información: Sociedad.

Tamaño de la información: nos encontramos ante una noticia de formato grande (está compuesta por cinco columnas), que ocupa toda la mitad superior de la página. Comparte página con un faldón publicitario.

Localización de la información: se sitúa en la página derecha del periódico.

Análisis: Esta noticia está bien situada para captar la atención del lector, ya que es la única información de la página, está situada en su mitad superior y se localiza en la página derecha del periódico.

La discapacidad protagoniza toda la información, desde la fotografía que acompaña al texto hasta su desarrollo posterior.

El contenido del texto hace referencia a las reivindicaciones del colectivo de discapacitados físicos en relación con la eliminación de barreras arquitectónicas en las comunidades de vecinos. La redactora ha recurrido al testimonio directo de tres afectados, dos de ellos menores, para ilustrar los problemas que se plantean en algunas comunidades a la hora de aplicar la Ley de Propiedad Horizontal, que requiere el beneplácito del 51% de los vecinos para eliminar cualquier barrera arquitectónica.

Esta información se completa con la declaración de una voz autorizada, la del Secretario General de la Confederación Andaluza de Minusválidos Físicos (CAMF) perteneciente al colectivo de afectados.

Esta noticia ofrece al lector la posibilidad de conocer un problema que afecta a una parte de la población y que requiere la concienciación de la sociedad para su solución.

Educación bajará el ratio en el nivel de infantil y en centros rurales y de actuación preferente

Cerca de 76.000 niños de tres años iniciarán su escolarización en el curso 2003-2004

87/ ANDALUCÍA. Sevilla. La Consejería de Educación promoverá el próximo curso 2003-2004 la reducción del número de alumnos por clase (ratio) en el nivel de infantil, en los centros rurales y en

los situados en zonas educativas de actuación preferente para, en palabras de la consejera, Cándida Martínez, "mejorar la calidad de la enseñanza en la educación infantil así como la que reciben los alumnos con

necesidades educativas especiales o que presentan diferencias de carácter sociocultural, económico o geográfico". Según Educación, el próximo curso estarán incorporados un total de 1.543.913 alumnos.

En el tramo de infantil, aunque no es obligatoria y a la que se incorporan el próximo curso 75.782 escolares de tres años (8.981 más que el pasado año), Educación tiene previsto aumentar el número de clases de niños de tres años en los que el número de escolares está por debajo de 20. Para los unidades nuevas, según en las que continúa infantil de los cuatro y cinco años, el objetivo fijado es que no sobrepasen los 13 alumnos por aula. Para facilitar el cumplimiento de estos objetivos, se crearán 508 unidades nuevas para escuelas de tres años y otras 50 más para los de cuatro años.

En total, el próximo curso 2003-2004, 231.390 niños de entre tres y cinco años cursarán estudios en el nivel de infantil, con una tasa de escolarización, según apuntó la consejera durante la presentación del proceso de escolarización 2003-2004.

Otro sector del alumnado que se beneficiará de la bajada de la ratio será el de los colegios públicos rurales, el de los institutos situados en zonas de actuación preferente y el que presenta necesidades educativas especiales. En los colegios rurales, el número de alumnos por clase se reducirá de 26 a 13 en las aulas con escolares del mismo ciclo. La bajada llegará a 17 alumnos por aula en las que continúan estudiando de distintos niveles. En total, de esta medida se beneficiarán 127 centros rurales.

En los institutos de secundaria situados en zonas de actuación preferente, el descenso será de cinco alumnos por clase, pasando de 30 a 25 por aula, medida que se aplicará en 34 centros



La consejera de Educación, Cándida Martínez, en una foto de archivo. (archivo.com)

de la comunidad. Para el alumnado con necesidades educativas especiales, el próximo curso comenzarán a funcionar 47 aulas específicas. Además, se autorizan 48 institutos más para la integración de este alumnado.

Calendario de inscripción

El próximo martes 1 de abril, y hasta el día 30 del mismo mes, se abre el plazo de presentación de solicitudes de admisión en los centros públicos y concertados para aquellos alumnos que accedan por primera vez al auto-

ma o para aquellos que quieran cambiar de centro. El funcionamiento del proceso de escolarización sigue los mismos requisitos que el pasado curso.

Para conocer más detalles, la Consejería de Educación ha incluido toda la información, incluyendo los distintos modelos de solicitudes en su página web (www.juntadeandalucia.es/educacion/educacion). También facilita un número de teléfono de información gratuito que operará ininterrumpido de 9:00 a 21 horas (900 849 000).

Una vez concluido el proceso de admisión y finalizado el año, todos los alumnos deberán matricularse rellenando un impreso que se facilitará en el centro donde hayan sido admitidos. Para ello, se establecerán dos períodos: del 7 al 9 de junio para infantil, primaria y educación especial, y del 3 al 10 de julio para los alumnos de secundaria. Los estudiantes de bachillerato, garantía social, ciclos formativos y de régimen especial cuentan con dos plazos: del 3 al 10 de julio y del 1 al 9 de septiembre.

La Junta retira el desamparo de los nueve menores del Polígono Norte

87/ Sevilla. Los abogados de una familia del Polígono Norte de Sevilla, a la que la Junta pretendía retirar 9 niños, de entre nueve meses y 15 años, aceptaron ayer que los menores sean declarados en "desamparo" en lugar de "desamparo", medida que el delegado de Asuntos Sociales prometió que la Policía no acudiría a retirarlos si van al colegio. El abogado de la familia, José Antonio Bosch, explicó que la madre Francisca M.L. mantuvo ayer una reunión con el delegado de Asuntos Sociales, Francisco Obregón, y ambas partes acordaron rebajar la tensión y buscar soluciones al próximo lunes.

Según Bosch, los letrados de la familia presentaron a la Junta que los niños sean declarados en situación de "desamparo" en lugar de "desamparo", lo que según la Ley de Protección al Menor implica que el tratamiento debe llevarse a cabo en el seno de la familia. Para ello, propusieron la firma de un convenio, con intervención de las ONG que trabajan en el Polígono Norte, para "tratar las dificultades de la familia y subsanarlas".

Por su parte, Obregón reclamó como condición que los nueve hermanos y primos sean escolarizados, ya que desde hace un mes y medio permanentemente acuden entre familiares y amigos para evitar que la Junta ejecute la orden de internarlos en centros de acogida, y "se comprometo personalmente ante la madre que la Policía no acudiría a la familia en busca de los menores", según Bosch. El letrado indicó que todas las partes concuerdan en que "para el desarrollo integral de los menores el sitio ideal es el seno de la familia biológica, que es la que mejor garantiza sus necesidades".

Granada convoca cinco certámenes de arte y ciencia para estudiantes

87/ Granada. La Universidad de Granada ha convocado cinco certámenes de creación artística y científica dirigidos a los estudiantes de las mejores instituciones académicas españolas. En total, se entregarán once premios de 1.500 euros distribuidos en cinco áreas que abarcan la literatura, la música, el cine y la ciencia y la tecnología.

Sobre el concurso científico, los mejores premios serán la admisión de cursos al 25 de abril. Los premios Federico García Lorca de Literatura se otorgan entre los más antiguos de la Universidad granadina. Se convocan en tres géneros: cuento, poesía y teatro. Para los otras disciplinas, se otorgan el premio Álvaro Cunqueiro de literatura, fotografía, nuevas tecnologías de la imagen y música. El premio Manuel de Falla de creación, interpretación e investigación musical completa junto con el concurso de guitarra de creches en cine y vídeo, y el certamen de divulgación y expresión original de la ciencia o la mejor exposición tecnológica al resto de premios.

La Universidad de Jaén es la primera andaluza en presentar su plan estratégico para competir en Europa

87/ BAHÍA DE CANTABRIA. Jaén. Nuevas infraestructuras, una mayor presencia en la sociedad jordanesa, más titulaciones y un crecimiento en el área de investigación son algunos de los objetivos recogidos en el plan estratégico de la Universidad de Jaén (UJA), en el que se ha estado trabajando en los últimos cuatro años, y que fue presentado ayer por el rector, Luis Ferras. La UJA, que ha sido la primera universidad en finalizarlo, cumple así con la normativa de la Junta que obliga a la creación de planes estratégicos en cada una de las universidades andaluzas hasta el año 2010. En la fecha, comentó el rector, ha sido la Júpiter por la Unión Europea para la creación de un espacio único en el marco del sistema educativo europeo.

El informe pretende convertirse en una "herramienta de guía de referencia" de la comunidad universitaria y su equipo de gobierno para conseguir los cerca de 30 objetivos que la universidad jordanesa se ha propuesto lograr en los próximos diez años. Francisco Ruano, director del Gabinete de Calidad de la UJA, subrayó que el plan estratégico se trata de "toda la sociedad jordanesa, porque en su elaboración ha participado, no sólo la comunidad universitaria, sino, desde el Consejo Social universitario, hasta empresarios, sindicatos, ayuntamientos o directores de institutos de enseñanza, entre otros".

En ahí que el lema del plan jordanesa sea "calidad e innovación para el desarrollo de la sociedad", una sociedad que ha estado

representada por cerca de 400 personas en 92 reuniones durante los cuatro años de trabajo, además Ruano.

Luis Ferras resaltó la importancia de la sociedad de nuevas titulaciones para responder a la demanda de los estudiantes de la provincia que, en la actualidad, se ven obligados a salir a otras universidades.

Respuesta efectiva

Los objetivos, puntualizó el rector, el compromiso que la UJA mantiene en la detección de las demandas sociales de investigación y servicios "para desde nuestra universidad buscar una respuesta de forma ágil, competitiva y eficiente", declaró. Además, Francisco Ruano destacó, entre

los 230 proyectos recogidos en el plan, las líneas de actuación encaminadas a mejorar la calidad del proceso investigador en la universidad jordanesa "motivando y apoyando" a los grupos de investigación. Las próximas universidades que presentarán sus planes estratégicos serán las de Huelva y Cádiz.

Por otro lado, Luis Ferras, que confió en la presentación de candidaturas a rector en las próximas elecciones de mayo, se mostró satisfecho por el acuerdo alcanzado entre la Junta de Andalucía y las universidades andaluzas por la que la Administración autonómica autoriza los próximos concursos para hacer frente al endeudamiento que los centros universitarios han contraído con Hacienda.

NOTICIA 2

Fecha: 29 de marzo de 2003.

Titular: "Educación bajará la ratio en el nivel de infantil y en centros rurales y de actuación preferente"

En este titular no hay referencias directa a la discapacidad.

Subtítulo: "Cerca de 76.000 niños de tres años iniciarán en el curso 2003-2004"

Viene a completar el titular. No hay referencias a la discapacidad.

Fotografía: incluye un documento gráfico insertado en el cuerpo de la noticia. Es una foto institucional y de archivo de la responsable de Educación de la Junta de Andalucía.

Pie de foto: "La Consejera de Educación, Cándida Martínez, en una foto de archivo".

Tipo de discapacidad: escolares con necesidades educativas especiales. Se hace una breve referencia al colectivo en general. No se especifica.

Género periodístico: información. Es una noticia objetiva, no tiene una evolución cronológica.

Fuentes de la información: fuente institucional, Consejería de Educación de la Junta de Andalucía.

Tratamiento temático de la información: Educación.

Tamaño de la información: la página está compuesta por cuatro noticias de formato pequeño. La que estamos analizando es la de mayor proporción (a cuatro columnas).

Localización de la información: se sitúa en la página izquierda del periódico.

Análisis: En esta ocasión, los menores con discapacidad no son protagonistas de la información. Aunque está situada de forma preferente en la página, su localización en la hoja izquierda del periódico y el no tener ninguna referencia visual o escrita sobre menores con discapacidad que capte la atención del lector, provoca que haya que proceder a la lectura de la misma para detectar la información.

El carácter institucional de la noticia hace que carezca de testimonios personales, manteniendo un tono objetivo durante todo su desarrollo. Es una información de servicio público ofrecida a través del periódico.

GUADIX

700 alumnos conviven con niños discapacitados en las jornadas del Colegio de la Esperanza

Jugar a ser iguales

MARÍA RUIZ / FOTO: TORQUATO FANILLA / GUADIX

PRODAN diferentes, aprenden un poco más lento que el resto de los niños pero juegan como todos. Los alumnos del Colegio de la Esperanza, el centro psicopedagógico de Guadix dedicado a deficientes mentales, han pasado toda la semana compartiendo su rutina con el resto de estudiantes de la comarca. Y lo hacen en unas jornadas que cumplen 22 años habiendo por la comarca la entre todos los niños. Estas experiencias nacieron en 1977 con la idea central de mostrar a los alumnos de Guadix que los deficientes del centro viven de un modo diferente pero son casi iguales que ellos. De esta primera idea en los que un discapacitado mental sería poco menos que estar excluido, como explica Manuel el director, quedan muy pocas cosas. Era hace unos años cuando en edad mental oscila entre los tres y los cinco años. Era muestra su mejor sonrisa al explicar que ha dejado los libros para enseñar a los alumnos de otros centros a manejar la plérida. Ante un grupo de niños, las diferencias entre los niños con necesidades y los niños sin necesidades es imperceptible. Muchos charales regitan y al llegar a la concentración del colegio de la Esperanza de este año



A JUGAR. Los niños se lo pasaron en grande en 'La Esperanza'.

buscan al amigo que descubrieron en la edición anterior, el que les mostró que ser diferente en modo alguno significa ser peor. **«Se ha enamorado»** más de 700 alumnos de todos los colegios de Guadix y de algunos

centros de la comarca posados por la Esperanza. Las actividades de esta edición están centradas en el Año Europeo de Personas con Discapacidad. Los niños compartirán las mesas de trabajo con los alumnos del colegio de la Esperanza y apre-

nderán jugando que todos pueden ser igual de buenos. Poco a poco en el colegio de la Esperanza aunque hasta el pasado curso la había en una clase de apoyo del centro Padre Pereda. Poco tiene un compañero de clase, que se llama Elías y que se ha enamorado. Y es que Elías acaba de discapacitar con un beso en la mejilla de uno de los alumnos de otro centro. La misma muestra se despidió y dice que ahora tiene una nueva amiga. Poco insiste en que es una historia de amor. Los niños del centro de la Esperanza se ofrecen un abrazo, se regalan su amistad y juegan con los alumnos que los visitan. «Que compartan es muy bonito, pero lo que realmente resulta precioso es cuando ves que llega el tiempo libre y nuestros alumnos salen al patio a jugar a las pelotas con los de otros centros. Ahí es lo estás diciendo que compartan a que convivan, lo hacen porque este juego ya lo han aprendido», explica Manuel, el jefe de estudios del centro psicopedagógico. El próximo año regresarán y reforzarán por el patio del colegio de la Esperanza a los amigos de esta edición y volverán a demostrar que entender a los que son diferentes es tan fácil como un juego de niños.

El Ministerio de Cultura, la Junta y la Iglesia pactan la conservación de la Catedral

M. R. GUADIX

El Obispado de Guadix-Baza ha sido la segunda zona eclesialista de Andalucía en unirse al Plan Director de Catedrales de España que vela por la conservación del patrimonio monumental religioso. El acuerdo que firmaron el pasado miércoles la Consjería y el Ministerio de Cultura y la comisión mixta de la Iglesia garantiza los partidas presupuestarias de los gobiernos regional y central necesarias para paliar las necesidades de la Catedral de Guadix. El proyecto, aunque está diseñado sólo para mantener las catedrales nacionales, incluye además a la Iglesia mayor de Baza, teniendo en cuenta su estado de conservación y por haber sido sede histórica del obispado. El Plan Director está centrado en mantener las estructuras y características de cada uno de los edificios, pero el convenio añade planes de documentación de la historia de cada uno de los monumentos, su utilización cultural y turística y un paquete de medidas de promoción que aumenten su número de visitas.

MAGNÍFICAS VIVIENDAS DE 2, 3, 4 DORMITORIOS Y ÁTICOS, TODOS CON VISTAS A LA PLAYA.



Alcanta todos los días excepto Miércoles y Domingos por la tarde.
"Rehabilitación y Planta en el propio residencial". Puerto Bahía (Almuñécar)

El mejor Residencial de Costa Granadina

... y en primerísima línea de playa



Piscina - Pista de Pádel - Bar Barbacoa
Cocina Amueblada - Zonas Deportivas
Jardines - Áreas de Juego

ALMUÑÉCAR



INMOBILIARIA OSUNA

GRUPO NOGA

... más de 40 años construyendo proyectos de vida

Dificinas Centrales: Puerta Real, 9 - Tf: 958 225 529 - Granada

NOTICIA 3

Fecha: 16 de marzo de 2003.

Titular: "Jugar a ser iguales." En este titular no hay referencias directa a la discapacidad.

Antetítulo: "700 alumnos conviven con niños discapacitados del Colegio de la Esperanza"

Es necesario para anticipar el contenido de la noticia, ya que el titular no es lo suficientemente explicativo.

Fotografía: incluye un documento gráfico insertado en el cuerpo de la noticia. Donde se muestra a un grupo de niños posando ante la cámara. La presencia de una mujer con bata blanca en la imagen nos indica que los niños están en un entorno controlado.

Pie de foto: "A JUGAR. Los niños se lo pasaron en grande en La Esperanza".

Tipo de discapacidad: niños con discapacidades psíquicas.

Género periodístico: crónica. La redactora personaliza la información.

Fuentes de la información: periodísticas.

Tratamiento temático de la información: Educación.

Tamaño de la información: la noticia es de formato pequeño. Comparte el espacio con un anuncio que ocupa la mitad inferior de la página y una columna pequeña en el margen derecho de la noticia.

Localización de la información: se sitúa en la mitad superior de la página derecha del periódico.

Análisis: la noticia es un relato de una jornada de integración en un colegio para niños con discapacidades psíquicas de la localidad granadina de Guadix. La discapacidad psíquica motiva y protagoniza la información.

La idea que prevalece a lo largo del texto es la de la integración en la escuela. La redactora recurre a personificar la noticia en la figura de dos escolares del centro. Se apoya la información con la declaración del Jefe de estudios del centro psicopedagógico que aporta la valoración experta del acontecimiento motivo de la noticia, las jornadas de integración. Se hace referencia al "Año Europeo de las personas con discapacidad".



Vecinos de Lohes trabajan en la repoblación de la sierra. A. MARTÍN

200 vecinos y voluntarios llevan la vida a la Sierra de Bodijar arrasada por el fuego

N. NAVARRETE LOBOS

Decenas de familias enteras de Lohes, volantes los Dragones de Granada capital y vecinos de distintas zonas de la Costa andaluza en el lanzamiento de Ecología en Acción y el Ayuntamiento de Lohes, uno de los ormos arrasados por el incendio que asoló la Sierra de Bodijar el pasado 9 de noviembre.

Con el mismo espíritu solidario y de colaboración que marcará el día del incendio, los vecinos se abarcan en la tarea de limpiar de vida el paisaje destruido por el fuego.

En total, unas doscientas personas armadas de hachazos y otras herramientas la mayoría de ellas traidas de casa -"tomando" el mismo día- participan fuera de la mañana para combatir el fuego por el verde de los quejigos, lentiscos, romeros, jaras y madroños que sembraron. Antes de ponerse manos a la

obra, los participantes, de todas las edades, asistieron a la clase magistral de cómo plantar un árbol que ofreció sobre el terreno Eulogio, instructor del plan. Y en que, según explicó Marco, una persona sería que se diagnosticar a los seis años podrá ser, aunque se podrá aprender el lenguaje, mientras que si el diagnóstico se produce en los dos primeros años de vida, «la persona podrá desarrollar el lenguaje prácticamente igual que un niño normal, añadido.

A este respecto, recordamos que todas las operaciones y trabajos antes de los dos años «habían perfectamente», ya que «ese periodo es fundamental, lo que confirma la necesidad de detectar los problemas de hipoacusia cuanto antes.

Del mismo modo, el presidente de la Comisión destacó la relevancia que han supuesto las jornadas asistenciales e informativas, así como la insatisfacción, logro. «El año se hace en los dos primeros años de vida los resultados son excelentes hasta el punto de que el número de sordos desaparece

La detección precoz de la sordera permitiría erradicarla

Salud implantará un plan para detectar los casos de hipoacusia en los dos primeros años de vida, cuando la intervención es decisiva

MIGUEL CARRASCO GRANADA

La detección de la sordera en los dos primeros años de vida podría suponer el final de la sordociedad. Así de rotundo se muestra este viernes Jaime Marco, presidente de la Comisión para la detección precoz de la hipoacusia. Marco, que participó en unas jornadas sobre esta materia que fueron inauguradas el sábado, sostiene que la detección precoz de la sordera «resulta crucial para poder trabajar antes. Por su parte, el delegado provincial de Salud, Francisco Cano Basso, mostró su apoyo a la detección precoz como medio más eficaz para evitar los problemas de hipoacusia y anunció la intención del SAS de poner en marcha un plan que se encargará de la detección precoz de la sordera.

Y en que, según explicó Marco, una persona sería que se diagnosticar a los seis años podrá ser, aunque se podrá aprender el lenguaje, mientras que si el diagnóstico se produce en los dos primeros años de vida, «la persona podrá desarrollar el lenguaje prácticamente igual que un niño normal, añadido. A este respecto, recordamos que todas las operaciones y trabajos antes de los dos años «habían perfectamente», ya que «ese periodo es fundamental, lo que confirma la necesidad de detectar los problemas de hipoacusia cuanto antes.

Del mismo modo, el presidente de la Comisión destacó la relevancia que han supuesto las jornadas asistenciales e informativas, así como la insatisfacción, logro. «El año se hace en los dos primeros años de vida los resultados son excelentes hasta el punto de que el número de sordos desaparece



SIMPÓSIO. Uno de los participantes se dirige a los asistentes. A. M.

INFORMACIÓN

Según los datos aportados en la ponencia inaugural por los ponentes, la incidencia de la sordera e hipoacusia entre los niños es de un caso cada 1.000 niños en lo que respecta a la sordera profunda, mientras que su incidencia aumenta hasta los cinco casos por cada 1.000 para los otros niveles.

ries, afirmó. Previamente, la situación es muy diferente entre unas comunidades y otras. Así, sostiene que la detección precoz se hace muy bien en comunidades de pequeñas, cuanta mucho en las más grandes, apunta. Este es el caso de la comunidad andaluza, donde aún no existe un plan de detección precoz.

En este sentido, la presidenta de FAFIS, Carmen Jiménez, pidió a las administraciones una mayor responsabilidad para disponer los recursos que permitan atender a la población. Una petición ante la que el delegado provincial de Salud, Francisco Cano Basso, subrayó la importancia que desde el SAS se concede a la detección precoz de la hipoacusia. Así, señaló los extensos periodos que desde el SAS permiten la detección de la hipoacusia, si bien anunció la creación de un plan para los próximos centros de atención que permitan y por el que se normalizarán los sistemas de detección precoz.

INTERRUPCIÓN TEMPORAL DEL SUMINISTRO

Con motivo de las obras que se van realizando para la ampliación y mejora de la red de servicio, las obras en la localidad de **Interrupción temporalmente** el suministro de energía eléctrica el día 10 de enero de 2003. Los trabajos serán los que se detallan a continuación, publicándose y avisando con los días antes.

Granada Horario: de 9.00 a 13.00

Zonas: C.F. de Administración Municipal que afecta a las calles Cueto del Pinedo, Calle del Baño y Estrecho.

Arenillo Horario: de 9.00 a 13.00

Zonas: Calle Ocho de Marzo y Carmen Burgos.

Pinos del Horario: de 9.00 a 14.15

Zonas: Camino de la Fábrica y Carrera de Sotillo Sierra.

Padro Ruiz Horario: de 9.00 a 14.00

Zonas: C.F. de Administración Municipal de Antón, Tancual 1, 2 y 3 y Centro Municipal.

Freila Horario: de 9.00 a 13.00

Zonas: C.F. de Administración Joaquín Álvarez, Agua pedáneo, Agua de Freila y San Marcos.



Trabajamos para usted, mejorando su calidad de vida

Centro de Atención de Emergencias: 902-916-916
Centro de Atención Comercial: 902-909-909

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE IZNALLOZ (Granada)

ANUNCIO

Aprobado recientemente por el Pleno de este Ayuntamiento, en sesión celebrada el día 10 de diciembre de 2002, el Plan Parcial «Pignos Industrial» proyectado, redactado por don Don J. Cano Albero, Ingeniero de Caminos, y promovido por la Empresa Municipal de Vivienda y Suelo de Izalzo, se somete a información pública por plazo de un mes, en el R.O.P. (Boletín de Información de este Ayuntamiento) y periódico O.R.A. de Granada, durante el cual podrá ser examinado en los Servicios de este Ayuntamiento en forma de Oficio para formular alegaciones que se admiten por escrito.

Se suspende el otorgamiento de licencias de parcelación de terrenos, edificación y demolición en el ámbito territorial abarcado por el Plan Parcial «Pignos Industrial» proyectado, todo en que las nuevas determinaciones expuestas modificación del régimen urbanístico vigente. La suspensión tendrá una duración máxima de diez días, y se extingue en todo caso con la aprobación definitiva del Plan. (Incidia, a 10 de diciembre de 2002. M. CALDERE

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE PINOS PUENTE (Granada)

EDICTO

DON MANUEL MELARÁN ZAPATA, Alcalde Presidente del Excmo. Ayuntamiento de Pinos Puente (Granada)

EDICTO. Que el Ayuntamiento de Pinos Puente, en sesión celebrada el día 21 de diciembre de 2002, aprobó el Plan de la Mancomunación de Pinos Puente, con el fin de promover el desarrollo de la zona, según el artículo 101 del Decreto 1000/02.

Según lo establecido en el art. 101 del Reglamento de Planeamiento, R.D. 2160/01, en el día de la fecha, se dispone los trabajos correspondientes al público durante treinta días a partir del momento de la publicación de este Edicto en el R.O.P., para permitir al interesado, a fin de formular las alegaciones que corresponden.

El expediente podrá ser consultado en forma de Oficio en el Ayuntamiento de Pinos Puente de todo curso. Ayuntamiento. En Pinos Puente a 7 de enero de 2003. M. CALDERE, Vice-Alcalde Adjunto Zeta.

NOTICIA 4

Fecha: 20 de marzo de 2003.

Titular: "La detección precoz de la sordera permitiría erradicarla". Titular directo y objetivo que adelanta el contenido de la información.

Subtítulo: "Salud implantará un plan para detectar los casos de hipoacusia en los dos primeros años de vida, cuando la intervención es decisiva". Viene a completar la información dada en el titular.

Fotografía: incluye un documento gráfico.

Pie de foto: "SIMPOSIO. Uno de los participantes se dirige a los asistentes".

Tipo de discapacidad: sensorial. Sordera.

Género periodístico: crónica.

Fuentes de la información: comisión para la detección precoz de la hipoacusia.

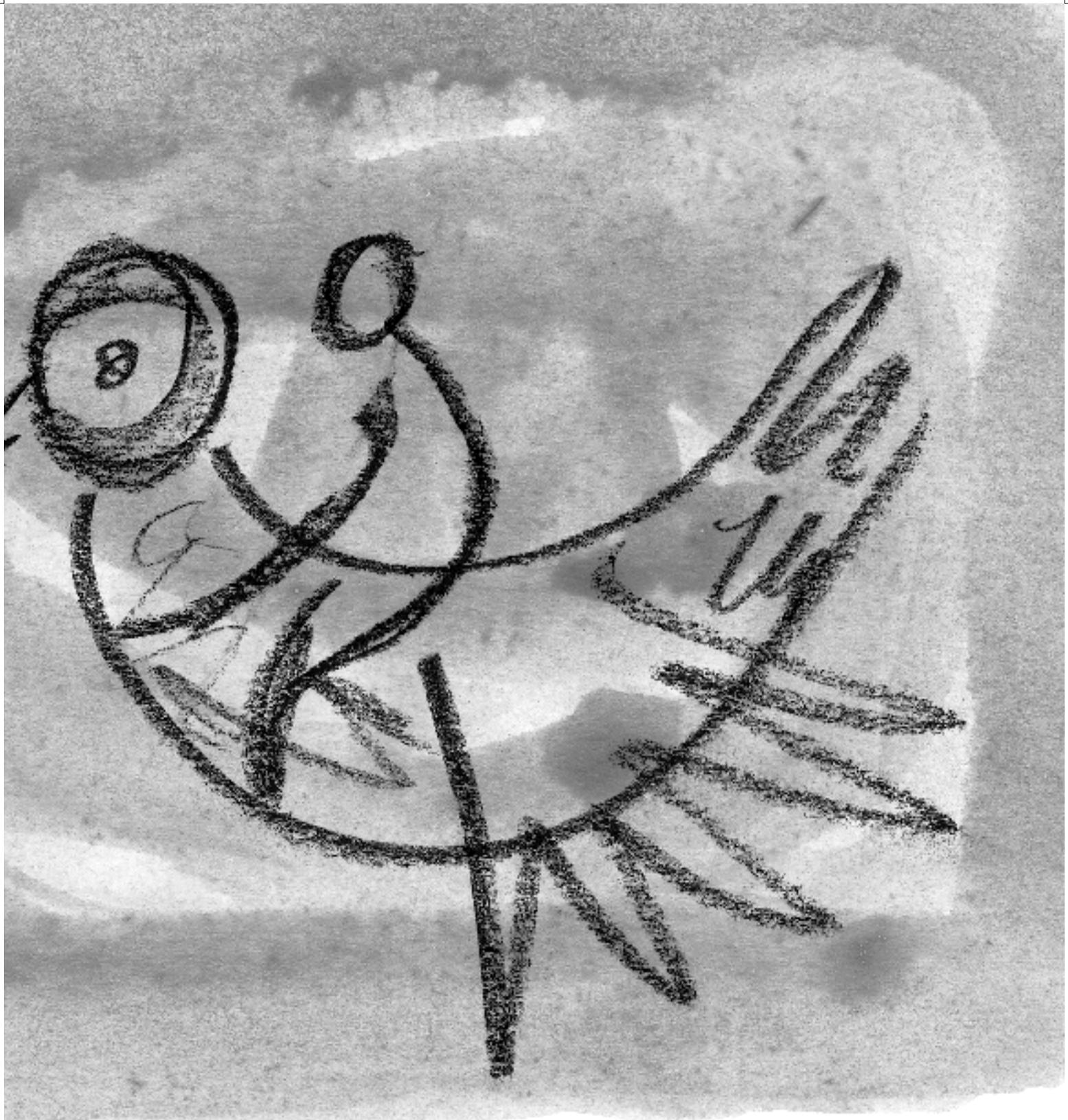
Tratamiento temático de la información: salud.

Tamaño de la información: la noticia es de formato pequeño. Comparte el espacio con una noticia pequeña a dos columnas y un faldón publicitario con cuatro anuncios institucionales.

Localización de la información: se sitúa en la mitad superior y en el margen derecho de la hoja. Página par.

Análisis: La noticia se introduce con un titular contundente que capta la atención del lector interesado. El motivo de la noticia es la clausura de unas jornadas sobre la detección precoz de la sordera.

El redactor ha confeccionado la información con las declaraciones extraídas de la intervención de un experto en la materia, que ofrece el aspecto sanitario de la noticia. Se completa con la intervención de un representante de la delegación de salud de Granada y con la reivindicación por parte de una persona integrante del colectivo protagonista de la información.



Conclusiones





CONCLUSIONES

SOBRE CIFRAS Y DATOS

En Andalucía hay aproximadamente 721.361 personas con alguna discapacidad (10,1% de la población general andaluza).

En Andalucía hay aproximadamente 36.031 menores de 18 años con alguna discapacidad o limitación (2% de la población menor de 18 años en Andalucía).

Los menores con discapacidad suponen un 4,4% del total de la discapacidad en Andalucía.

Los menores con discapacidad en Andalucía representan el 23,1% del total de menores con discapacidad en España.

Algo menos de la mitad de los menores con discapacidad o limitación presenta un grado máximo de severidad.

Un tercio de los menores con discapacidad posee certificado de discapacidad de los correspondientes centros de valoración provinciales.

Las discapacidades más frecuentes de los menores de 6 a 17 años son las que implican desplazamiento, como deambular sin medio de transporte o en transporte públicos (43,0%), y la comunicación con otras personas (38,6%).

Las deficiencias más frecuentes entre los menores andaluces con discapacidad son las deficiencias mentales (42,0%), las deficiencias visuales (18%), auditivas (14,2%) y del sistema nervioso (14,2%).

Las deficiencias que más discapacidades generan en el

menor son las del sistema nervioso y las deficiencias mentales (provocan una media de 13 y 10 discapacidades o limitaciones, respectivamente).

Un 46,3% de los menores sin discapacidad presenta un estado de salud muy bueno (autovaloración del padre, madre o tutor), frente a un 23,4% cuando el menor padece alguna limitación o discapacidad.

El 52,6% de los menores de 18 años con alguna limitación o discapacidad tenían alguna enfermedad crónica diagnosticada, frente a un 21,7% de los menores sin discapacidad.

Las enfermedades crónicas más frecuentes entre los menores con discapacidad fueron la artrosis y problemas reumáticos (23,0%), bronquitis crónica, asma o enfisema (14,2%) y enfermedades del corazón (13,1%).

Los menores con discapacidad se muestran, en unos casos, más sedentarios que los menores sin discapacidad (27,3% y 19,6% respectivamente), y en otros, con una actividad física superior en entrenamiento deportivo (9,1% y 5,6% respectivamente).

Un 40,1% de los menores con discapacidad consumieron medicamentos en los últimos 14 días, frente a un 29,5% de los menores sin discapacidad.

El 6,8% y el 22,7% de los menores con discapacidad tienen un peso bastante mayor o menor de lo normal

respectivamente (autovaloración del padre, madre o tutor), frente al 1,4% y 9% de los menores sin discapacidad.

SOBRE LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES

Los profesionales identifican la calidad de las unidades y programas destinadas a la atención a la salud infantil como el Programa de Niño Sano en atención primaria, y las Unidades de Seguimiento Madurativo y Atención Temprana, las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil y las Unidades de Día, en atención especializada. En el ámbito de los servicios sociales, los Servicios Sociales Comunitarios y los Centros de Valoración y Orientación, y en el área educativa las diferentes modalidades de integración, que van desde la plena integración del alumnado en aulas ordinarias hasta los centros especiales de atención a las Necesidades Educativas Especiales (NEE).

El recorrido y la trayectoria seguida por el niño con discapacidad y su familia es muy diferente según cada caso, y está determinada por una serie de variables que pueden ir desde el tipo de limitación o discapacidad que se trate, hasta la edad o los recursos existentes en cada una de las provincias andaluzas. En este sentido, las personas entrevistadas han aludido a las desigualdades que se producen en la atención de cada caso según los recursos y perfiles profesionales que se provean en las diferentes localidades y municipios.

El estado actual de la Discapacidad y la Infancia en Andalucía está marcado por la coexistencia de un gran número de recursos y profesionales que dependiendo de distintas administraciones públicas y privadas, realizan diferentes funciones de atención a la infancia. Esta diversidad de recursos y perfiles profesionales está profundamente marcada por una realidad, que desde la perspectiva de los profesionales, precisa de una revisión para el establecimiento de mecanismos estables de coordinación entre los diferentes sectores de atención a

la discapacidad (Servicios Sociales, Educativos, Sanitarios y Asociativos) implicados.

Los profesionales perciben que es necesario enfatizar una coordinación que resulte operativa a nivel institucional entre las distintas administraciones que atienden a estas personas. Aunque existen dispositivos informales de intercambio de información que intentan paliar esta carencia, no existen suficientes instrumentos formalizados y adecuados de intercambio de información entre los diversos ámbitos.

El estado de la atención a la Discapacidad y la Infancia en Andalucía atraviesa un momento de gran relevancia, marcado por el actual trasvase de competencias en atención temprana desde los Servicios Sociales a salud. Alrededor de este traspaso hay muchas expectativas, por la planificación definitiva que se decida adoptar para el periodo correspondiente desde el nacimiento hasta los tres años. Si bien todas las intervenciones que se realizan durante la infancia son importantes, cuando existen problemas que puedan derivar en discapacidades, estas acciones cobran una importancia vital en los primeros años de la vida del menor, puesto que la plasticidad y capacidad de transformación que pueda sufrir física y psíquicamente pueden determinar su posterior desarrollo.

Si bien todas las personas consultadas en este estudio sopesaron la importancia de una adecuada intervención con la familia, no se han identificado mecanismos organizativos coordinados que tengan en cuenta las necesidades de las familias y las atiendan de forma planificada.

La cantidad de recursos destinados a la atención a la Infancia y la Discapacidad en Andalucía, y la variabilidad en la coordinación de estos recursos, precisa de una mejor planificación para optimizar los ya existentes, y crear o

reconducir aquellos que sean necesarios para prestar una atención de calidad.

Los profesionales consultados identifican que hay una serie de grupos que bien por su edad, por la planificación de las políticas públicas o por sus características culturales y socioeconómicas, su atención no está suficientemente prevista y planificada.

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA PRENSA

Del total de textos detectados sobre discapacidad en la prensa escrita (152), las informaciones relacionadas con la Infancia suponen un 27%.

En el año 2003, las informaciones relacionadas con la discapacidad aumentan un 27,3% respecto al 2002.

Las informaciones económicas y sanitarias son las que experimentan un mayor aumento en 2003 respecto a 2002. Las más frecuentes siguen siendo las de sociedad y educación.

Las noticias relacionadas con el colectivo en general ("sin especificar") aumentan en 2003 respecto a 2002, descendiendo las que hacen referencia a discapacidades psíquicas.

No se observan grandes diferencias porcentuales entre 2002 y 2003 en cuanto al género periodístico, siendo el de Información el más frecuente.

Las fuentes de información más frecuentes son las asociaciones y las organizaciones oficiales, observándose en esta última un incremento en 2003 respecto a 2002.

En el año 2003 se observa un fuerte incremento respecto a 2002 de la información de sociedad referida a actos

benéficos, reduciéndose hasta un 6% la información referida a sucesos.

Un 5% de las noticias detectadas y analizadas sobre discapacidad en menores hacían referencia directa al "Año europeo de las personas con discapacidad".

En el lenguaje utilizado por la prensa escrita, sigue estando presente la utilización de adjetivos como "discapacitado", "minusválido" o "deficiente", aunque se observa un ligero aumento en 2003 respecto a 2002 en la utilización de denominaciones más adecuadas como "persona con discapacidad".



Bibliografía





BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Andreu Hernández, M. T. *Coordinación interinstitucional en el ámbito de la atención temprana de la comunidad autónoma de Madrid*, Facultad de Educación, Universidad autónoma de Madrid. 1997.

Carmona Orantes, G. *Plan personal para la inserción laboral. Teoría y práctica en la empresa para la inserción laboral*. Huelva: Observatorio Local de Empleo. Huelva. 2002.

Casado Reina, D. *Pautas Comunicación Social más Discapacidad*. XII Seminario Iberoamericano sobre Discapacidad y Comunicación Social. Madrid, Real patronato de la Discapacidad. 1998.

Consejería de Educación y Ciencia & Dirección general de Orientación educativa y solidaridad, *Guía para la atención educativa a los alumnos y alumnas con déficit visual*, Junta de Andalucía. Sevilla. 2001.

Consejería de Educación y Ciencia & Dirección general de Orientación educativa y solidaridad. *Guía para la atención educativa a los alumnos y alumnas con discapacidad auditiva*, Junta de Andalucía. Sevilla. 2003.

Consejería de Educación y Ciencia & Dirección general de Orientación educativa y solidaridad. *Guía para la atención educativa a los alumnos y alumnas con sobredotación intelectual*, Junta de Andalucía. Sevilla. 2001.

Consejería de Educación y Ciencia & Dirección general de Orientación educativa y solidaridad. *Guía para la atención educativa a los alumnos y alumnas con trastornos del espectro autista*, Junta de Andalucía. Sevilla. 2001.

Consejería de Educación y Ciencia & Dirección general de Orientación educativa y solidaridad. *La atención educativa al alumnado con discapacidad*, Junta de Andalucía. Sevilla. 2001.

Consejería de Educación y Ciencia & Dirección general de Orientación educativa y solidaridad. *Normativa sobre educación especial en Andalucía. Desarrollo de la ley de solidaridad*, Junta de Andalucía. Sevilla. 2003.

Consejería de Salud, *Guía de atención a la infancia con problemas crónicos de salud*. Junta de Andalucía. 1997.

El País, *Libro Estilo*, Prisa. Madrid. 1980.

Especial atención temprana. *Revista Minusval* marzo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2003.

Floréz, Jesús. *Reflexiones sobre la integración escolar de las personas con discapacidad en España*. 1999.

Frutos Frutos, I. *Guía para un uso no discriminatorio del Lenguaje*. Fundación Abulense para el Empleo. 2004.

Gallego, L. *Discursos profesionales de las ciencias de la salud, educación y trabajo social sobre la discapacidad psíquica*, Fundación Paideia. A Coruña. 2001.

Grupo de atención temprana. *Libro Blanco de la Atención Temprana*, Real Patronato sobre discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. Madrid. 2000.

Guerrero, C. *Formación ocupacional de personas con discapacidad psíquica*, Ariel. Barcelona. 2002.

INE *Encuesta de Población Activa*, 4º trimestre 2003, fecha de publicación 28 de Enero 2004.

Instituto Andaluz de Servicios Sociales. *Ley de atención a las personas con discapacidad en Andalucía*, Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales. Sevilla. 1999.

Instituto Nacional de Estadística & Inebase. *Revisión del padrón Municipal*. 1999.

Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta sobre discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*. Metodología. 1999.

Instituto Nacional de Estadística *Encuesta sobre discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*. Resultados detallados Andalucía. 1999.

Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta sobre discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*. Resultados nacionales detallados. 1999.

Juventud y Discapacidad. *Revista de Estudios de Juventud* 43. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1998.

López Urquizar N & Lou Royo MA 1998. *Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial*, Ediciones Pirámide. Madrid.

Maciel F. Lo posible y lo imposible en interdisciplina. *Revista Asociación Catalana de Atención Precoz Segundo semestre* 17, 18. Barcelona. 2001.

Martínez Albertos, J. L. *Curso general de Redacción Periodística*. Mitre. 1994. Barcelona.

Martínez Rueda, N. *Juventud y discapacidad: programas y herramientas para facilitar la transición a la vida adulta*. Bilbao: Mensajero. 2002.

Observatorio de la discapacidad. *Los problemas, necesidades, y demandas de la población con discapacidad auditiva en España: una aproximación cualitativa*, EDIS. Madrid. 2000.

OMS. *Clasificación internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías. Manual de clasificación de consecuencias de la enfermedad*. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid. 1983.

OMS. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, IMSERSO. 2001.

Pallas Alonso C.R. J de la Cruz Bértolo, & Medina López, M. C. *Apoyo al desarrollo de los niños recién nacidos, demasiado pequeños, demasiado pronto*. 2004.

Perujo Serrano, F. Discapacidad y medios de comunicación entre la información y el estereotipo. *Revista Andaluza de comunicación* 7-8. Universidad de Sevilla. 2002.

Ruiz Extremera, A. & Robles C. *Prevención, Atención y Seguimiento de niños en riesgo o con lesiones establecidas*, Comares edc. Granada. 1997.

Salcedo Megales, D. ¿Tiene el Estado la obligación de desarrollar una cultura de la identidad personal? *Telos* Enero 9(1), 75-92. 2000.

Solidaridad Digital, nº 399. Lunes 25 de Marzo de 2002.

Terzaghi, M. & Foster, O. *Bases neurológicas de la Estimulación Temprana. Estudios sobre psicosis y retardo mental*, Grupo Teseo. Amerpi edc. México. 2000.

Vega Fuente, A. *La educación ante la discapacidad: hacia una respuesta social de la escuela*, Nau Libres, D.L. Valencia. 2000.

Verdugo, N. A. *Personas con discapacidad: perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*, Siglo XXI. Madrid. 2002.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

Discapacidad, ciudadanía y solidaridad, *Revista Temas para el debate*, vol. 102. 2003.

Alcantud Marín, F. Estudio sobre el impacto de las nuevas tecnologías en las personas con discapacidad. Polibea, *Guía de la discapacidad* nº 49, 4-6. 2001.

Arroyo Rodríguez-Navas, A. R. Domínguez Taboas, L., & Rellán Ramos, M. E. Escolarización y atención fisioterapéutica del niño con discapacidad motora. *Cuestiones de fisioterapia* nº 23, 17-39. 2003.

Baker, B. L. & Feinfeld, K. A. «Early intervention», *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 16, no. 5, pp. 503-509. 2003.

Booth-LaForce, C. & Kelly, J. F. «Childcare patterns and issues for families of preschool children with disabilities», *Infants and Young Children*, vol. 17, no. 1, pp. 5-16. 2004.

Bowen, J. R., Gibson, F. L., & Hand, P. J. «Educational outcome at 8 years for children who were born extremely prematurely: A controlled study», *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 38, no. 5, pp. 438-444. 2002.

Cardona Martín, M. *Adaptamos la escuela: orientaciones ante la discapacidad motórica*, Aljibe D.L, Archidona Málaga. 2001.

Casado Muñoz, R. *Educación para la salud de jóvenes con discapacidad intelectual*, Servicio de publicaciones de la Universidad de Burgos. 2001.

Champion, P. «Infant/maternal interactive social/emotional learning where the infant has a disability or is at risk for a disability», *Infants and Young Children*, vol. 12, no. 3, pp. 10-16. 2000.

Cid, L. *Actitudes de los niños y niñas de primaria hacia sus compañeros con discapacidad en las clases de educación física*. Tandem: didáctica de la Educación física ABR-JUN IV (11), 79-90. 2003.

Colectivo IOE. *La inserción laboral de las personas con discapacidades*, Fundación La Caixa. 2003.

Confederación Andaluza de Minusválidos Físicos 2003. *Discapacidad en Infancia: estudio sobre la situación actual en Andalucía de la discapacidad Infantil*.

Congreso Nacional de Educación y Personas con Discapacidad, Departamento de Educación y cultura. Pamplona. 2003.

Consejería de Educación y Ciencia & Dirección general de Orientación educativa y solidaridad. *La atención educativa al alumnado con discapacidad*, Junta de Andalucía. Sevilla. 2001.

Consejería de Educación y Ciencia. *Guía para la atención educativa a los alumnos y alumnas con discapacidad psíquica asociada al retraso mental*, Consejería de educación y ciencia, Dirección general de Orientación Educativa y Solidaridad. 2002.

Consejería de Salud. *Guía de atención a la infancia con problemas crónicos de salud*, Junta de Andalucía. 1997.

Díaz Fernández, G. La construcción social del niño y niña con discapacidad en las escuelas. *Aula de Innovación educativa* 102, 26-28. 2001.

EDIS, *formación profesional y transición al empleo de los jóvenes con discapacidad*, Promueve el IMSERSO. 2003.

Eroles, C. *La discapacidad: una cuestión de derechos humanos*, Buenos Aires. Espacio Editorial. 2003.

Espina Eizaguirre, A. *Discapacidades físicas y sensoriales: aspectos psicológicos, familiares y sociales*, Madrid CCS. 2003.

Estrada Cortés, J. La discapacidad física. *Documentación social* 130, 175-189. 2003.

Fernández Fernández Samuel. La adaptación curricular de aula para el alumnado de altas capacidades. *Bordón: Revista de orientación pedagógica* 54 (2-3), 269-281. 2002.

Finn, C. D. «Irish mothers' adaptation to the diagnosis of disability in their infant: A cultural model for coping», *Infant Mental Health Journal*, vol. 21, no. 4-5, p. 239. 2000.

Grupo 3, *Estudio sobre la calidad de vida de los discapacitados en Granada*, Ayuntamiento de Granada. Area de Familia. 2004.

Guerrero, C. *Formación ocupacional de personas con discapacidad psíquica*. Ariel. Barcelona. 2002.

Instituto Andaluz de Servicios Sociales. *Ley de atención a las personas con discapacidad en Andalucía*, Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Sevilla. 1999.

Jiménez Fernández, C. Diseño curricular: atención a los alumnos con necesidades educativas especiales o alumnos discapaces y muy capaces, respectivamente. *Cuadernos de pensamiento* 14, 177-209. 2001.

Jiménez Lara, A. & Huete García, A. *La discapacidad en España: datos epidemiológicos*, Real patronato sobre discapacidad. 2002.

Jiménez Sánchez, E. El significado oculto del término «necesidades educativas especiales». *Revista Interuniversitaria de formación del profesorado* Dic (42), 169-176. 2001.

Jordan, N. C., Hanich, L. B., & Kaplan, D. 2003, «Arithmetic fact mastery in young children: A longitudinal investigation», *Journal of Experimental Child Psychology*, vol. 85, no. 2, pp. 103-119.

Kirshbaum, M. 2000, «A disability culture perspective on early intervention with parents with physical or cognitive disabilities and their infants», *Infants and Young Children*, vol. 13, no. 2, pp. 9-20.

Landsman, G. 2003, «Emplotting children's lives: developmental delay vs. disability», *Social Science & Medicine*, vol. 56, no. 9, pp. 1947-1960.

López Urquizar N & Lou Royo MA. *Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial*. Ediciones Pirámide. Madrid. 1998.

- Martínez Rueda, I. Juventud con discapacidades. Su transición a la vida adulta. *Cuadernos de Pedagogía* Jul. 282, 98-100. 1999.
- Martínez Rueda, N. *Juventud y discapacidad: programas y herramientas para facilitar la transición a la vida adulta*. Bilbao: Mensajero. 2002.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *II Plan de acción para la discapacidad 2003 - 2007*. Secretaría General de Asuntos sociales. IMSERSO. 2003.
- Pereyra López, C. Discapacidad intelectual y exclusión social. *Documentación social* 130, 175-189. 2003.
- Ringler, M. El niño deficiente en 40 cuestiones. Síntesis, Madrid. 2003.
- Ríos, M. El juego y el alumnado con discapacidad intelectual y/o plurideficiencia. *Tandem: didáctica de la Educación física* Abr-Jun IV (11), 40-49. 2003.
- Sabeh, E. La aceptación social de niños y niñas con discapacidad: problemas y posibles soluciones. *Siglo Cero* 33, 15-26. 2002.
- Torres Jiménez, M. G. *Deficiencia auditiva: evaluación, intervención y recursos psicopedagógicos*, CEPE. Madrid. 2003.
- Verdugo, M. A. *Evaluación de niños con discapacidades y evaluación del retraso mental*, Servicio de información sobre discapacidad (SID). 2001.
- Verdugo, M. A. *Jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad*, Amarú. Salamanca. 2003.
- Verdugo, M. A. Autodeterminación y calidad de vida en los alumnos con necesidades especiales. *Siglo Cero* 31 (3) 189. 2000.
- Zubillaga, A. & Alba, C. R. N. Direcciones de Internet sobre discapacidad y accesibilidad. *Primeras noticias: Comunicación y Pedagogía* 188, 73-77. 2003.



Listado de siglas, abreviaturas y acrónimos



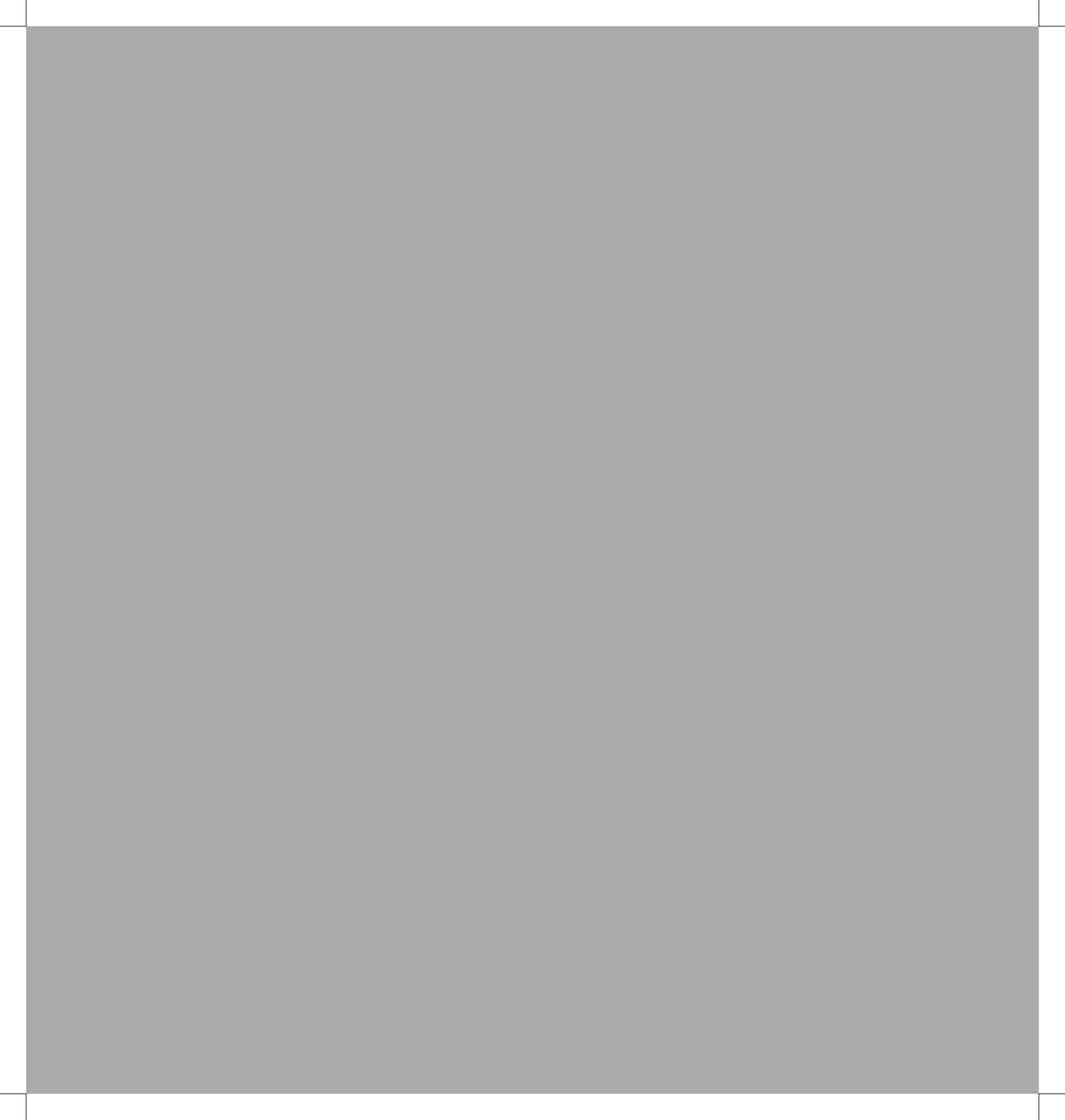


AP	Atención primaria	INE	Instituto Nacional de Estadística
ASPACE	Asociación de Paráliticos Cerebrales	LOCE	Ley Orgánica de Calidad de la Educación
AT	Atención temprana	LOGSE	Ley de Ordenación General del Sistema Educativo
CAMF	Confederación Asociaciones de Minusválidos Físicos	NEE	Necesidades Educativas Especiales
CEP	Centro de Educación Permanente	OIA	Observatorio de la Infancia en Andalucía
CIDDM	Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías	ONCE	Organización Nacional de Ciegos de España
CIE	Clasificación internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud	PAI	Programas de Atención Infantil Temprana
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud	PGS	Programas de Garantía Social
CVO	Centro de Valoración y Orientación	PNS	Programa del Niño Sano
EAS-99	Encuesta Andaluza de Salud de 1999	PTVA	Programas de Transición a la Vida Adulta
EASP	Escuela Andaluza de Salud	RN	Recién Nacido
EDDES-99	Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999	SAET	Servicio de Atención Educativa Transitoria
EOE	Equipo de Orientación Educativa	SAS	Servicio Andaluz de Salud
ESO	Escuela Secundaria Obligatoria	SILPES	Servicio de Intermediación Laboral para Personas Sordas
FAAS	Federación Andaluza de Asociaciones de Sordos	UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
FEAPS	Federación Andaluza de Organizaciones a favor de Personas con Retraso mental	UCIN	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
IAAS	Instituto Andaluz de Servicios Sociales	USMI	Unidad de Salud Mental I Infanto-Juvenil
IES	Instituto de Enseñanza Secundaria		
IMSERSO	Instituto de Migraciones y Servicios Sociales		



Anexos





PROPUESTAS DE LOS PROFESIONALES

AVANCES NORMATIVOS

- Seguir reforzando el marco normativo vigente en cuanto a la atención de las personas con discapacidad, y sobre todo aquellas que tengan un efecto directamente relacionado con la protección de los derechos de los niños con discapacidad y sus familias.
- Transmitir y dar a conocer a la ciudadanía todo el marco normativo actualmente vigente en este tema.

VARIABILIDAD INTERPROVINCIAL

- Con el interés de evitar posibles desigualdades en la atención a la Infancia y la Discapacidad, hace falta formular una propuesta que homogenice la disposición de recursos Educativos, Sociales y de Servicios Sociales para todas las provincias andaluzas.
- Mejorar la accesibilidad a los recursos en las zonas rurales, evitando los continuos desplazamientos de estos menores y sus Familias a los núcleos urbanos más grandes.

COORDINACIÓN

- Es necesario propiciar un diálogo entre todas las Consejerías implicadas en la atención a la Discapacidad y la Infancia: Consejerías de Educación, Salud, Servicios Sociales y de Empleo y Desarrollo Tecnológico (que prevea también la inserción sociolaboral de estos jóvenes).

- Para que esta coordinación sea posible habría que consensuar una terminología común entre las diferentes competencias que intervienen en la Discapacidad y la Infancia, evitando las prioridades de cada competencia (enfermos en salud, alumnos en educación, personas con discapacidad en Servicios Sociales) y enfatizar Infancia (niños y niñas) antes que discapacidad.
- Se deben generar acuerdos que se traduzcan en relaciones más protocolizadas entre los diferentes sectores que intervienen en la atención.
- Se debe evitar la duplicidad de los tratamientos innecesarios al menos entre las Administraciones públicas, por lo que se deberán establecer adecuados mecanismos de control y de intercambio de información que además faciliten la planificación de las necesidades individuales de cada caso.

ATENCIÓN TEMPRANA

- Generar espacios de encuentro entre los profesionales de los Servicios Sociales y Sanitarios que llevan tiempo prestando AT para que la postulación del modelo definitivo contemple sus experiencias, conocimientos y recomendaciones.
- El traspaso de competencias de AT debería generar los menores inconvenientes posibles para los ciudadanos, y además habría que

establecer un plan de comunicación interna para difundir el modelo que definitivamente se adopte.

- Crear equipos de AT que sean multidisciplinarios, accesibles y cercanos a los ciudadanos. En este sentido, sería importante tener en cuenta la atención de las personas que viven en las zonas rurales más alejadas de la ciudad.
- Unificar en un solo equipo el diagnóstico y tratamiento de las intervenciones que se consideren necesarias para cada caso.
- Contemplar la creación de un modelo de AT que coordine las acciones e intervenciones que se planifiquen para cada caso con el interés de evitar la duplicidad en los tratamientos.
- Potenciar una definición de AT que no sólo contemple las necesidades del niño, sino que tenga en cuenta la realidad de la familia.
- Formar a los profesionales sanitarios en habilidades de transmisión de comunicación e información con los familiares.
- Intentar que los espacios para el tratamiento terapéutico de estos niños sean los más adecuados posibles a sus necesidades, por lo que se tendería a evitar una visión excesivamente biomédica.
- Crear y potenciar bases de datos que permitan traspasar de forma adecuada la información existente sobre cada niño y sus necesidades cuando a los tres años se entregue testigo a educación.

- Comunicar todas las decisiones que se tomen en AT a todos los profesionales que están trabajando en dicho ámbito.
- Establecer mecanismos de control de calidad de la atención para todas aquellas intervenciones que están siendo concertadas con instituciones privadas o asociaciones.

ATENCIÓN A LA FAMILIA

- Considerar la atención a la familia como parte fundamental e indispensable en cualquier intervención que se planifique con el niño con discapacidad.
- Tanto el equipo de AT como los sucesivos profesionales que atiendan a estos niños tendrían que valorar las necesidades y realidad social de cada familia.
- Tratar de encontrar un equilibrio en que se involucre a la familia y se les haga partícipes del proceso interventivo, y no cargar excesivamente de responsabilidades a la familia para que ésta pueda desarrollarse vitalmente en otros aspectos no exclusivos del cuidado.
- Facilitar una comunicación fácil, sencilla y adaptada a cada situación familiar.
- Crear un perfil profesional que sea el interlocutor con la familia, con un perfecto conocimiento de todos los recursos, derechos y prestaciones de estos niños para poder informar y orientar sobre su existencia.
- Preguntar y contar con la opinión de la familia sobre qué tipo de demandas y necesidades tienen y no están siendo cubiertas desde los diferentes ámbitos de actuación.

PLANIFICACIÓN

- Conocimiento exhaustivo de todos los recursos existentes que podrían quedar plasmados en una Guía de Recursos que conozcan y manejen todos los profesionales.
- Evaluar los recursos más importantes derivados de esta identificación para obtener información más detallada de cada ámbito y sector.
- Realización de estudios estadísticos y epidemiológicos que den cuenta de las cifras sobre el número de casos existentes, las discapacidades más frecuentes, sus causas y necesidades.
- Planificación de una política general sobre el abordaje a la infancia y la discapacidad que contemple la opinión de los profesionales implicados en su atención.
- Enfatizar aspectos relativos a la prevención de las posibles deficiencias o limitaciones, más que a la intervención en sí.
- Promover registros de datos que permitan cuantificar la población objeto de estudio y evaluar el seguimiento y la atención a la discapacidad infantil.

OTROS GRUPOS POBLACIONALES

- Enfatizar la importancia de la continuación de la atención cuando estos niños sean más mayores, en aspectos relativos sus necesidades en salud y educación.
- Fomentar estrategias que incluyan la atención a las necesidades de los niños de 3 a 6 años.

- Hay que valorar que muchos de los recién nacidos con problemas presentan plurideficiencias por lo que habrá que tener en cuenta las diversas necesidades que tendrán estos niños y sus familias.
- Las personas entrevistadas han identificado cómo cada vez son más los niños inmigrantes que nacen en nuestra comunidad autónoma o que vienen con sus padres, algunos de los cuales tienen problemas de discapacidad, por lo que habrá que tener en cuenta sus identidades y particularidades culturales.
- También son cada vez más los niños adoptados en el extranjero y que pueden presentar problemas de posibles discapacidades.
- Empezar acciones que vigilen las condiciones sociales de niños socialmente desfavorecidos lo que les impide tener un pleno desarrollo evolutivo.

SOBRE SERVICIOS SOCIALES

- Hacer un mapa de riesgo social que permita identificar las familias en las que pueda nacer un niño con criterios de riesgo neurológico, sensorial, y/o sociofamiliar.
- Planificar desde los Servicios Sociales, en coordinación con Salud y Educación, las posibles intervenciones en materia de riesgo social.
- Fortalecer equipos que permitan valorar adecuadamente los criterios de riesgo social, así como la creación de recursos de tipo intermedio que inmersos en el medio familiar colaboren en las funciones de estimulación intelectual de estos niños.
- Evaluar los centros residenciales de menores para indagar cómo se están atendiendo a los niños en general, y sobre

todo aquellos de elevado riesgo social y/o claramente identificados con discapacidad.

- Tener en cuenta las características propias de la infancia cuando se realicen las valoraciones del grado de minusvalía: horarios de atención, adecuación de espacios físicos, etc.
- Creación de centros residenciales suficientes para quienes carecen de apoyo familiar.
- Orientar a la familia sobre las prestaciones económicas que puedan derivarse por tener un hijo con discapacidad.
- Crear recursos para apoyar en el hogar a los cuidadores de los niños en situación de dependencia.

SOBRE SALUD

- Fortalecer la aplicación del Programa de Niño Sano, como instrumento fundamental en la vigilancia y detección de alteraciones en las adquisiciones del desarrollo físico y psíquico del niño.
- Crear redes de intercambio de información adecuadas entre atención primaria y especializada que favorezcan la retroalimentación de la información necesaria para atender las necesidades del niño, y su familia.
- Planificar cuidadosamente el alta de los niños ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos y Neonatales sobre todo en aquellos casos que se prevean que puedan existir riesgos asociados a su desarrollo.
- Intentar planificar las citas y revisiones de los niños para que puedan realizarse en un mismo día.

- Favorecer la coordinación interna entre las diferentes especialidades del hospital.
- Intentar crear equipos más o menos estables de trabajo para no perder la experiencia acumulada en este ámbito.
- Evitar, en la medida de lo posible, que el niño y su familia sea muy dependiente del hospital, y en cuanto el proceso lo permita, derivar la atención de estos niños a sus centros de salud más cercanos.
- Aumentar aquellos perfiles profesionales en los que existen más carencias como es el caso de fisioterapeutas, rehabilitadores infantiles y terapeutas ocupacionales.
- Articular recursos más accesibles para los niños en atención a la salud mental infantil cuyas unidades suelen ubicarse en la capital.

SOBRE EDUCACIÓN

- Vigilar y establecer mecanismos de intercambio de información entre los Servicios Sociales y Sanitarios, para que cuando el menor cumpla tres años y se inserte en el ámbito educativo, se conozcan y analicen las necesidades concretas de cada caso.
- Posibilitar que la red de centros educativos sea accesible y estén adaptados para que todos los niños puedan insertarse en el centro escolar más cercano a su domicilio independientemente de su edad y su discapacidad.
- En aquellos casos que sean necesarios se deberán acercar los dispositivos de atención terapéutica y

educativa. Este hecho se ha visto que es fundamental en el caso de algunos niños y adolescentes que están siendo atendidos en la USMI y Unidades de Día.

- Fomentar una formación adecuada entre el profesorado que facilite la atención al alumnado con NEE. Ésta debería formar parte de los planes de estudio del profesorado de Infantil y de Primaria, y mediante la realización de cursos complementarios en la Secundaria.
- Difundir las guías de atención al alumnado con discapacidad elaboradas por la Consejería de Educación y Ciencia con el fin de sensibilizar al profesorado en la problemática de las NEE de cada discapacidad.
- Realización de un Plan de Sensibilización y Formación entre el Profesorado de Educación Secundaria para que conozcan aspectos generales y fundamentales del alumnado con NEE. Para facilitar esta tarea la formación y sensibilización se debería llevar a cabo en los propios centros educativos.
- Aumentar el número de Equipos de Orientación Educativa con el interés de que puedan realizar unas valoraciones e intervenciones más ágiles y planificadas, adecuadas a cada caso.
- Fortalecer la existencia de al menos un Equipo de Orientación Educativa específico para cada discapacidad en cada provincia andaluza.
- Crear un Centro de Recursos que planifique y gestione las adaptaciones y necesidades del alumnado con NEE.
- Planificación y dotación de las tecnologías de ayuda necesarias para adecuar las necesidades de cada alumno en el aula.

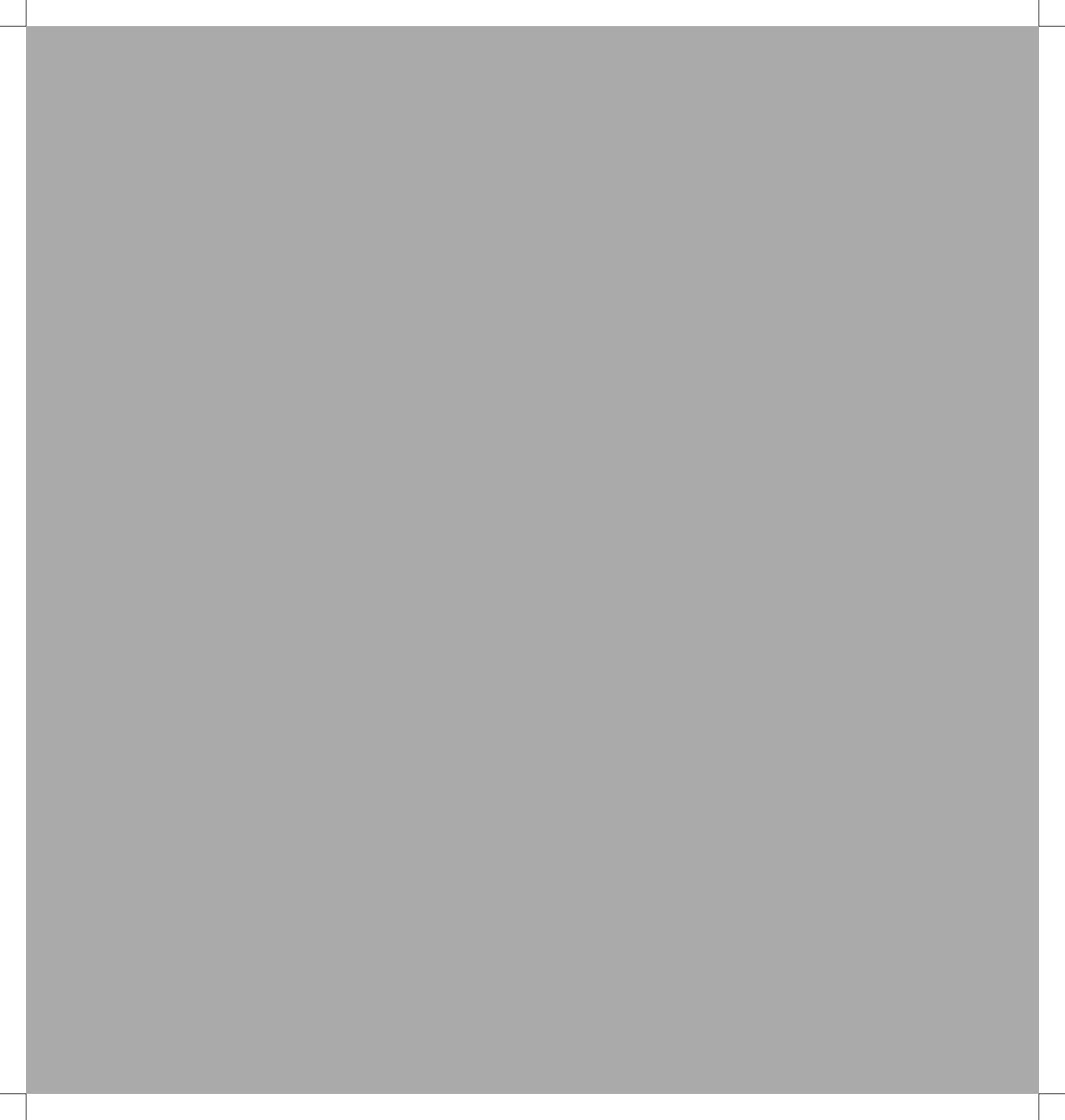
- Aumentar el número de monitores de educación especial en todos los centros para aumentar la motivación del profesorado que en ocasiones se siente desbordado.
- Dotar de los recursos y especificidades necesarias para llevar a cabo diversas experiencias que se están llevando a cabo como los centros bilingües para niños con discapacidades auditivas.
- Incorporar la figura de los terapeutas ocupacionales como un perfil importante en los equipos de atención educativa al alumnado con NEE.
- Existen vacíos a nivel metodológico y pedagógico sobre cómo intervenir con las personas con discapacidad intelectual.
- Existen fallos en mecanismos de actuación y abordaje para determinados grupos como por ejemplo los alumnos con problemas conductuales que tienen un nivel de absentismo muy alto.
- Vigilar la utilización y difusión de la imagen de la infancia con discapacidad que emiten los medios de comunicación.

ÁMBITO ASOCIATIVO

- Incrementar las ayudas económicas o las subvenciones a programas e iniciativas concretas de las asociaciones, que no existan en el ámbito público, para mejorar la calidad de la atención integral.
- Realizar PGS más acordes a la realidad del mercado laboral.
- Favorecer las campañas de difusión y sensibilización de las diferentes discapacidades que realizan las asociaciones.

- Crear equipos de detección temprana y diagnóstico de algunas discapacidades de difícil diagnóstico.
- Instrumentar estrategias de acción para que la familia reciba atención directa, tanto psicológica, como social.
- Mejorar la comunicación en el ámbito sanitario, desde la información del diagnóstico y durante las primeras fases de desarrollo del niño con discapacidad.
- Promover estrategias para la eliminación de barreras arquitectónicas y adaptaciones en la vivienda de la familia.
- Incrementar acciones que contribuyan al logro efectivo de puestos de trabajo, tanto en el ámbito público como privado.
- Intensificar espacios de formación para profesionales, que estén vinculados a la infancia y adolescencia con discapacidad.
- Creación de centros polivalentes, para dar atención integral a los niños con discapacidad.
- Impulsar la creación de escuelas de padres con hijos con discapacidad.





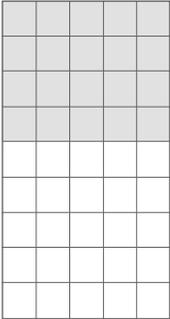
GUIÓN DE LA ENTREVISTA

1. En general, por favor ¿podría decirnos cual ha sido la **evolución** y estado actual del tema en el abordaje de la atención a niños discapacitados?
2. Describanos el **puesto de trabajo** que actualmente desempeña y sus principales funciones.
3. ¿Con qué **facilidades y obstáculos** se enfrenta diariamente en el desempeño de su trabajo?
4. ¿Cómo es la **coordinación** y relación entre los profesionales de su centro?
5. ¿Cómo os relacionáis y coordináis **con otros ámbitos** de actuación?
6. **Motivación** de los profesionales en su ámbito de trabajo.
7. ¿Existe un adecuado nivel de **recursos** físicos y humanos?
8. ¿Qué papel juegan las familias? ¿Qué **demandas** plantean y cómo se podrían cubrir?
9. Si mañana fueras "**el jefe/a**" en el área de las personas con discapacidad, ¿qué medidas prioritarias tomarías?, ¿qué cambios propondrías?

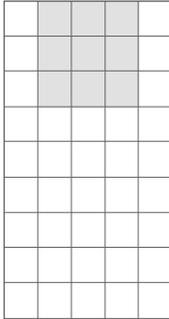
TAMAÑO NOTICIAS

FORMATOS NOTICIAS PEQUEÑAS

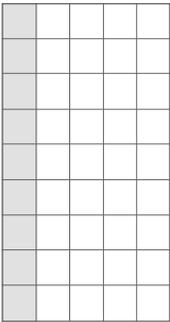
1



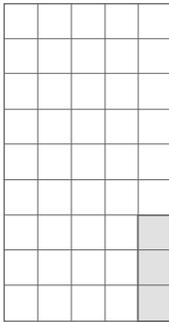
2



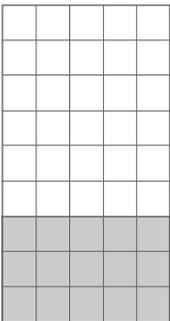
3



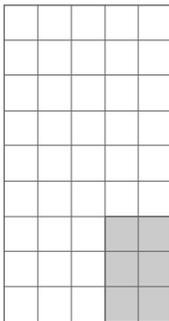
4



5



6

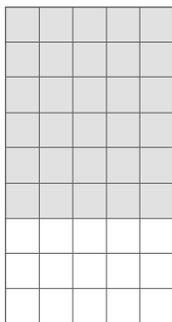


Formato 1 y 2 en la parte superior o inferior de la de página.

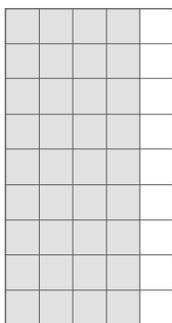
Formato 3 en la parte izquierda o derecha de la página.
Formato 4 en la parte izquierda o derecha y en la parte superior o inferior de la página.

Formato 5 en la parte superior o inferior de la página.
Formato 6 en la parte izquierda o derecha y en la parte superior o inferior de la página.

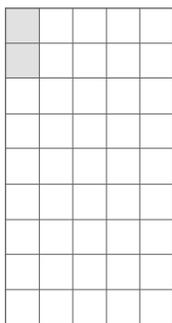
7



8



9

**FORMATOS NOTICIAS GRANDES**

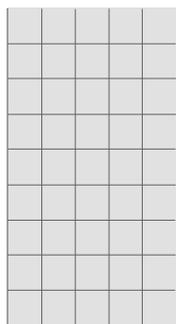
Formato 7 en la parte superior o inferior de la página.

Formato 8 en la parte izquierda o derecha de la página.

FORMATO NOTICIAS BREVES

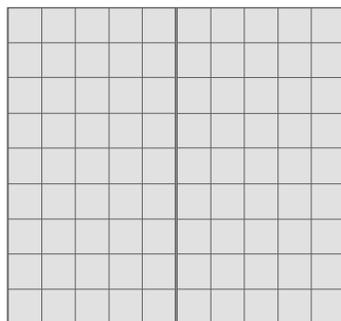
Formato 9 en la parte superior o inferior y a la derecha o izquierda de la página

10



FORMATO PÁGINA COMPLETA (Formato 10)

11



FORMATO PÁGINA DOBLE (Formato 11)

RESULTADOS SEGÚN TIPO DE PRENSA

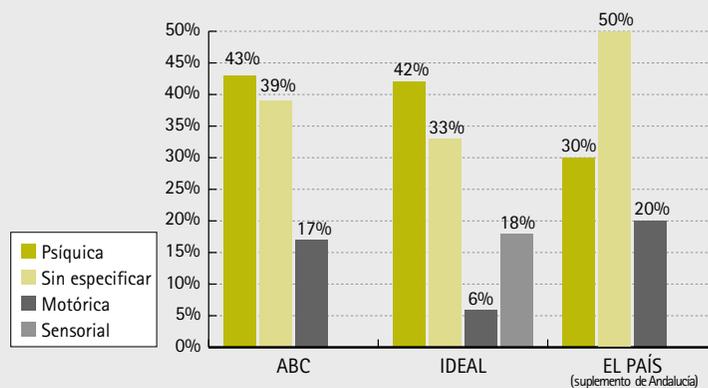
TIPO DE DISCAPACIDAD

¿Dónde se publican más noticias sobre discapacidad sensorial? Este es uno de los datos que podemos extraer del análisis de la ubicación geográfica de las distintas discapacidades.

Las cabeceras locales seleccionadas pertenecen a un mismo tipo de prensa, la local, por lo que tienen unos resultados similares. Resalta el hecho de que la discapacidad sensorial sólo está presente en el periódico Ideal y que supone un 18% de la información publicada en este medio.

En lo que respecta a la prensa nacional con edición en Andalucía, hay una mayor presencia de noticias relacionadas con el colectivo en general (50%), sin entrar a especificar el tipo de discapacidad.

GRÁFICO 1. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según tipo de discapacidad



TRATAMIENTO TEMÁTICO DE LA INFORMACIÓN

En los tres medios seleccionados, las noticias de sociedad se sitúan por encima de los demás contenidos temáticos. La educación se sitúa en un segundo lugar, teniendo más presencia en el suplemento regional (40%) que en la cabecera granadina (27%) y en la sevillana (9%).

Son escasas las informaciones relacionadas con la salud, que suponen el porcentaje más bajo. Un poco por encima se sitúan las informaciones de carácter económico, teniendo más presencia en *Ideal* (35%) que en *ABC* (12%).

FUENTE DE LA INFORMACIÓN

El resultado más destacable de este apartado corresponde al suplemento de Andalucía de el diario *El País* donde el 50% de la información publicada procede de fuentes oficiales que viene a confirmar que la mayoría de las noticias publicadas en este medio hacen referencia al colectivo en general. Las asociaciones producen, prácticamente, el mismo volumen de información en los tres medios seleccionados, seguidas por el grupo de fuentes periodísticas y de otros colectivos. El porcentaje menor le corresponde a las fuentes de organismos sociales, que en *ABC* no tiene representación.

GRÁFICO 2. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según el tratamiento temático de la información

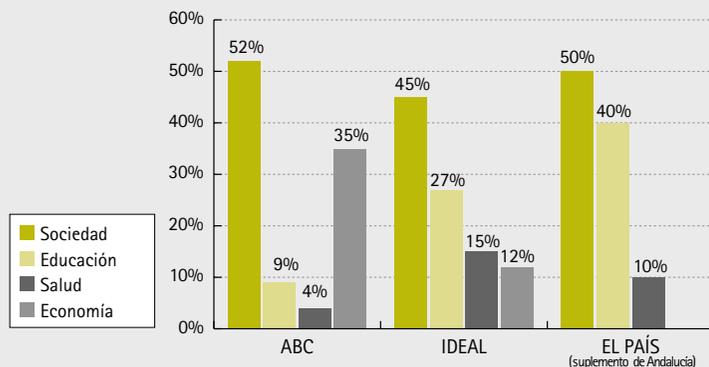
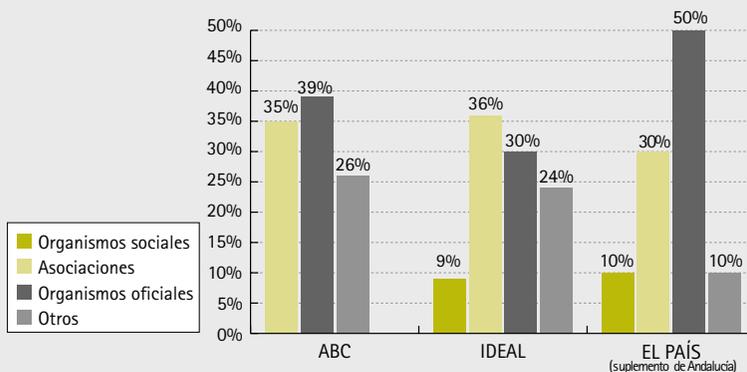


GRÁFICO 3. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según las fuentes de información



GÉNEROS PERIODÍSTICOS

Al ser mayor el volumen de noticias pertenecientes al género periodístico de la información, este género es el que tiene más presencia en los tres medios seleccionados. Suponen el 61% de la información en *ABC*; el 48% en el caso del periódico *Ideal*; y el 70%, en la edición regional del diario de tirada nacional. El porcentaje de noticias pertenecientes al género de la Crónica se sitúa en un porcentaje en torno al 33% en los tres medios. Y escasa presencia tienen los Reportajes, con un 9%, (sólo en *Ideal*) y las Entrevistas, que suponen el 4% en *ABC* y el 9% en *Ideal*. No se han detectado Reportajes ni Entrevistas sobre Discapacidad e Infancia en el suplemento regional de *El País*.

TAMAÑO DE LA INFORMACIÓN

Las noticias de formato pequeño se sitúan a la cabeza de los resultados. Las noticias publicadas, en los tres medios seleccionados, suman un total de 39 noticias de las 66 analizadas sobre discapacidad e infancia. En *ABC* y en el suplemento de Andalucía de *El País* arrojan un porcentaje entorno al 60%; en *Ideal*, suponen el 52%.

En el extremo contrario se sitúa las noticias de página completa, con escasa representación en los medios locales (el 4% y 6%) y con nula presencia en la edición regional del medio nacional.

GRÁFICO 4. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según género periodístico

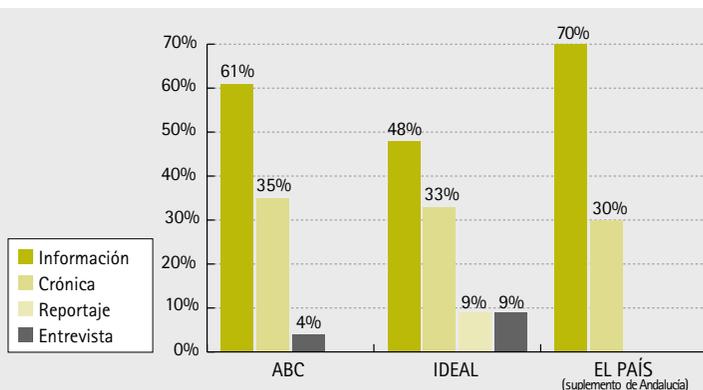
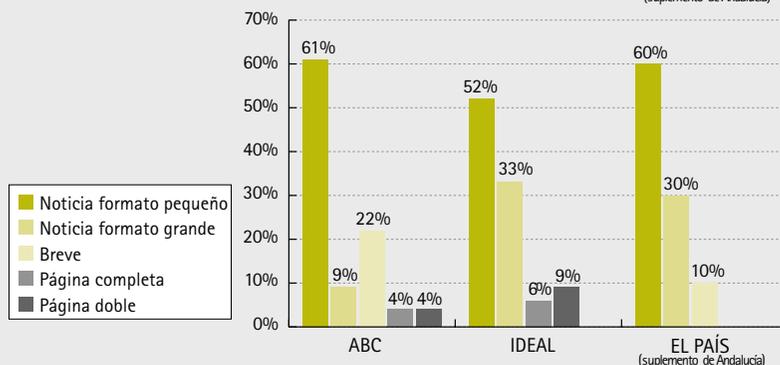


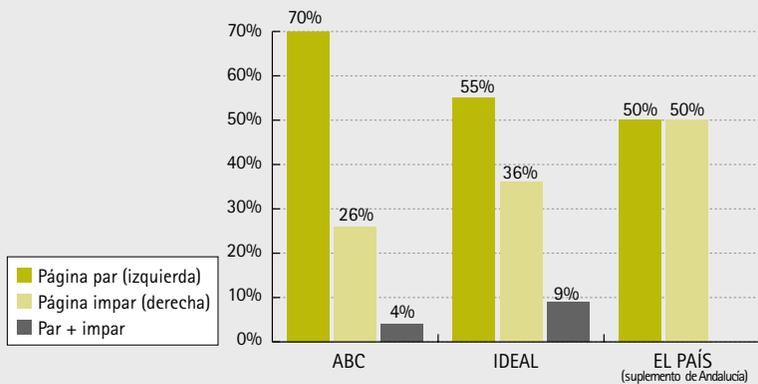
GRÁFICO 5. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según tamaño de la información



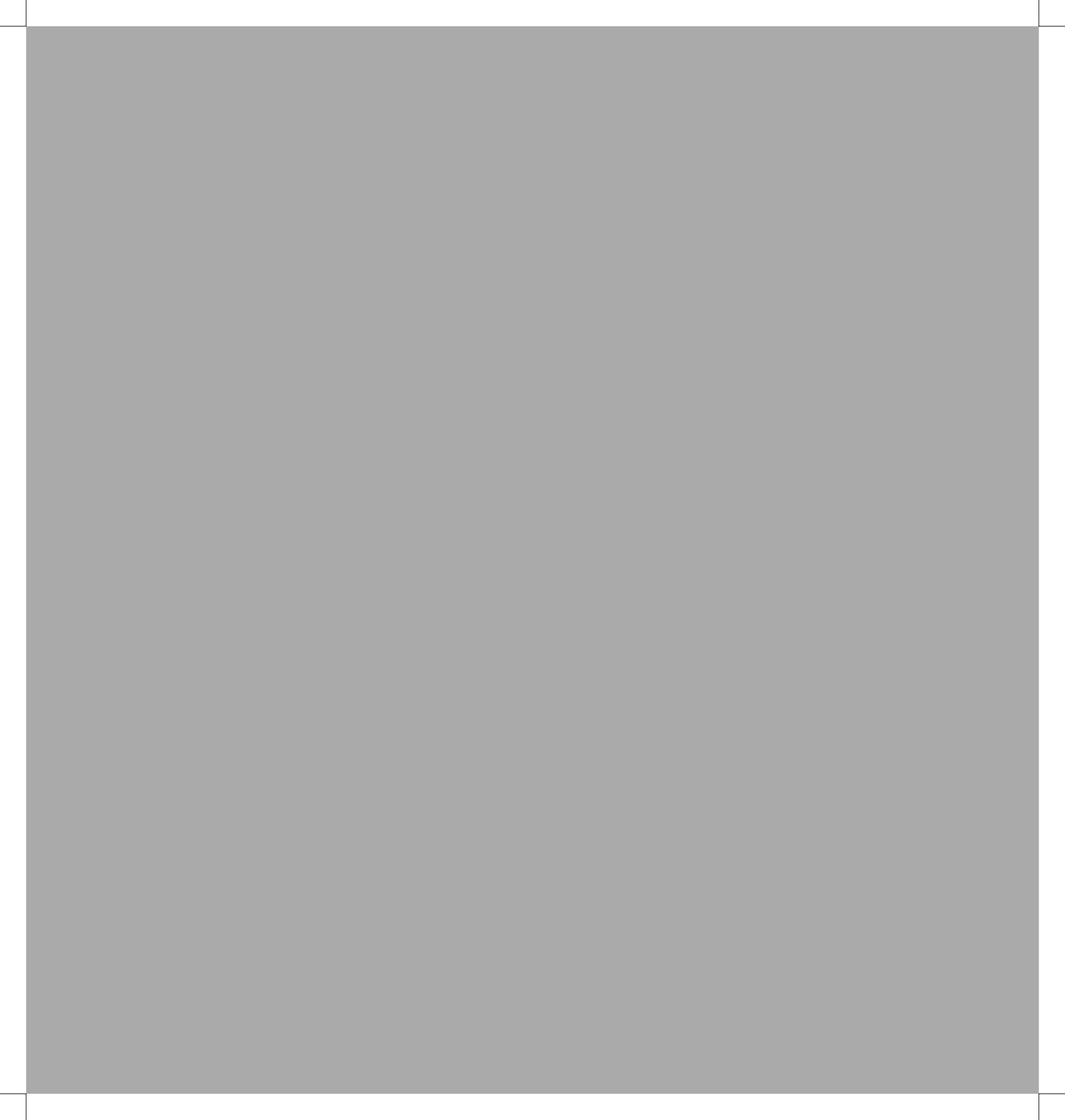
LOCALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Ya hemos analizado en el apartado de metodología lo que supone que la noticia esté situada en la página par (situada a la izquierda) y la impar (en la parte derecha del periódico). Clasificando la información según el tipo de prensa, encontramos que el número mayor de páginas par pertenece a *ABC* (16 noticias de las 23 publicadas en este medio). En el suplemento de Andalucía de *El País*, las noticias analizadas se encuentran distribuidas al 50% entre las dos páginas del periódico, y es en *Ideal* donde hay un reparto más equitativo de la información (55% de páginas pares, 36% de páginas impares y 9% de noticias que ocupan las dos páginas).

GRÁFICO 6. Distribución noticias sobre menores con discapacidad según localización de la información







ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN EN LA DISCAPACIDAD E INFANCIA EN ANDALUCÍA

SERVICIOS SANITARIOS

ATENCIÓN PRIMARIA

- Pediatría de Atención Primaria

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- Servicios de Obstetricia
- Servicios de Neonatología
- Unidades de Seguimiento Madurativo
- Servicios de Neuropediatría
- Servicios de Rehabilitación Infantil
- Servicios de Salud Mental: USMI y Hospitales de Día
- Otras especialidades: oftalmología, otorrinolaringología, cirugía ortopédica, radiología, neurofisiología, bioquímica, genética, etc.
- Programas de Aulas Hospitalarias

SERVICIOS SOCIALES

ATENCIÓN COMUNITARIA

- Servicios Sociales Comunitarios

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- Centros de Valoración y Orientación
- Centros Residenciales y de día (para mayores de 16 años)
- Subvenciones individuales y a entidades públicas y privadas para el desarrollo de programas

SERVICIOS EDUCATIVOS

INTEGRACIÓN

- Educación infantil
- Educación primaria
- ESO
- Programas de Garantía Social
- Programas de Transición Vida Adulta
- Equipos de Orientación Educativa: generales y específicos
- Departamentos de Orientación
- Colegios específicos

ASOCIACIONES

- Discapacidad sensorial
- Discapacidad motórica
- Discapacidad psíquica

