



UNIVERSIDAD VIÑA DEL MAR
MAGISTER EN INCLUSIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

**“Tañi kutran mülelu ka pu trawün rakiduum: Parkinson ñi trawün
mapu mew Padre Las Casas”**

**Desde el síntoma a la acción colectiva: abordaje comunitario de la
enfermedad de Parkinson en Padre Las Casas**

Proyecto de grado para optar al grado de
Magister en Inclusión de Personas con Discapacidad

Autor: Eduardo Fernando Gutiérrez Aguilar

Nombre profesora guía: Romina Olivares López

26 de Junio del 2025

Viña del Mar, Chile

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia, por su incondicional apoyo y permanente confianza.

A mis amistades, por su compañía y respaldo en cada etapa de este proceso.

A mis colegas del Centro Comunitario de Rehabilitación, por su compromiso profesional y por contribuir activamente a mi formación a través del trabajo colaborativo.

A las y los docentes, así como a mis compañeras y compañeros del Magíster en Inclusión de Personas con Discapacidad, por los aprendizajes compartidos que enriquecieron significativamente esta experiencia académica.

Finalmente, a las personas con discapacidad, cuya participación activa y lucha cotidiana constituyen la base ética y el motor de transformación social que orienta este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Agrupación de Personas con Enfermedad de Parkinson de la comuna de Padre Las Casas, por su confianza, compromiso y valiosa participación en el desarrollo de este proyecto. Su reciente conformación representa un hito significativo en la promoción de la inclusión, la participación social y el ejercicio de derechos de las personas con discapacidad en el territorio.

Agradezco también a las autoridades locales, así como a las instituciones públicas y privadas que colaboraron activamente en la ejecución de esta iniciativa, aportando recursos, espacios y voluntades para hacerla posible. Su participación ha sido fundamental para consolidar un trabajo que trasciende lo académico, proyectándose como una acción transformadora que perdurará en el tiempo y que contribuirá al bienestar integral de la comunidad.

Este proyecto no habría sido posible sin la articulación colectiva y el compromiso de todos y todas quienes creen en la construcción de una sociedad más justa, inclusiva y digna para las personas con discapacidad.

INDICE DE CONTENIDO

Introducción.....	9
Marco de referencia.....	13
Metodología para la elaboración del proyecto de grado.....	22
Resultados del diagnóstico participativo.....	32
Propuesta de intervención.....	37
Validación de la propuesta de solución.....	50
Reflexiones finales y conclusiones.....	58
Referencias.....	60
Anexos.....	63

INDICE DE GRAFICOS

Condición laboral.....	24
Distribución por sexo.....	24
Autonomía funcional.....	25
Procedencia geográfica.....	25
Clasificación socioeconómica.....	25
Resultados encuesta cuantitativa.....	51

INDICE DE TABLAS

Convocatoria y coordinación de los actores.....	26
Resumen de actividades metodológicas.....	30
Actores involucrados claves.....	38
Actividades y objetivos propuestos ya ejecutadas.....	40
Actividades y objetivos propuestos por ejecutar.....	43
Presupuestos estimados – gastos operacionales.....	45

RESUMEN

La enfermedad de Parkinson es una condición neurodegenerativa de carácter crónico y progresivo que afecta la autonomía, participación social y calidad de vida de quienes la padecen. En la comuna de Padre Las Casas, Región de La Araucanía, se ha identificado una creciente demanda de atención por parte de personas con esta patología, lo que ha generado una sobrecarga en los dispositivos locales de salud (CESFAM y CCR) y ha dificultado la continuidad de procesos de rehabilitación sobre todo con enfoque comunitario. Es por ello, que a través de un diagnóstico participativo con enfoque biopsicosocial, inclusivo y centrado en derechos, se abordó esta problemática con personas que padecen esta enfermedad donde se logró identificar múltiples problemáticas que afectan su quehacer diario, tales como el limitado acceso a rehabilitación en zonas rurales, la escasez de profesionales especializados, barreras de accesibilidad, aislamiento social derivado de la falta de agrupaciones formales y la baja oferta de actividades recreativas y culturales, así como también la falta de articulación efectiva entre usuarios y redes institucionales, a partir de estos hallazgos se diseñó una propuesta de intervención que responde de forma situada a las necesidades del territorio, con cuatro líneas principales de acción: la búsqueda de una sede accesible, la implementación de un ciclo de talleres en el CCR, la creación de una agrupación formal de personas con Parkinson como espacio de apoyo mutuo y participación activa, y la articulación con la red intersectorial local incluyendo actores del ámbito de la salud, el municipio y la sociedad civil, para validar esta propuesta se realizó una jornada presencial con 17 participantes y representantes institucionales del CCR, la Universidad Autónoma y el Departamento de Salud Municipal, en dicha jornada se aplicaron instrumentos cuantitativos y cualitativos con enfoque participativo que permitieron evaluar la pertinencia, claridad y viabilidad de la propuesta, los resultados evidenciaron una alta valoración de las actividades planificadas. Para, proyectar la sostenibilidad de la propuesta se realizó un análisis FODA participativo que permitió visualizar fortalezas como la cohesión grupal, la motivación de los participantes y el respaldo técnico de instituciones aliadas, debilidades como la variabilidad en el estado de salud y la limitada experiencia organizativa previa, oportunidades como la existencia de redes

municipales, espacios comunitarios y programas complementarios, y amenazas como la inestabilidad institucional, los estigmas sociales y factores climáticos que podrían afectar la ejecución. En términos metodológicos, se utilizó un enfoque participativo que fortaleció el empoderamiento individual y colectivo, favoreciendo la autogestión, la resignificación de la enfermedad y la reconstrucción de la identidad social de las personas involucradas. La experiencia grupal, funcionó como un dispositivo terapéutico y comunitario que generó contención emocional, vínculos significativos y aprendizajes colectivos, además la articulación intersectorial resultó fundamental para la proyección de la propuesta, facilitando la complementariedad de recursos, saberes y acciones. Desde una perspectiva de justicia social, esta intervención permitió visibilizar una condición muchas veces invisibilizada, promoviendo la participación activa y el ejercicio pleno de derechos, y generando una base sólida para futuras acciones de salud comunitaria e inclusión de personas con enfermedades neurodegenerativas en contextos locales.

Palabras claves : Enfermedad de Parkinson, Participación social, gestión, empoderamiento.

ABSTRACT

Parkinson's disease is a chronic and progressive neurodegenerative condition that affects the autonomy, social participation and quality of life of those who suffer from it. In the commune of Padre Las Casas, La Araucanía Region, a growing demand for care by people with this pathology has been identified, which has generated an overload in local health facilities (CESFAM and CCR) and has hindered the continuity of rehabilitation processes, especially with a community approach. Therefore, through a participatory diagnosis with a biopsychosocial, inclusive and rights-based approach, this problem was addressed with people suffering from this disease, where multiple problems affecting their daily work were identified, such as limited access to rehabilitation in rural areas, shortage of specialized professionals, accessibility barriers, social isolation derived from the lack of formal groups and the low offer of recreational and cultural activities, as well as the lack of effective articulation between users and institutional networks. From these findings, an intervention proposal was designed that responds in a situated way to the needs of the territory, with four main lines of action: the search for an accessible headquarters, the implementation of a cycle of workshops at the CCR, the creation of a formal group of people with Parkinson's as a space for mutual support and active participation, and the articulation with the local intersectoral network including actors in the field of health, the municipality and civil society, To validate this proposal, a face-to-face meeting was held with 17 participants and institutional representatives of the CCR, the Autonomous University and the Municipal Health Department. During this meeting, quantitative and qualitative instruments with a participatory approach were applied to evaluate the relevance, clarity and feasibility of the proposal. In order to project the sustainability of the proposal, a participatory SWOT analysis was carried out, which made it possible to visualize strengths such as group cohesion, the motivation of the participants and the technical support of allied institutions, weaknesses such as the variability in the state of health and the limited

previous organizational experience, opportunities such as the existence of municipal networks, community spaces and complementary programs, and threats such as

institutional instability, social stigmas and climatic factors that could affect the implementation. In methodological terms, a participatory approach was used that strengthened individual and collective empowerment, favoring self-management, the resignification of the disease and the reconstruction of the social identity of the people involved. The group experience worked as a therapeutic and community device that generated emotional containment, meaningful bonds and collective learning, and the intersectoral articulation was fundamental for the projection of the proposal, facilitating the complementarity of resources, knowledge and actions. From a social justice perspective, this intervention made visible a condition that is often made invisible, promoting active participation and the full exercise of rights, and generating a solid base for future community health actions and inclusion of people with neurodegenerative diseases in local contexts.

Keywords: Parkinson's disease; social participation; management; empowerment.

1 INTRODUCCIÓN

El actual escenario sociodemográfico mundial, caracterizado por el aumento de la esperanza de vida y una población cada vez más envejecida, ha traído como consecuencia el incremento sostenido de enfermedades neurodegenerativas, entre ellas, la Enfermedad de Parkinson. Actualmente, esta patología constituye el segundo trastorno neurodegenerativo más frecuente después de la enfermedad de Alzheimer, afectando a una de cada cien personas mayores de 60 años (Leiva et al., 2019).

La enfermedad de Parkinson es una condición crónica y progresiva del sistema nervioso central que afecta a más de 10 millones de personas en el mundo, y cuya prevalencia aumenta significativamente con la edad. En Chile, se estima que alrededor de 40.000 personas padecen esta enfermedad, según datos del Ministerio de Salud (MINSAL, 2010). Se caracteriza por la degeneración de las neuronas dopaminérgicas en la sustancia negra compacta, provocando síntomas motores como bradicinesia, temblor en reposo, rigidez e inestabilidad postural, además de síntomas no motores como alteraciones del sueño, fatiga, cambios cognitivos y afectivos que impactan significativamente la funcionalidad y calidad de vida de quienes la padecen (Marín et al., 2018).

Desde una perspectiva biopsicosocial, el Parkinson afecta no solo a nivel físico, sino también emocional, social y ocupacional. Las personas diagnosticadas enfrentan progresivamente restricciones en su participación social, lo que puede traducirse en aislamiento, pérdida de roles significativos y deterioro de la salud mental. Paralelamente, sus cuidadores y redes cercanas se ven involucrados en un proceso de acompañamiento continuo que muchas veces genera sobrecarga emocional y desgaste físico y económico, especialmente cuando se carece de espacios de apoyo y contención comunitaria.

El estado del arte en torno a la enfermedad de Parkinson ha evolucionado desde un enfoque predominantemente biomédico hacia visiones más integrales. A nivel internacional, estudios como los de Ellis et al. (2011), Kessler et al. (2020) y la revisión de Nunes et al. (2021), han documentado los beneficios de las intervenciones comunitarias que promueven la participación social, el trabajo grupal y la construcción de

redes de apoyo entre pares. Estas estrategias no solo fomentan el bienestar de las personas con EP, sino que también fortalecen la resiliencia de sus entornos y comunidades. Las actividades grupales, particularmente aquellas centradas en el ocio, la expresión y la vinculación con otros, han demostrado reducir el aislamiento, mejorar la autoestima y potenciar habilidades comunicativas y motoras, generando un círculo virtuoso de bienestar individual y colectivo.

En América Latina, y especialmente en Chile, los antecedentes disponibles son escasos y dispersos, limitándose en su mayoría a experiencias clínicas individuales o investigaciones centradas en aspectos biomédicos. A pesar del reconocimiento institucional del enfoque biopsicosocial y de derechos en las políticas públicas de salud, aún existe una brecha significativa en la implementación de estrategias comunitarias sostenidas que promuevan la participación activa de personas con Parkinson en sus territorios. Autores como Rivas y Silva (2019) señalan que la escasez de espacios de encuentro grupal, participación social y abordaje comunitario limita las posibilidades de una rehabilitación significativa e inclusiva.

Frente a esta realidad, la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), impulsada por la OMS, surge como un marco orientador para promover la inclusión y participación de personas con discapacidad en la vida social, económica y cultural. Esta estrategia enfatiza el fortalecimiento de capacidades individuales y colectivas, la creación de redes intersectoriales y la promoción de contextos accesibles que respeten la dignidad y los derechos de todas las personas.

En este contexto, la reciente conformación, en octubre de 2024, de un grupo de personas con enfermedad de Parkinson en la comuna de Padre Las Casas, constituye un hito relevante y pionero a nivel local. Este grupo surge de la necesidad de crear espacios que reconozcan y valoren la experiencia vivida de las personas con Parkinson, potenciando su participación en comunidad, la construcción de vínculos solidarios y el desarrollo de actividades significativas desde un enfoque colectivo. Además, representa una oportunidad para generar impacto positivo también en sus cuidadores, quienes se

benefician indirectamente al contar con instancias que alivian la sobrecarga, permiten compartir experiencias y fortalecer sus propias redes de apoyo.

Con el objetivo de comprender de manera situada las principales barreras, facilitadores, necesidades y expectativas de las personas con enfermedad de Parkinson en la comuna de Padre Las Casas, se desarrolló un diagnóstico participativo que involucró directamente a los usuarios, sus familias, cuidadores y otros actores clave del territorio.

El proceso metodológico permitió visibilizar la importancia que tiene para las personas con Parkinson el pertenecer a una comunidad activa, donde puedan compartir experiencias, generar redes de apoyo y desarrollar actividades significativas desde un enfoque grupal. En este contexto, el trabajo en grupo emergió como una herramienta fundamental no solo para mejorar el bienestar emocional y psicológico de los participantes, sino también para fortalecer su autonomía y sentido de pertenencia dentro de su entorno social.

Los hallazgos del diagnóstico evidenciaron una necesidad clara de crear espacios estructurados que promuevan la participación social, tales como talleres, encuentros grupales y actividades comunitarias. Estas instancias no solo ofrecen contención emocional y oportunidades de socialización, sino que además permiten intercambiar saberes, construir colectivamente soluciones y resignificar la experiencia de vivir con Parkinson desde una lógica más inclusiva y empoderadora.

Además, se identificó que la creación de estos espacios tiene un impacto indirecto altamente positivo en los cuidadores y familias, quienes también experimentan aislamiento, sobrecarga emocional y dificultades para acceder a apoyo formal. La participación de sus familiares en actividades grupales contribuye a disminuir su estrés, ampliar sus redes de contención y reconocer que no están solos en el proceso de acompañamiento.

Así, el diagnóstico participativo reafirmó que el fortalecimiento de la participación comunitaria y del trabajo colaborativo no solo mejora la calidad de vida de las personas con Parkinson, sino que también representa una estrategia sostenible y efectiva para

apoyar a sus cuidadores, promoviendo un enfoque de atención integral que reconoce y valora las dinámicas familiares y sociales en torno a la enfermedad.

La presente propuesta se fundamenta en el enfoque de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), con una perspectiva de derechos humanos, inclusión social y promoción del bienestar integral. Se orienta a generar estrategias sostenibles de participación social, mediante acciones colectivas que respondan a las necesidades identificadas por las propias personas con Parkinson, en diálogo con sus cuidadores y actores del territorio.

1.1 Objetivo general:

Promover el bienestar integral de las y los participantes con enfermedad de Parkinson a través de la facilitación del acceso a actividades de ocio, participación social y gestión de la salud, orientadas a la inclusión comunitaria y a mejorar la calidad de vida.

1.1.2 Objetivos específicos:

1.2.1 Fomentar la participación activa de las y los participantes en actividades de ocio, como estrategia para fortalecer el bienestar emocional, la autonomía y la inclusión social.

1.2.2 Potenciar la vinculación y participación social de las personas con enfermedad de Parkinson en espacios comunitarios, promoviendo su integración como sujetos de derechos en la vida social y cultural del territorio.

1.2.3 Fortalecer las redes de apoyo comunitarias mediante la articulación intersectorial, facilitando el trabajo colaborativo entre instituciones públicas, organizaciones sociales y equipos de salud para una atención integral y sostenible.

2 MARCO DE REFERENCIA

2.1 La enfermedad de Parkinson: Marco clínico y social

La EP es una patología neurodegenerativa progresiva que afecta principalmente a personas mayores de 60 años, aunque entre un 5% y 10% de los casos corresponde a personas diagnosticadas antes de los 50 años, lo que se denomina Parkinson de inicio temprano (Pizarro et al., 2024). En Chile, se estima que la prevalencia es cercana al 0,3% de la población general, lo cual se proyecta al alza debido al sostenido envejecimiento poblacional, especialmente en regiones como La Araucanía, que presentan altos índices de ruralidad y envejecimiento (Ministerio de Salud, 2022).

Clínicamente, la EP se caracteriza por síntomas motores como la bradicinesia, rigidez, temblor en reposo y alteraciones posturales, además de manifestaciones no motoras como trastornos del sueño, depresión, fatiga, disfunción cognitiva y dolor crónico. No obstante, limitar su comprensión a la dimensión biomédica es insuficiente para abordar la complejidad de sus efectos en la vida cotidiana. Desde un enfoque ocupacional y biopsicosocial, la EP compromete significativamente el desempeño en actividades significativas, afectando no solo la movilidad o la autonomía, sino también la identidad ocupacional, la participación comunitaria y el sentido de pertenencia.

Desde una perspectiva sociocrítica, se reconoce que la discapacidad derivada de la EP no reside exclusivamente en el deterioro neurológico, sino en la interacción entre la persona y un entorno estructuralmente excluyente. Como plantea Oliver (1996), en su teoría del modelo social de la discapacidad, la verdadera barrera es de carácter social y no corporal: es el entorno con sus prejuicios, inaccesibilidad, ausencia de políticas adecuadas y estructuras capacitistas el que genera la experiencia de discapacidad. Este modelo ha sido clave para la transformación de los paradigmas de atención, reconociendo que la exclusión es producto de una organización social que falla en acoger la diversidad funcional.

En este sentido, la persona con Parkinson no se ve limitada únicamente por sus síntomas clínicos, sino por la falta de accesos efectivos a servicios de salud, rehabilitación integral,

espacios de participación cultural, redes comunitarias y dispositivos que promuevan el derecho a vivir una vida plena. Esta exclusión se ve agravada en contextos rurales, donde las barreras geográficas, de transporte, económicas y comunicativas se articulan con representaciones sociales negativas de la vejez y la discapacidad, generando un entramado de opresiones interseccionales (Pino & Quilaqueo, 2018).

Por tanto, abordar la EP desde una perspectiva integral implica no solo considerar el diagnóstico médico, sino también reconocer la experiencia vivida del sujeto y su relación con un contexto social que puede facilitar o limitar su proyecto de vida. Desde el paradigma de la Terapia Ocupacional crítica y comunitaria, esto exige la generación de intervenciones que reconozcan el potencial transformador de la participación social, el fortalecimiento de redes de apoyo y la construcción de espacios colectivos que devuelvan agencia y voz a las personas con Parkinson.

2.2 Acceso a la salud: Un derecho desigual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a la enfermedad de Parkinson (EP) como una prioridad en salud pública debido a su progresiva prevalencia y a las consecuencias funcionales que genera en la vida de quienes presentan el diagnóstico (WHO, 2022). Sin embargo, el acceso a servicios especializados para comenzar un proceso de rehabilitación y médico-farmacológico es desigual a nivel mundial y en especial en países con alta concentración de recursos en áreas urbanas, como ocurre en Chile.

A pesar que las prestaciones de la EP son cubiertas por las garantías explícitas en salud (GES) tanto en la invención clínica como farmacológica (MINSAL,2010), estudios nacionales indican que muchas personas, especialmente en zonas rurales, tienen dificultades para acceder a atención neurológica oportuna. Según la Superintendencia de Salud (2022), el 36% de los pacientes del sistema público con EP en regiones no logran recibir atención con especialista dentro del plazo garantizado.

Desde una lectura sociocrítica, se evidencia cómo las políticas públicas en salud, a pesar de mostrar avances en términos de cobertura formal, no logran garantizar una distribución

equitativa y justa de los servicios sanitarios, lo que constituye una forma de injusticia estructural y una vulneración del derecho a la salud para determinados grupos sociales. Este fenómeno se observa con especial claridad en zonas rurales, donde las condiciones geográficas, la escasez de profesionales, la centralización de los recursos y la baja frecuencia de operativos especializados limitan gravemente el acceso efectivo a una atención oportuna, continua y de calidad (Martínez & González, 2023; MINSAL, 2022).

Las personas con movilidad reducida que viven con EP u otras condiciones neurológicas degenerativas enfrentan barreras múltiples y acumulativas, que no solo se relacionan con el transporte o la distancia física a los centros de salud, sino también con la ausencia de modelos de atención integrales, con enfoque comunitario y culturalmente pertinentes. Esto se traduce en una atención fragmentada, centrada en el déficit, con escasas oportunidades de participación real en la toma de decisiones sobre su salud y vida cotidiana.

2.3 Aislamiento social y exclusión rural

El aislamiento social afecta de manera directa tanto a los pacientes como los cuidadores y/ familiares en su calidad de vida. Pero, es en las personas que padecen esta enfermedad donde se genera una pérdida progresiva de funciones motoras, cognitivas y comunicativas. Que, puede derivar en una disminución significativa de la participación social, provocando sentimientos de soledad, exclusión e inutilidad (Hasson et al., 2010). Esta situación se ve agudizada no solo en contextos urbanos sino que también rural, donde la escasa conectividad, la limitada movilidad, el acceso reducido a servicios de salud especializados, la falta de oferta cultural y recreativa configuran un entorno estructuralmente excluyente.

En el caso de La Araucanía, región ubicada al sur de Chile, históricamente marcada por la descentralización política, la vulnerabilidad social y una alta concentración de población rural e indígena, el fenómeno del aislamiento social y la exclusión territorial adquiere una mayor complejidad. Según datos del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2021), esta región presenta uno de los índices más altos de pobreza multidimensional, brechas en acceso a servicios básicos y conectividad limitada en zonas rurales, lo que impacta de

forma desproporcionada a personas mayores, mujeres y personas en situación de discapacidad. En particular, en la provincia de Cautín, un número significativo de personas con enfermedades crónicas neurodegenerativas, como la EP, reside en localidades dispersas y de difícil acceso, donde la oferta pública en salud especializada, como la rehabilitación neurológica o programas de participación social comunitaria, es escasa o inexistente (Ramírez & Catril, 2022).

Un estudio chileno realizado por Gajardo et al. (2021) indica que más del 60% de las personas con EP que habitan sectores rurales reportan sentirse aisladas o con escasas redes de apoyo, situación que no solo repercute en el bienestar emocional, sino que incide directamente en la progresión clínica de la enfermedad. El aislamiento incrementa los síntomas depresivos, el deterioro funcional, la pérdida de autonomía e independencia, afectando con ello el desempeño ocupacional y la calidad de vida global.

Desde una perspectiva sociohistórica, este aislamiento puede comprenderse como el resultado de un modelo sanitario biomédico, asistencialista y urbanocéntrico, que prioriza el control del síntoma por sobre la comprensión integral del sujeto en su contexto. En dicho modelo, la persona enferma es reducida a un objeto de atención clínica, y no considerada como un actor social que necesita vínculos, ocupaciones significativas y entornos accesibles (Freire, 1970; Vergara & Álvarez, 2020). Así, la ruralidad no solo aparece como una condición geográfica, sino como una categoría política, que revela la inequidad en la planificación del sistema de salud y la invisibilización de las condiciones socioterritoriales que experimentan las personas con discapacidad.

2.4 Participación social: Un derecho ocupado

La participación social, entendida como la implicación activa en la vida comunitaria, cultural, recreativa o cívica, es clave para el bienestar de cualquier persona. La Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) destaca la participación como componente esencial de la salud (OMS, 2001).

En personas con EP, esta ocupación se ve mermada por barreras físicas (accesibilidad), actitudinales (estigma), cognitivas (bradicinesia, fatiga) y contextuales (transporte,

ruralidad). En contextos rurales, estas barreras aumentan y limitan las posibilidades de participación real y sostenida en el tiempo.

Desde la terapia ocupacional, la participación es una ocupación significativa que contribuye al sentido de vida, identidad y bienestar. Su ausencia puede intensificar y/o agudizar la discapacidad experimentada, siendo necesario un abordaje que integre la perspectiva ambiental y comunitaria (AOTA, 2020).

2.5 Grupos de apoyo: Fortalecimiento desde lo colectivo

Los grupos de apoyo son espacios seguros donde personas con un interés y/o condición de salud en común comparten vivencias, aprenden estrategias de afrontamiento y fortalecen redes de apoyo. En personas con EP, los beneficios reportados incluyen menor sensación de soledad, disminución de sintomatología depresiva, mejor adherencia al tratamiento y aumento del bienestar subjetivo (Parkinson's Foundation, 2023).

En Chile, estos espacios son escasos, y más aún en comunas rurales. La formación de agrupaciones locales permite no solo mejorar la salud mental y fomentar la participación social, sino también constituirse como una forma de agencia colectiva frente a un sistema que muchas veces invisibiliza sus necesidades.

2.6 Rehabilitación integral y rehabilitación con base comunitaria: Estrategias inclusivas en personas con Parkinson

La Rehabilitación Integral en Chile, impulsada en la actualidad por el Ministerio de Salud, los Servicios de Salud y los programas de Atención Primaria, se basan en un enfoque biopsicosocial que reconoce la importancia de la funcionalidad, el contexto y la participación como ejes centrales del proceso terapéutico. Este enfoque, permite atender de manera más comprensiva a personas con condiciones crónicas, como la EP, promoviendo no solo la recuperación física, sino también la inclusión social y el bienestar emocional (MINSAL, 2021).

En este marco, los Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) se constituyen como dispositivos clave en la provisión de servicios descentralizados, cercanos y accesibles

para la comunidad. Su enfoque territorial, permite adaptar las intervenciones a las realidades socioculturales de los usuarios, integrando la participación activa de las familias, cuidadores y redes comunitarias (Contreras et al., 2022).

De manera complementaria, la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) estrategia a nivel internacional promovida por la OMS y la UNESCO busca garantizar la inclusión plena de las personas con discapacidad en su entorno natural. En el caso de personas con enfermedad de Parkinson, esta estrategia se operacionaliza a través de intervenciones comunitarias orientadas al fortalecimiento de la autonomía, el empoderamiento y la participación social activa (OMS, 2020).

Entre las acciones concretas de RBC aplicadas a personas con Parkinson en Chile, se destacan:

2.6.1 Talleres grupales psicoeducativos y funcionales donde se abordan aspectos motores, cognitivos y emocionales de la enfermedad, promoviendo el apoyo mutuo y la creación de redes entre pares (Castillo & Gajardo, 2021).

2.6.2 Acciones intersectoriales con organizaciones comunitarias, municipios y establecimientos educacionales, que buscan eliminar barreras físicas y actitudinales para la inclusión (Red Nacional de Rehabilitación, 2023).

2.6.3 Participación en actividades comunitarias como ferias de salud, caminatas inclusivas o talleres culturales, que permiten visibilizar la condición, disminuir el estigma y fortalecer el sentido de pertenencia (Vallejos et al., 2022).

2.6.4 Capacitación a cuidadores y familias considerando el rol clave que cumplen en la continuidad del cuidado y en el sostén emocional de la persona (SEPRA, 2021).

2.6.5 Apoyo para el acceso a recursos sociales y prestaciones, fortaleciendo el ejercicio de derechos de las personas con Parkinson y sus familias (SENADIS, 2023).

Estas iniciativas se han implementado con éxito en diversas comunas, como Padre Las Casas, Santiago y Valparaíso, donde equipos interdisciplinarios han formado

agrupaciones de personas con Parkinson para fomentar el ocio, la educación en salud y la autogestión en salud (Gutiérrez & Leiva, 2024).

En definitiva, tanto la Rehabilitación Integral como la RBC permiten avanzar hacia modelos más inclusivos, que no solo buscan la recuperación clínica, sino que sitúan a la persona con EP como sujeto activo, protagonista de su proceso de rehabilitación y participe de su comunidad.

2.7 Ocio y gestión de la salud: dimensiones complementarias en la rehabilitación comunitaria de personas con Parkinson

Dentro del enfoque de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), el ocio y la gestión de la salud se presentan como dimensiones esenciales y complementarias que fortalecen la participación activa, la autonomía y el bienestar integral de las personas con enfermedad de Parkinson (EP). Estas dimensiones no solo responden al componente funcional de la rehabilitación, sino que permiten incorporar experiencias subjetivas y significativas en el proceso terapéutico, en línea con el modelo biopsicosocial que guía la atención integral en salud.

El ocio es una ocupación significativa que contribuye al bienestar emocional, la identidad personal y la calidad de vida. En personas con EP, la participación en actividades recreativas ha demostrado efectos positivos en el estado de ánimo, la regulación emocional, la motivación y la función cognitiva, aspectos frecuentemente afectados por la progresión de la enfermedad (Cohen et al., 2022). La posibilidad de vincularse con otros en espacios lúdicos o creativos genera un entorno de contención, disminuye el aislamiento social y promueve la continuidad de la participación comunitaria.

Sin embargo, en contextos rurales o con limitada oferta institucional, el acceso a experiencias de ocio se ve restringido. Esta situación exige la implementación de intervenciones innovadoras, como espacios móviles de estimulación, salidas inclusivas al aire libre, talleres autogestionados y redes de voluntariado, promovidas por los Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) y organizaciones sociales locales (Gutiérrez &

Leiva, 2024). Estas estrategias, alineadas con los principios de la RBC, permiten adaptar el ocio a las realidades del territorio y facilitar la inclusión desde un enfoque de derechos.

Por otro lado, la gestión de la salud es una dimensión clave en la rehabilitación integral de personas con EP, especialmente cuando se abordan enfermedades crónicas de curso progresivo. Esta gestión implica desarrollar habilidades en alfabetización en salud, adherencia terapéutica, cuidado personal, uso de tecnologías de apoyo, y participación en decisiones clínicas (Borkowska et al., 2020). La autogestión, cuando es promovida desde una perspectiva comunitaria y educativa, se convierte en un factor protector que potencia la autonomía y el empoderamiento, aún frente a condiciones de deterioro funcional.

En este sentido, tanto el ocio como la gestión de la salud deben ser concebidos como componentes articulados dentro del modelo de RBC, donde se reconoce a la persona como sujeto activo de derechos, capaz de tomar decisiones informadas y de encontrar sentido en sus ocupaciones cotidianas. Su integración en los programas comunitarios de rehabilitación permite avanzar hacia procesos más inclusivos, sostenibles y culturalmente pertinentes.

2.8. El trabajo en grupo como estrategia comunitaria, política y emancipadora

El trabajo en grupo ha emergido como una estrategia central en el abordaje de enfermedades crónicas desde un enfoque comunitario, especialmente en contextos donde la atención individualizada resulta insuficiente o inalcanzable debido a barreras estructurales, económicas o territoriales. En el caso de la enfermedad de Parkinson (EP), los espacios grupales no solo permiten la continuidad del proceso terapéutico, sino que se configuran como dispositivos relacionales y políticos, donde se reconstruyen significados, identidades y trayectorias de vida compartidas (Gutiérrez & Leiva, 2023).

Aunque los grupos de apoyo y el trabajo grupal no son sinónimos, el primero puede ser una expresión concreta del segundo dentro de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC). Los grupos de apoyo, impulsados desde la salud comunitaria y la terapia ocupacional, permiten generar vínculos horizontales entre personas que viven

experiencias similares, facilitando la construcción de saberes colectivos, la validación de las emociones y la creación de soluciones frente a las barreras cotidianas (Chaná, 2020).

Desde la terapia ocupacional, el trabajo en grupo se orienta a promover la participación en ocupaciones significativas compartidas, que permiten abordar no solo los síntomas físicos y cognitivos de la EP, sino también las condiciones simbólicas y materiales que afectan el bienestar. A través de estos espacios, las personas con Parkinson pueden desarrollar su volición, agencia ocupacional y sentido de pertenencia, todo ello enmarcado en una lógica de colaboración, contención y protagonismo (AOTA, 2020).

Estos grupos también permiten transitar desde una relación vertical de cuidado hacia una relación horizontal, donde los participantes son sujetos activos de su proceso de salud, capaces de leer críticamente su realidad y transformarla. En este sentido, el trabajo grupal opera como una herramienta de concientización, empoderamiento colectivo y recuperación de la voz política de las personas con discapacidad, visibilizando la dimensión ciudadana de la rehabilitación.

Asimismo, la participación en grupos de carácter terapéutico, educativo o recreativo se alinea con los principios de la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), estrategia impulsada por la OMS y UNESCO (2020), que articula acciones entre sistemas de salud, gobiernos locales, familias y las propias personas con discapacidad. Esta visión reconoce que la rehabilitación no es solo una intervención técnica, sino una práctica política, ética y colectiva de inclusión y justicia social.

En resumen, el trabajo en grupo, y dentro de él los grupos de apoyo, constituyen estrategias sostenibles, culturalmente pertinentes y emocionalmente significativas, que fortalecen tanto la rehabilitación como el ejercicio de derechos, la participación social y la vida comunitaria de las personas con Parkinson.

3 METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE GRADO

3.1 Metodología y fases asociadas al proceso de diagnóstico

La metodología utilizada para la elaboración de este proyecto de grado se basa en un enfoque mixto, que combina las técnicas cualitativas y cuantitativas para la recolección, análisis e interpretación de datos obtenidos durante este proceso. Este enfoque permitió obtener una visión integral de la realidad de las y los participantes con diagnóstico de enfermedad de Parkinson, considerando tanto los aspectos clínicos y funcionales como sus experiencias, percepciones y necesidades en el contexto local y cotidiano.

En este contexto, se llevó a cabo un diagnóstico participativo que se define como:

“una oportunidad democrática para que toda la comunidad participe. En este sentido, las organizaciones comunitarias deberán buscar la participación amplia y activa de sus miembros y, en lo posible, de toda la comunidad, desde la definición de problemas hasta la formulación de conclusiones.” (SSMS,2016)

Este diagnóstico, tuvo como objetivo principal recoger información relevante desde la experiencia de los mismos participantes, promoviendo espacios de diálogo y reflexión conjunta que permitieran identificar necesidades, barreras y oportunidades en el proceso de rehabilitación comunitaria. Para ello, se emplearon metodologías participativas que facilitaron la construcción colectiva del conocimiento, permitiendo a los usuarios expresar sus vivencias, percepciones y expectativas en un entorno seguro y respetuoso. Estas metodologías no solo promovieron la implicación activa de las personas con enfermedad de Parkinson, sino que también fortalecieron su rol protagónico en la identificación de problemáticas y en la generación de propuestas orientadas a mejorar su calidad de vida desde un enfoque centrado en la comunidad.

La convocatoria, fue dirigida a personas diagnosticadas con enfermedad de Parkinson en todos sus estadios, así como a sus familiares y cuidadores principales. Adicionalmente, se incorporó la participación de profesionales del Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) de la comuna de Padre Las Casas, quienes, desde su rol clínico,

proporcionaron antecedentes técnicos relevantes, contribuyendo a una mirada más amplia e interdisciplinaria de la situación actual.

Asimismo, se convocó a estudiantes de preclínica (3º año) y a docentes clínicos de la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad Autónoma, institución con la que se mantiene un convenio docente-asistencial vigente con el municipio. El rol de estos actores, fue colaborar activamente en el desarrollo del diagnóstico participativo, contribuyendo a la comprensión de las problemáticas y experiencias de los participantes con enfermedad de Parkinson. Su participación tuvo como propósito favorecer la elaboración conjunta de un plan de acción contextualizado y pertinente a las necesidades detectadas.

Cabe señalar, que este diagnóstico se diseñó para asegurar un enfoque participativo, inclusivo y territorialmente contextualizado al entorno donde se desenvuelven los y las participantes, así mismo se enfocó para que cada actor tuviera un rol activo en el proceso de diagnóstico y validación de la propuesta de intervención. De esta manera, se garantizó que la información recabada no solo reflejara los datos clínicos y funcionales, sino también los elementos subjetivos, sociales y culturales que influyen de manera directa en la calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson y su entorno cercano (cuidadores y familiares)

Cabe señalar que el grupo prioritario está compuesto por 17 personas diagnosticadas con enfermedad de Parkinson, cuyas edades fluctúan entre los 40 y 70 años. Esta población presenta características que justifican la intervención, tanto desde el punto de vista clínico como desde la perspectiva social, comunitaria y territorial.

gráfico 1: condición laboral

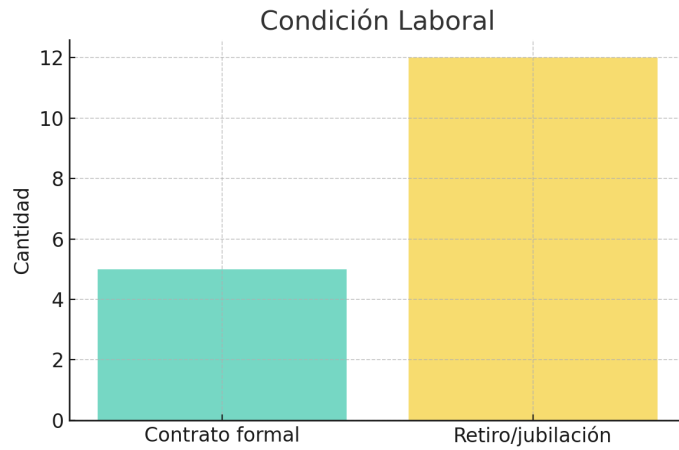


Gráfico 2: distribución por sexo

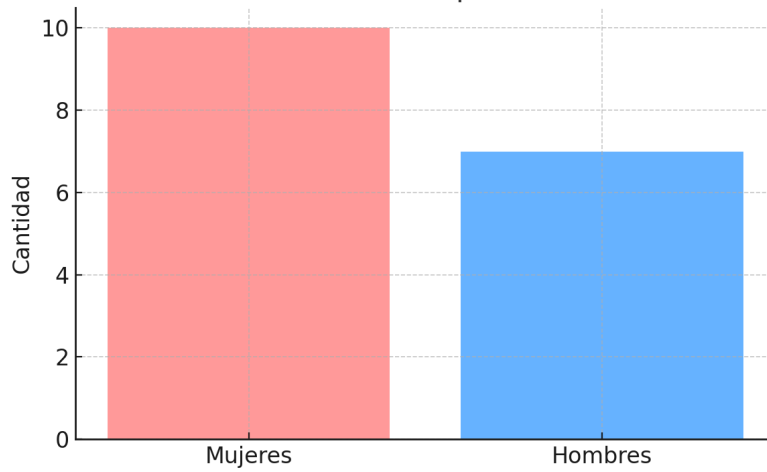


Gráfico 3: Autonomía funcional (medido por índice de Barthel)

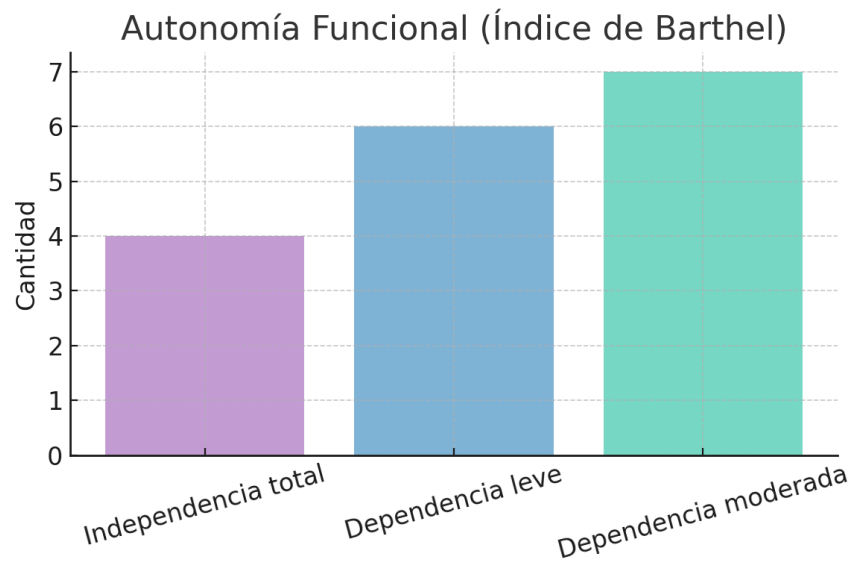


Gráfico 4: Procedencia geográfica

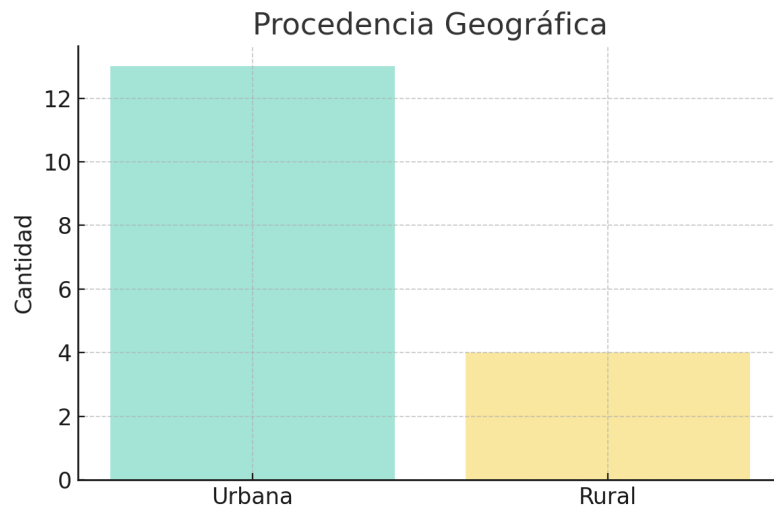
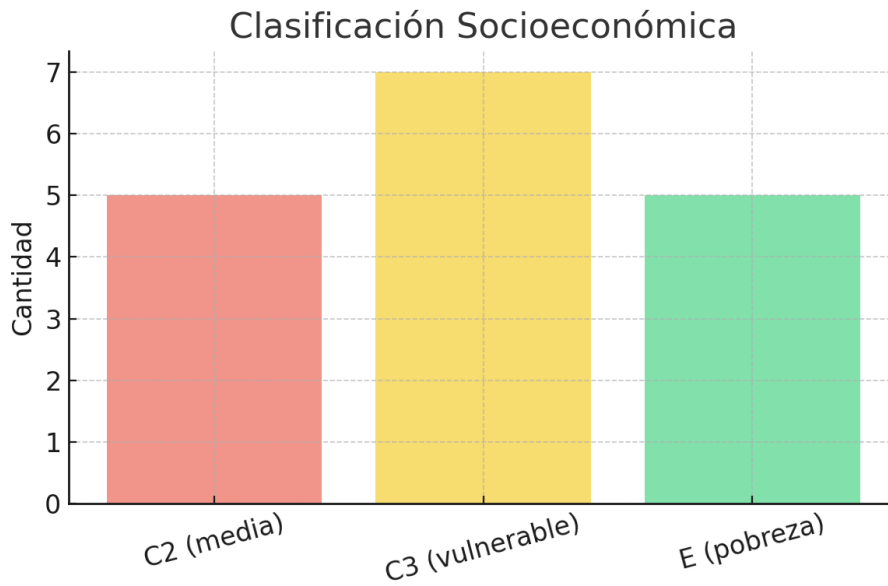


Gráfico 5: clasificación socioeconómica



El diagnóstico participativo fue estructurado en diversas fases:

3.1.1 Etapa 1: Convocatoria y coordinación con los actores:

Tabla 1: convocatoria y coordinación con los actores

Actividad	Descripción	Objetivo
Reunión informativa previa	Encuentro con el equipo del CCR para presentar el diagnóstico participativo, sus objetivos y la importancia de la participación de todos los actores.	Socializar el propósito y resolver dudas iniciales.
Llamadas telefónicas	Contacto individual con participantes antes de cada actividad.	Recordar convocatoria, aclarar dudas y confirmar asistencia.
Folleto explicativo	Entrega de material con fecha, hora, lugar y objetivos, distribuido en todos los establecimientos de salud de la comuna.	Facilitar acceso claro y comprensible a la información.
Recordatorio por mensaje	Envío de mensaje de texto y/o WhatsApp un día antes de la actividad.	Reforzar compromiso y asegurar la asistencia oportuna de los participantes.

3.1.2 Etapa 2: Aplicación del diagnóstico participativo

Jornada de Diagnóstico Participativo (6 de noviembre de 2024): La actividad se desarrolló de forma presencial y contó con la participación activa de 20 personas, incluyendo usuarios con enfermedad de Parkinson en distintos estadios, cuidadores, profesionales del Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR), estudiantes de preclínica y autoridades académicas de la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad Autónoma. Esta jornada tuvo como propósito identificar, desde una perspectiva colectiva, las principales necesidades, barreras y oportunidades relacionadas con la atención, participación comunitaria y calidad de vida de las personas con esta condición.

Durante la sesión, se aplicaron las siguientes herramientas metodológicas participativas:

3.1.2.1 Lluvia de ideas

Se generó un espacio abierto y seguro donde los y las participantes pudieron expresar libremente sus experiencias, problemáticas, percepciones y propuestas de mejora en torno a su proceso de rehabilitación y vida cotidiana. Esta técnica favoreció la participación espontánea, el reconocimiento de la diversidad de voces y la construcción colectiva de ideas.

3.1.2.2 Matriz de Priorización

Las ideas emergentes de la lluvia de ideas fueron sistematizadas y posteriormente clasificadas en función de dos criterios principales: impacto potencial y urgencia de abordaje. Esta priorización permitió jerarquizar las acciones sugeridas, distinguiendo aquellas de ejecución inmediata de las que requieren planificación a mediano o largo plazo.

3.1.2.3 Análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas):

De acuerdo a su definición “La herramienta FODA consiste en la construcción de una matriz a partir de la identificación de un listado de factores internos (fortalezas y debilidades) y externos (oportunidades y amenazas) que influyen en el desempeño de la organización”(Becker & Nikulin et al, 2015) .

A partir de esto, se implementó esta herramienta con el objetivo de realizar un diagnóstico contextual integral. A través, del trabajo grupal, los participantes identificaron factores internos y externos que inciden en la atención de las personas con enfermedad de Parkinson en la comuna. Este análisis, permitió reconocer tanto los recursos disponibles como las limitaciones del entorno, facilitando una comprensión más profunda y estratégica para la toma de decisiones.

3.2.- Metodología y fases asociadas a la validación de la propuesta de solución con el grupo prioritario y actores de instituciones relevantes del territorio

La validación de la propuesta de solución se llevó a cabo mediante un enfoque participativo y colaborativo, con el propósito de asegurar su pertinencia, viabilidad y sostenibilidad en el contexto territorial. Esta etapa metodológica se sustentó en la retroalimentación directa de los actores involucrados en el diagnóstico, lo que permitió contrastar los hallazgos obtenidos con la factibilidad real de implementar las estrategias sugeridas.

Este enfoque se fundamenta en la necesidad de incorporar las voces, experiencias y saberes de los actores directamente implicados en el proceso diagnóstico, tales como usuarios, familiares, cuidadores y profesionales del equipo de salud. La participación activa de estos actores generó instancias de diálogo y retroalimentación que favorecieron un proceso de co-construcción de soluciones, fortaleciendo el sentido de pertenencia frente a las acciones propuestas y asegurando su adecuación a las particularidades sociales, culturales y organizativas del territorio.

Este proceso se estructuró en las siguientes fases:

3.2.1 Etapa 1: Socialización preliminar de resultados y propuesta de intervención

3.2.1.1 Grupo focal con personas con enfermedad de Parkinson y cuidadores: Se convocó a un grupo representativo de los participantes del diagnóstico inicial para presentar y discutir la propuesta. Esta metodología facilitó un espacio dialógico donde se promovió la reflexión, el análisis colectivo y la expresión de sugerencias de mejora. La validación desde la vivencia directa permitió incorporar ajustes desde una mirada centrada en la persona y su entorno cotidiano.

3.2.1.2 Reunión de retroalimentación con el equipo del CCR: Se presentó un resumen ejecutivo con los principales hallazgos del diagnóstico participativo y la propuesta de intervención preliminar. Esta instancia permitió recoger opiniones técnicas desde la experiencia clínica y comunitaria del equipo profesional del centro, contribuyendo al enriquecimiento y ajuste de la propuesta.

3.2.2 Etapa 2: Validación intersectorial

3.2.2.1 Mesa técnica ampliada: Se convocó a representantes del Departamento de Salud Municipal, Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), equipos de rehabilitación de CESFAM, y docentes de la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad Autónoma. Esta mesa tuvo como objetivo analizar la factibilidad técnica, administrativa y política de la propuesta de intervención, considerando los recursos disponibles, la articulación institucional y las posibilidades de implementación en el corto y mediano plazo.

3.2.2.2 Validación escrita mediante formulario de evaluación: A todos los actores participantes se les entregó un instrumento de evaluación que permitió sistematizar de manera estructurada sus apreciaciones respecto a los objetivos, actividades, tiempos, responsables y recursos propuestos. Esta herramienta también incluyó preguntas abiertas para recoger aportes cualitativos adicionales.

3.3.3 Etapa 3: Ajustes finales y validación definitiva

3.3.1 Integración de aportes: Con base en la información obtenida en las fases anteriores, se realizó un proceso de análisis y síntesis de los comentarios, críticas y sugerencias. Se integraron los cambios pertinentes a la propuesta final, priorizando aquellos que aportaban a la pertinencia territorial, viabilidad operativa y sostenibilidad del plan.

3.3.2 Presentación final y validación consensuada: La propuesta ajustada fue nuevamente presentada al equipo del CCR y a representantes de las organizaciones clave del territorio, quienes validaron en conjunto el documento final de intervención. Este paso garantizó la apropiación compartida del proyecto y el compromiso de colaboración para su futura implementación.

Esta metodología permitió asegurar que la propuesta de solución no solo respondiera a las necesidades identificadas en el diagnóstico, sino que también contara con la legitimidad, respaldo y factibilidad necesaria para su ejecución, promoviendo la continuidad del trabajo comunitario con personas con enfermedad de Parkinson desde una perspectiva inclusiva, participativa e intersectorial

Tabla 2: Resumen de actividades metodológicas

Actividad	Descripción	Medio de comunicación
Reunión informativa previa	Explicación de objetivos y resolución de dudas	Reunión presencial
Llamadas telefónicas	Confirmación de asistencia y resolución de dudas	Teléfono
Folleto explicativo	Información clara sobre la actividad y sus objetivos	Entrega física y digital
Recordatorio por mensaje	Confirmación de asistencia	WhatsApp o SMS, según el caso.
Lluvia de ideas	Generación de ideas y propuestas	Dinámica participativa
Matriz de priorización	Clasificación según impacto y urgencia	Taller participativo
Análisis FODA	Evaluación de factores internos y externos	Trabajo grupal
Presentación de la propuesta	Exposición del proyecto a usuarios y actores clave	Material audiovisual y exposición
Encuestas y entrevistas	Recogida de retroalimentación	Formulario presencial o digital
Ajustes y validación final	Incorporación de mejoras y obtención de aval institucional	Informe técnico

Esta metodología, permitió garantizar un enfoque inclusivo, participativo y contextualizado de los actores claves del territorio quienes desempeñaron un papel fundamental tanto en la identificación de necesidades como en la validación de la propuesta de intervención. La integración de métodos cualitativos y cuantitativos facilitó una comprensión integral de la problemática, considerando las dimensiones clínicas, sociales y comunitarias implicadas. Este enfoque mixto sentó las bases para el diseño e implementación de estrategias pertinentes, sostenibles y adaptadas a la realidad local,

orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson y sus entornos de cuidado.

4 RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

El diagnóstico participativo realizado con personas que padecen la Enfermedad de Parkinson en la comuna de Padre Las Casas, permitió exponer de manera precisa las problemáticas, necesidades, limitaciones, factores que favorecen y que afectan a este grupo. A través, de una metodología inclusiva, se logró identificar los requerimientos fundamentales de los actores claves, quienes desempeñaron un rol activo en la identificación de sus propias necesidades, fortaleciendo la propuesta desde una perspectiva de derechos.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos, durante la ejecución del diagnóstico participativo en una dimensión descriptiva e interpretativa, que busca no solo describir la situación actual, sino también reflexionar sobre los vínculos entre estas problemáticas y los derechos fundamentales de las y los participantes.

4.1 Análisis de Problemáticas Identificadas

4.1.1 Falta de acceso a sesiones de rehabilitación

4.1.1.1 Evidencia y Contexto: Se constató que una proporción significativa de las y los participantes, particularmente aquellos que residen en zonas rurales, experimenta limitaciones severas para acceder a sesiones de rehabilitación y actividades de participación social que son fundamentales para su recuperación integral. La falta de especialistas en áreas clave como kinesiología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología y Psicología agrava la situación, lo que impide un tratamiento adecuado para sus necesidades.

4.1.1.2 Derecho Afectado: El acceso a la salud, que debe garantizarse sin discriminación, y el derecho a la rehabilitación que permite mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

4.1.1.3 Impacto: La ausencia de servicios de rehabilitación impacta negativamente tanto en el bienestar físico como emocional de los pacientes, limitando su autonomía y participación social.

4.1.2 Infraestructura inadecuada

4.1.2.1 Evidencia y Contexto: Se identificó que las instalaciones del Centro Comunitario de rehabilitación (CCR) carece de espacios accesibles para personas con movilidad reducida. El estacionamiento insuficiente y la falta de rampas o baños adaptados son algunos de los obstáculos que dificultan el acceso a los servicios, especialmente para aquellos con mayores dificultades físicas.

4.1.2.2 Derecho Afectado: El derecho a la accesibilidad y la no discriminación, que establece que las personas con discapacidad deben poder acceder plenamente a todos los servicios, en igualdad de condiciones.

4.1.2.3 Impacto: La infraestructura inadecuada genera barreras físicas y sociales, contribuyendo al aislamiento de los pacientes y afectando su bienestar general.

4.1.3 Necesidad de conformar una agrupación de Parkinson

4.1.3.1 Evidencia y Contexto: Las y los pacientes, sus cuidadores y sus familias expresaron un alto nivel de aislamiento social debido a la falta de una organización formal que los agrupe y les ofrezca apoyo mutuo. No existen espacios donde puedan compartir experiencias, recibir información actualizada o acceder a recursos específicos para la enfermedad de Parkinson.

4.1.3.2 Derecho Afectado: El derecho a la información, la participación y la asociación, fundamentales para que los pacientes puedan tomar decisiones informadas sobre su salud y formar redes de apoyo.

4.1.3.3 Impacto: La ausencia de una agrupación formal limita el acceso a información y apoyo, generando una mayor carga emocional para los pacientes y sus familias.

4.1.4 Deficiencia en la oferta de actividades de rehabilitación física y cognitiva

4.1.4.1 Evidencia y Contexto: A pesar de la necesidad reconocida por las y los pacientes de contar con una rehabilitación integral de forma oportuna, la oferta de actividades

específicas para la rehabilitación física y cognitiva es insuficiente, debido principalmente a la falta de recursos humanos, materiales e insumos inadecuados.

4.1.4.2 Derecho Afectado: Las personas con discapacidad tienen derecho, a lo largo de todo su ciclo vital y mientras sea necesario, a la rehabilitación y a acceder a los apoyos, terapias y profesionales que la hagan posible, en conformidad con lo establecido. (Ley N° 20.422, 2010, art. 4, inciso 4)

4.1.4.3 Impacto: La falta de actividades diversificadas y especializadas para la rehabilitación limita la recuperación integral de los pacientes y su capacidad para mantener su autonomía.

4.1.5 Deficiencias en el cumplimiento de horarios y utilización de recursos disponibles

4.1.5.1 Evidencia y Contexto: Los pacientes reportaron que los horarios de las sesiones y la disponibilidad de recursos no siempre se ajustan a sus necesidades, lo que genera frustración y reduce la eficacia del tratamiento. La falta de una planificación adecuada en la gestión de servicios contribuye a esta problemática.

4.1.5.2 Derecho Afectado: Toda persona tiene derecho -cualquiera sea el Prestador Institucional de Salud- a que las acciones de promoción, protección y recuperación se le den oportunamente y sin discriminaciones arbitrarias, en la forma que determine la Constitución y las leyes. ley 20584.

4.1.5.3 Impacto: La desorganización en los horarios y la falta de una utilización eficiente de los recursos disponibles impiden que los pacientes reciban el tratamiento necesario en el momento adecuado.

4.1.6 Oferta insuficiente de talleres y actividades diversas

4.1.6.1 Evidencia y Contexto: Los pacientes expresaron que la oferta de talleres y actividades recreativas, que son cruciales para su bienestar emocional y social, es limitada. La falta de espacio adecuado y personal capacitado impide que se ofrezcan actividades diversas que fomenten la participación activa de las y los pacientes.

4.1.6.2 Derecho Afectado: El derecho al esparcimiento y la participación en actividades culturales y recreativas, que contribuyen a mejorar la calidad de vida y el bienestar social de los pacientes. (ONU, 2006)

4.1.6.3 Impacto: La falta de actividades adecuadas reduce las oportunidades de integración social y de desarrollo personal de los pacientes, contribuyendo a su aislamiento.

4.2. Propuestas de Soluciones

En base a las problemáticas identificadas, se proponen las siguientes soluciones, que buscan garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con Enfermedad de Parkinson:

4.2.1 Búsqueda de una nueva sede con mejor accesibilidad

Esta solución responde a la necesidad de contar con un espacio adecuado que permita la realización de actividades de rehabilitación de manera eficiente, garantizando accesibilidad universal a todos los pacientes.

4.2.2 Implementación de un ciclo de 10 sesiones en el CCR

El ciclo incluiría talleres adaptados a las necesidades físicas, cognitivas y emocionales de las y los pacientes, promoviendo la rehabilitación integral. Esta propuesta se enfoca en brindar servicios médicos y terapéuticos multidisciplinarios.

4.2.3 Creación de una agrupación de Parkinson

La formalización de una agrupación ofrecerá a los pacientes y sus familias un espacio de apoyo emocional, acceso a la información y recursos, así como un foro para la participación activa en la mejora de sus condiciones de vida.

4.2.4 Articulación con la red intersectorial

Con el fin de favorecer la participación social de los actores claves en el territorio se establece y fortalece la articulación intersectorial desde una perspectiva local, liderada por el municipio y sus distintas direcciones como la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), Gestor comunitario , la Oficina de Discapacidad, Programa Mas Adulto Mayor Autovalente (+AMA), el Programa de Participación Ciudadana, OMIL y el Departamento de Salud Municipal, en conjunto con servicios públicos como SENADIS y de organizaciones de la sociedad civil.

5 PROPUESTA DE INTERVENCION

5.1 Descripción general de la propuesta de intervención (componentes, actores, otros antecedentes)

La presente propuesta tiene como base la constitución formal de una agrupación de personas con enfermedad de Parkinson en la comuna de Padre Las Casas. Esta iniciativa surge como respuesta a la necesidad de mejorar la calidad de vida de este grupo de personas, a través de una intervención que combine el acceso a actividades de ocio , participación social y apoyo en la gestión de la salud, entendiendo estos componentes como determinantes claves del bienestar integral.

En su origen, esta agrupación comenzó como un taller creado en el Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) de la comuna de Padre Las Casas y que esta focalizado en la atención a pacientes con diagnósticos neurodegenerativos. el cual derivó en un proceso participativo que evidenció el interés y compromiso de las y los usuarios por conformar un espacio permanente de encuentro, contención desarrollo personal y participación comunitaria. La propuesta se inscribe dentro de los lineamientos de la rehabilitación basada en la comunidad (RBC), que se define como “La rehabilitación basada en la comunidad (RBC) promueve la colaboración entre los dirigentes comunitarios, las personas con discapacidad, sus familias y otros ciudadanos involucrados para ofrecer igualdad de oportunidades a todas las personas con discapacidad en la comunidad. La estrategia de RBC, iniciada hace más de 35 años, sigue promoviendo los derechos y la participación de las personas con discapacidad y fortaleciendo el papel de sus organizaciones en el mundo” (Olivera,2015) .

5.1.1 Componentes centrales de la intervención:

5.1.1.1 Participación social: Generación de instancias de encuentro y vinculación territorial con actores comunitarios y espacios públicos y culturales, fortaleciendo el sentido de pertenencia y la visibilidad del colectivo.

5.1.1.2 Ocio: Desarrollo de actividades recreativas, de exploración de intereses y ocupaciones significativas que promuevan el bienestar emocional y el fortalecimiento de la autonomía.

5.1.1.3 Gestión de la salud: Apoyo en el acceso y adherencia a los controles de salud, con énfasis en la articulación entre niveles de atención (atención primaria y especializada).

Actores claves involucrados:

Tabla 3: Actores involucrados claves

Actor	Rol en el Proyecto
Municipalidad de Padre Las Casas (a través de DIDECO y su unidad de gestión comunitaria)	Coordinación territorial y logística general del proyecto.
Departamento de Salud Municipal y CESFAM del territorio	Seguimiento clínico de los participantes y apoyo en la gestión de enfermedades crónicas no transmisibles.
Presidente de la Junta de Vecinos de Huichahue Sur	Colaboración en la búsqueda y gestión de un espacio físico comunitario para las reuniones de la agrupación.
Universidad Autónoma de Chile	Facilitación de infraestructura para la realización de talleres de computación y actividad física adaptada.
Unidad de Transporte Municipal	Apoyo logístico para el traslado intercomunal de los participantes en actividades recreativas y culturales (tres salidas planificadas).

5.2 Planificación de la propuesta (objetivos, estrategias y/o actividades)

5.2.1 Objetivo general:

Promover el bienestar integral de las y los participantes con enfermedad de Parkinson a través de la facilitación del acceso a actividades de ocio, participación social y gestión de la salud, orientadas a la inclusión comunitaria y a mejorar la calidad de vida.

5.2.2 Objetivos específicos:

5.2.2.1 Fomentar la participación activa de las y los participantes en actividades de ocio, como estrategia para fortalecer el bienestar emocional, la autonomía y la inclusión social.

5.2.2.2 Potenciar la vinculación y participación social de las personas con enfermedad de Parkinson en espacios comunitarios, promoviendo su integración como sujetos de derechos en la vida social y cultural del territorio.

5.2.2.3 Fortalecer las redes de apoyo comunitarias mediante la articulación intersectorial, facilitando el trabajo colaborativo entre instituciones públicas, organizaciones sociales y equipos de salud para una atención integral y sostenible.

5.2.3 Estrategias principales:

5.2.3.1 Generación de espacios comunitarios accesibles para el encuentro regular de la agrupación y puedan realizar sus actividades.

5.2.3.2 Diseño e implementación de talleres ergoterapéuticos, recreativos y formativos, basados en los intereses y necesidades identificadas por los propios participantes de la agrupación, con el objetivo de fomentar la participación activa, la autodeterminación y la relevancia de las actividades desarrolladas

5.2.3.3 Articulación con universidades y actores comunitarios para facilitar el acceso a recursos e infraestructura.

5.2.3.4 Planificación de actividades de esparcimiento dentro y fuera de la comuna.

5.2.3.5 Participación activa de la agrupación en actividades públicas del territorio (ferias, actividades culturales, etc.).

5.2.4 Metas estimadas:

5.2.4.1 Implementar al menos 12 sesiones de talleres ergoterapéuticos y actividades de participación social durante el primer año.

5.2.4.2 Realizar 3 salidas intercomunales con fines recreativos.

5.2.4.3 Vincular formalmente a la agrupación con al menos 2 instituciones públicas, privadas o comunitarias del territorio.

5.2.4.4 Alcanzar una participación sostenida de al menos el 60% de los integrantes en las actividades propuestas.

5.2.5 Actividades propuestas:

Tabla 4: Actividades y objetivos propuestos, ya realizadas

Actividades	Objetivos
Reunión con gestores comunitarios: se sostuvo un encuentro con el gestor comunitario de la Municipalidad de Padre Las Casas y con el representante del Departamento de Salud Municipal (coordinador de consejo de desarrollo local), con el objetivo de establecer una alianza estratégica orientada a la ejecución de acciones conjuntas, tales como la postulación a proyectos gubernamentales, fondos concursables y la gestión de subvenciones para el desarrollo de diversas actividades propuestas para el año. Como resultado de esta, el gestor comunitario se comprometió a gestionar una reunión con los concejales municipales, con el fin de	3.- Fortalecer las redes de apoyo comunitarias mediante la articulación intersectorial, facilitando el trabajo colaborativo entre instituciones públicas, organizaciones sociales y equipos de salud para una

<p>solicitar un aporte económico de \$500.000 para apoyar en las actividades que la agrupación organice.</p>	<p>atención integral y sostenible.</p>
<p>Reunión con escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad Autónoma, sede Temuco: En el marco del convenio docente-asistencial vigente entre la Universidad Autónoma y la Municipalidad de Padre Las Casas, se sostuvo una reunión con la jefa de carrera de la escuela de Terapia Ocupacional correspondiente, con el objetivo de establecer una alianza estratégica que permita fortalecer el trabajo colaborativo y gestionar el uso de espacios físicos pertenecientes a la institución. Como resultado de este encuentro, se acordó la invitación a la agrupación para participar en un taller de deporte adaptado (Boccias) que se realiza los días sábados, el cual incluye traslado gestionado por la universidad. Asimismo, a través de la unidad de Vinculación con el Medio, se concretó un aporte de materiales promocionales (merchandising), tales como lápices, cuadernos y morrales, los cuales serán utilizados en talleres y diversas actividades comunitarias.</p>	<p>3.- Fortalecer las redes de apoyo comunitarias mediante la articulación intersectorial, facilitando el trabajo colaborativo entre instituciones públicas, organizaciones sociales y equipos de salud para una atención integral y sostenible.</p>
<p>Actividad recreativa y de inclusión social – Viaje en tren: Reunión con EFE: se realiza reunión con Ejecutiva territorial Gerencia de Asuntos Corporativos EFE y periodista del Departamento de Salud Municipal de Padre Las Casas con el fin de coordinar una actividad de paseo en tren con la agrupación de Parkinson hacia la comuna de Lautaro.</p>	<p>.1- Fomentar la participación activa de las y los participantes en actividades de ocio, como estrategia para fortalecer el bienestar emocional, la</p>

<p>Viaje en tren: Se llevara a cabo una actividad recreativa en la que participaran integrantes de la agrupación, en un viaje en tren desde la comuna de Temuco hacia Lautaro. Lo que incluye una visita guiada por las instalaciones, coordinada con personal de la Empresa de los Ferrocarriles del Estado (EFE). Además, esta jornada contara con el acompañamiento y apoyo de estudiantes de quinto año de las escuelas de Terapia Ocupacional y Kinesiología, quienes colaboraran activamente en el desarrollo de la actividad.</p> <p>Asimismo, se coordina a través de la periodista del DSM una invitación a la Municipalidad de Lautaro con el fin que un representante pueda asistir y entregar un saludo protocolar a la agrupación. Por otro lado, el presidente de la Agrupación de Parkinson realizo una invitación a su par de dicha comuna con el fin de crear lazos estratégicos para que se puedan reunir en sus respectivas comunas y de esta manera compartir experiencias.</p>	<p>autonomía y la inclusión social.</p> <p>2.- Potenciar la vinculación y participación social de las personas con enfermedad de Parkinson en espacios comunitarios, promoviendo su integración como sujetos de derechos en la vida social y cultural del territorio.</p>
--	---

Tabla 5: actividades y objetivos propuestos por realizar

Actividades	Objetivos
<p>Reunión con profesional de apoyo SENADIS: Se proyecta realizar una reunión con el profesional de apoyo del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), con el propósito de establecer vínculos de colaboración entre la agrupación y dicha institución. Esta articulación permitirá contar con apoyo en la postulación a proyectos y fondos concursables durante un período estimado de dos años. Además, se gestionará la realización de charlas educativas dirigidas a las y los integrantes de la agrupación, enfocadas en informar sobre los beneficios, programas de apoyo y recursos que ofrece SENADIS.</p>	<p>3.- Fortalecer las redes de apoyo comunitarias mediante la articulación intersectorial, facilitando el trabajo colaborativo entre instituciones públicas, organizaciones sociales y equipos de salud para una atención integral y sostenible.</p>
<p>Taller de Manualidades: Se llevará a cabo un taller de manualidades, el cual surge a partir del interés manifestado por los propios integrantes del taller de Parkinson, quienes expresaron el deseo de aprender nuevas actividades que puedan realizar en el hogar. En respuesta a esta motivación, se desarrollará un taller de pintura en yeso, considerando la entrega de insumos tales como figuras de yeso, pinturas acrílicas, pinturas a la tiza, pátinas y pinceles. Esta actividad busca fomentar la creatividad, la motricidad fina y el bienestar ocupacional de los participantes, fortaleciendo además su sentido de autonomía y participación activa. Al promover espacios de aprendizaje colectivo y expresión</p>	<p>.1- Fomentar la participación activa de las y los participantes en actividades de ocio, como estrategia para fortalecer el bienestar emocional, la autonomía y la inclusión social.</p>

<p>artística, se contribuye a la inclusión social, ya que se generan oportunidades de interacción, reconocimiento de capacidades y fortalecimiento de vínculos comunitarios, favoreciendo así la visibilidad y valoración de las personas con Parkinson en su entorno social.</p>	
<p>Salida al mar: Se realizará una salida recreativa con los integrantes del taller, quienes se trasladarán desde la comuna de Temuco hacia la comuna de Puerto Saavedra, ubicada en la zona costera de La Araucanía.</p> <p>La actividad contemplará una primera parada en el Museo de los Trenes, ubicado en la comuna de Carahue. Posteriormente, el grupo se dirigirá hacia la caleta de Puerto Saavedra, donde compartirán un almuerzo grupal y realizarán un paseo por la playa del sector. Así mismo la agrupación comunicación con una agrupación local de personas en situación de discapacidad, con el objetivo de generar redes de apoyo y propiciar un espacio de intercambio de experiencias. Cabe señalar, que esta actividad favorece la inclusión social al promover la participación activa de las personas con Parkinson en espacios comunitarios y culturales, fomentando la integración, la construcción de redes y vínculos sociales, el reconocimiento de sus derechos a la recreación y a la vida en comunidad.</p>	<p>Fomentar la participación activa de las y los participantes en actividades de ocio, como estrategia para fortalecer el bienestar emocional, la autonomía y la inclusión social.</p>

Con respecto, a las actividades ya ejecutadas fueron definidas considerando la participación activa de los usuarios y la orientación de los profesionales a cargo del taller. Posterior al diagnóstico participativo, se propusieron diversas acciones, las cuales fueron deliberadas y seleccionadas por los propios participantes, en función de sus intereses, necesidades y expectativas. Cabe señalar, que las decisiones no fueron impuestas unilateralmente, sino que emergieron de un proceso consensuado que promovió la autonomía, independencia y el empoderamiento de las personas involucradas. Indicar que, al haberse ejecutado estas actividades no forman parte del proceso de validación de la propuesta actual, pero sí aportan antecedentes relevantes para su fortalecimiento.

5.3 Presupuesto estimado de la propuesta y su justificación.

La presente propuesta se basa en un enfoque comunitario e intersectorial, permitiendo maximizar los recursos disponibles mediante la colaboración con instituciones públicas, universidades, municipios y redes locales. No obstante, para asegurar una implementación adecuada de las actividades antes descritas, se estima necesario contar con una inversión base que cubra gastos operacionales fundamentales, tales como materiales, logística, alimentación, transporte y otros insumos.

A continuación, se detalla el presupuesto estimado según actividad vinculada, tipo de gasto, valor unitario y cantidad requerida:

Tabla 6: presupuesto estimado-gastos operacionales

Nombre Vinculada	Actividad	Detalle / Ítem	Valor Unitario (\$)	Cantidad	Total (\$)
Talleres ergoterapéuticos grupales		40 figuras de yeso	2.500	40	\$100.000
Talleres ergoterapéuticos grupales		Pinceles (juego de tamaños variados)	5.000	20	\$100.000

Talleres ergoterapéuticos grupales	50 envases diversos colores de 300 cc	\$2500	50	\$125.000
Talleres ergoterapéuticos grupales	Selladores barniz (10 unidades)	5.000	10	\$50.000
Actividades recreativas fuera de la comuna (x3)	Colaciones (aporte Programa de Promoción de Salud, valorizado)	1.900	60	\$114.000 *
Actividades recreativas y comunitarias	Traslado en bus local e intercomunal	200.000	1	\$200.000*
Coordinación general y facilitación de talleres	Recurso humano (monitor de acompañamiento y monitor talleres)	100.000 x actividad	2	\$ 600.000 (total 3 actividades)
Participación en ferias/comunicación	Merchandising aportado por Universidad Autónoma (valorizado)	7000 cada paquete que incluye un cuaderno, lapiz y bolsa de genero.	100	\$700.000*
Actividad cultural paseo en tren (coordinación con EFE)	Transporte gestionado con empresa (aporte en pasajes)	Bus padre las casas-Temuco estación: \$50.000 ida y vuelta. Pasajes en tren ida y	-	\$150.000*

		vuelta \$5000 x persona 100.000		
°	Junta de vecinos Huichahue Sur (aporte en especie)	\$5000 x semana	4 al mes	\$20.000
Subvención municipal (aporte externo en dinero)	Aporte de concejales para ejecución de actividades	1 sola vez	1 sola vez	\$500.000*
Reuniones y gestiones administrativas	Aporte del espacio Fundación Magisterio de la Araucanía y salón de reuniones Municipalidad de Padre Las casas	\$10.000 arriendo por hora.	10 reuniones	\$100.000*
Traslados para reuniones	Aportes unidad de traslado DSM Padre Las casas	\$5000 por traslados	20 reuniones mas traslados a las actividades planificadas	\$100.000*
Total general estimado:				\$2.859.000

* Valor (no será cubierto con fondos del proyecto, sino gestionado con el programa de promoción de salud).

Nota: Los ítems con aporte en especie o apoyo institucional se incluyen en el presupuesto como valorización, pero no suman al costo efectivo que se debe financiar.

5.4 Fundamentación de la pertinencia de la propuesta de intervención

La propuesta responde directamente a los resultados del diagnóstico participativo realizado con personas con enfermedad de Parkinson usuarias del CCR de Padre Las Casas. Se identificó como necesidad prioritaria la falta de espacios para la participación social, el ocio significativo y el acceso comunitario a intervenciones rehabilitadoras, particularmente en personas mayores y de sectores rurales.

Además, se observa que un 42% del grupo presenta algún grado de dependencia, lo que hace urgente fortalecer el bienestar integral a través de acciones comunitarias e inclusivas que fomenten la autonomía, reduzcan el aislamiento y mejoren la calidad de vida.

La intervención se alinea con un enfoque de derechos, reconociendo a las personas con discapacidad como sujetos activos con derecho a la participación, rehabilitación, recreación y vida comunitaria (Ley 20.422, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad). También se reconoce la relevancia de atender determinantes sociales como el nivel socioeconómico (7 personas en tramo E) y el lugar de residencia (4 personas del ámbito rural).

5.4.1 La propuesta es pertinente porque:

5.4.1.1 Articula redes comunitarias e institucionales existentes, fortaleciendo la sostenibilidad.

5.4.1.2 Responde a una demanda concreta expresada por las personas afectadas, integrando su voz en la formulación de soluciones.

5.4.1.3 Fomenta la equidad territorial y de acceso, considerando personas urbanas y rurales.

5.4.1.4 Promueve una intervención costo-efectiva, con un enfoque preventivo y de promoción de la salud.

A modo resumen, esta intervención no solo busca mejorar la calidad de vida de las personas con Parkinson, sino también avanzar hacia una comunidad más inclusiva, empática y cohesionada, en donde la diversidad funcional sea valorada y visibilizada.

6 VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA DE SOLUCIÓN

6.1 Metodología y fases asociadas a la validación de la propuesta de intervención con el grupo prioritario y actores de instituciones relevantes del territorio

La validación de la propuesta de intervención se llevó a cabo mediante una metodología de carácter participativo, fundamentada en principios de inclusión, pertinencia socioterritorial y un enfoque centrado en las personas. Esta estrategia, priorizó la incorporación activa de las personas con enfermedad de Parkinson que conforman la agrupación recientemente formada en la comuna de Padre Las Casas, así como de representantes de las instituciones clave vinculadas al ámbito de la salud, la rehabilitación, docente-asistencial y comunitario.

El proceso de validación no solo busca ajustar la propuesta a las necesidades reales de la población objetivo, sino también fortalecer la apropiación comunitaria del proyecto, promoviendo que las personas se sientan representadas, cómodas y motivadas con la intervención presentada.

6.1.1 Fase 1: Socialización de la propuesta de intervención

Se llevó a cabo una reunión presencial con el objetivo de presentar a los y las participantes las actividades propuestas, construidas a partir de los resultados del diagnóstico participativo. En esta instancia participaron 17 personas, quienes completaron una encuesta cualitativa y otra cuantitativa orientadas a recoger percepciones, nivel de acuerdo y sugerencias respecto a la propuesta presentada. Durante la jornada se expusieron las actividades planificadas junto con sus respectivos objetivos, contextualizando su origen en las necesidades detectadas durante la etapa diagnóstica. La actividad contó con la presencia de representantes del Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) de Padre Las Casas, profesionales de la Universidad Autónoma, el encargado de Participación Social del Departamento de Salud Municipal (DSM) y la periodista institucional. En esta etapa se generó un espacio de diálogo horizontal, donde los y las asistentes compartieron opiniones, realizaron

observaciones y expresaron su conformidad con la propuesta, validando tanto las actividades presentadas como el enfoque general del proyecto de intervención.

6.1.2 Fase 2: Aplicación del instrumento de validación participativa

Durante la jornada de socialización de los participantes, se aplicaron dos instrumentos de recolección de información diseñados con enfoque participativo: una encuesta cuantitativa y otra de tipo cualitativa. Que tuvo como propósito evaluar el grado de aceptación de la propuesta, identificar aspectos a fortalecer y recoger sugerencias de mejora por parte de los y las participantes.

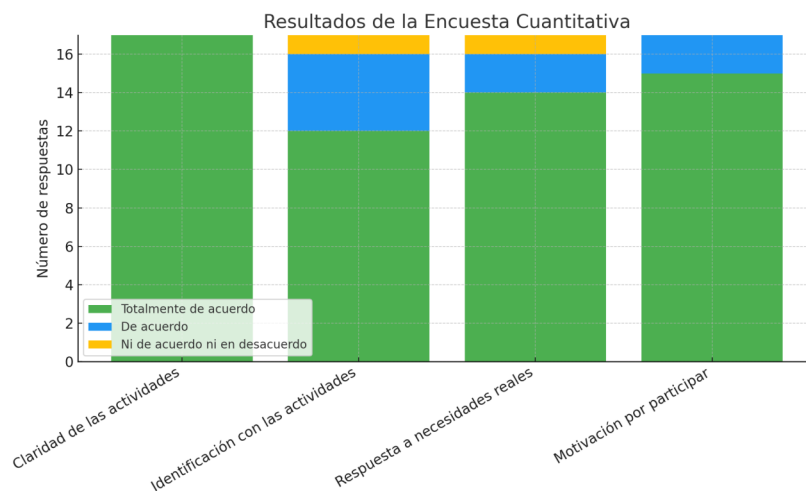
La encuesta cuantitativa se estructuró en base a una escala tipo Likert, con ítems que midieron niveles de acuerdo a la claridad, pertinencia, viabilidad y relevancia de las actividades propuestas.

Por su parte, la encuesta cualitativa permitió recoger observaciones abiertas y sugerencias específicas de mejora.

6.1.3 Fase 3: Sistematización y Análisis de Datos

Datos de la Encuesta Cuantitativa: Presentación de resultados

Gráfico 6: Resultados de la encuesta cuantitativa



6.1.3.1 Aportes Relevantes de la Encuesta Cualitativa:

Entre los comentarios y sugerencias más significativos recogidos a través de la encuesta cualitativa, se identificaron diversas necesidades clave para enriquecer y fortalecer la propuesta de intervención, destacando las voces de los propios participantes como eje central del proceso.

6.1.3.1.1 Incorporación de actividades con psicólogos: Varios participantes expresaron la necesidad de contar con apoyo profesional en salud mental. Como mencionó Don Arcenio: *“A veces uno guarda cosas que no sabe cómo hablar, sería bueno tener a alguien que nos ayude con eso.”* Esta apreciación refuerza la importancia de integrar actividades lideradas por psicólogos que favorezcan el bienestar emocional del grupo.

6.1.3.1.2 Sesiones de yoga al aire libre: La práctica de ejercicios que combinen cuerpo y mente fue bien valorada. La Sra. Luz señaló: *“Sería bonito hacer yoga afuera, con el aire fresco. Eso relaja y hace bien para las piernas también.”* Esta sugerencia destaca el valor de conectar con el entorno natural y fomentar la movilidad y la relajación.

6.1.3.1.3 Invitación a agrupaciones culturales: La dimensión artística también apareció como una oportunidad para fortalecer el sentido de pertenencia y la expresión emocional. La Sra. Flor compartió: *“Una vez vino un grupo a cantar y fue precioso. Ojalá se pudiera repetir, uno se siente vivo con esas cosas.”* Esta idea subraya la necesidad de incorporar instancias culturales como parte del enfoque integral de rehabilitación.

6.1.3.1.4 Cambio de sede a un espacio más amplio: La accesibilidad y la comodidad del espacio fueron señaladas como aspectos a mejorar. La Sra. Geranda comentó: *“Aquí a veces estamos muy apretados, cuesta moverse con el burrito. Si fuera un lugar más grande, sería mejor para todos.”* Don Miguel complementó: *“Que todos quepamos bien, que nadie quede afuera. Eso es lo justo.”* Estas voces refuerzan la relevancia de contar con un espacio físico adecuado que facilite la participación de todos y todas.

6.1.3.2 Análisis de los datos:

Los resultados de la encuesta cuantitativa muestran una aceptación de las actividades propuestas por parte de los participantes. Los datos cualitativos complementan este panorama, identificando áreas de mejora y ampliación en la intervención

6.1.4 Fase 4: Ajustes necesarios y aprendizajes de la propuesta de solución

A partir del análisis de los datos cuantitativos y cualitativos recolectados, se identifican ajustes necesarios y aprendizajes clave que permitirán fortalecer y enriquecer la propuesta de intervención. Estos ajustes surgen del diálogo con los participantes, reconociendo sus necesidades, intereses y motivaciones, lo cual es fundamental para asegurar la pertinencia y sostenibilidad del proceso. Estos ajustes están asociados a: Flexibilización de los horarios y modalidades de participación, Apoyo en el traslado y accesibilidad, Apoyo en el traslado, accesibilidad y Mayor protagonismo de los usuarios en la planificación. Estos se detallan más adelante.

6.1 Resultados de validación participativa de la propuesta de solución (presentar las opiniones de usuarios potenciales y de actores de instituciones relevantes del territorio) pequeños fundamentos grupos de apoyo

Los resultados de la jornada de validación reflejan una alta valoración por parte de los usuarios potenciales, quienes manifestaron una percepción positiva respecto a la propuesta de intervención. Los participantes, todos miembros activos de la agrupación de personas con enfermedad de Parkinson de la comuna de Padre Las Casas, destacaron en sus respuestas la claridad de las actividades propuestas, así como la pertinencia de los objetivos presentados, los cuales consideraron alineados con las necesidades previamente identificadas durante la fase diagnóstica. Este reconocimiento fue evidente tanto en las encuestas cuantitativas como en los comentarios cualitativos, donde la mayoría expresó sentirse representada por el enfoque de la intervención y motivada a participar activamente en su ejecución. Además, valoraron la inclusión de instancias de expresión personal y cultural, así como la posibilidad de ampliar la propuesta hacia dimensiones emocionales y recreativas. El interés y el entusiasmo por

parte de los usuarios se tradujo en sugerencias concretas para enriquecer la propuesta, como la incorporación de psicólogo, la realización de actividades al aire libre (como yoga) y la integración de agrupaciones culturales en las sesiones.

Desde el punto de vista de los actores institucionales del territorio, la propuesta también fue ampliamente valorada. Representantes del Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) de Padre Las Casas, de la Universidad Autónoma de Chile, y del Departamento de Salud Municipal (DSM), quienes participaron de la jornada de socialización, destacaron el carácter participativo, inclusivo y situado del proyecto. Subrayaron el valor de haber involucrado directamente a las personas con Parkinson en la construcción de la intervención, lo cual legitima el proceso y aumenta la probabilidad de impacto y sostenibilidad. Los representantes institucionales expresaron su disposición a colaborar activamente en la implementación de las actividades propuestas, identificando oportunidades de trabajo conjunto y fortalecimiento de redes intersectoriales. En particular, se destacó el interés del CCR en ofrecer apoyo técnico y logístico, así como el compromiso de la Universidad Autónoma de continuar aportando con profesionales y estudiantes en formación. Finalmente, el encargado de Participación Social del DSM enfatizó la importancia de consolidar este tipo de iniciativas como parte de una estrategia territorial de promoción de la salud y bienestar en poblaciones con condiciones crónicas.

6.2 Sostenibilidad de la propuesta de intervención (elaboración de FODA de la propuesta de intervención)

El análisis FODA participativo fue realizado junto a los miembros de la agrupación de personas con enfermedad de Parkinson de la comuna de Padre Las Casas, integrando también las opiniones de algunos actores institucionales clave. Esta herramienta permitió identificar elementos internos (fortalezas y debilidades) y externos (oportunidades y amenazas) que podrían influir en el desarrollo e implementación del proyecto.

6.3.1 Fortalezas

Entre las principales fortalezas destacadas por los participantes se encuentran:

- **Cohesión grupal y sentido de pertenencia:** los integrantes de la agrupación han establecido y creado vínculos de confianza, respeto y colaboración mutua, lo que favorece un clima positivo para el trabajo conjunto.
- **Motivación por participar y aprender:** los usuarios demostraron una alta disposición para involucrarse activamente en las actividades propuestas, mostrando interés por seguir aprendiendo sobre su condición y nuevas formas de afrontarla.
- **Diversidad de intereses y habilidades:** el grupo cuenta con integrantes con distintas trayectorias de vida y habilidades que pueden aportar significativamente al desarrollo de las sesiones (música, manualidades, liderazgo, etc.).
- **Apoyo técnico de instituciones aliadas:** la colaboración del CCR, la Universidad Autónoma y el Departamento de Salud Municipal se presenta como un respaldo sólido en términos técnicos, profesionales y logísticos.

6.1.2 Debilidades

Las debilidades identificadas corresponden a aspectos internos que podrían dificultar el proceso si no son adecuadamente gestionados:

- **Variabilidad en el estado de salud de los participantes,** lo cual podría afectar la asistencia o continuidad en algunas sesiones.
- **Limitaciones en la autonomía personal y/o movilidad de algunos miembros,** que podrían requerir apoyo adicional en el traslado o durante las actividades.
- **Escasa experiencia previa en procesos de organización o autogestión,** lo que podría dificultar inicialmente la toma de decisiones colectivas y la ejecución de actividades por cuenta del grupo.

6.1.3 Oportunidades

El contexto externo también ofrece diversas oportunidades que pueden ser aprovechadas para fortalecer el proyecto:

- Voluntad institucional de colaboración y articulación intersectorial, lo que abre puertas para alianzas sostenibles a mediano y largo plazo.
- Interés social creciente por las temáticas de salud mental, envejecimiento activo y enfermedades neurodegenerativas, lo cual podría facilitar la visibilización del proyecto y la búsqueda de nuevos apoyos.
- Espacios comunitarios disponibles en el territorio, tales como salas multiuso, centros culturales o dependencias del CESFAM, que podrían utilizarse para la implementación de las actividades.
- Existencia de programas municipales de apoyo al adulto mayor y a personas con discapacidad, que podrían ser complementarios a la propuesta.

6.1.4 Amenazas

Finalmente, las amenazas detectadas corresponden a factores externos que podrían afectar la implementación o sostenibilidad del proyecto:

- Inestabilidad en los equipos de salud y cambios en la gestión institucional, que podrían debilitar los compromisos adquiridos inicialmente.
- Limitaciones presupuestarias o falta de recursos económicos para cubrir materiales, transporte u otros elementos logísticos necesarios.
- Estigmatización social y desconocimiento en torno al Parkinson, lo que podría generar barreras para la integración plena del grupo en otros espacios comunitarios.
- Condiciones climáticas extremas o factores sanitarios que podrían interferir con la realización de actividades presenciales, especialmente al aire libre.

6.4. Ajustes necesarios y aprendizajes de la propuesta de solución

La validación participativa y el análisis FODA permitieron identificar una serie de ajustes necesarios para optimizar la propuesta de solución y asegurar su pertinencia, viabilidad y sostenibilidad. Asimismo, el proceso brindó valiosos aprendizajes que enriquecen tanto el diseño como la implementación futura del proyecto.

6.4.1 Ajustes necesarios

6.4.1.1 Flexibilización de los horarios y modalidades de participación: Se evidenció la necesidad de adaptar los horarios de las actividades a las rutinas de los usuarios, considerando las fluctuaciones en su estado de salud. Se incorporará una modalidad híbrida (presencial y remota) para asegurar mayor continuidad.

6.4.1.2 Apoyo en el traslado y accesibilidad: Algunos participantes manifestaron dificultades para acceder de forma autónoma a los espacios donde se realizarán las sesiones y/o actividades. Como respuesta, se explorarán convenios con transporte municipal o voluntariado comunitario que facilite el traslado seguro.

6.4.1.3 Inclusión de estrategias de educación intergeneracional y comunitaria: A partir del interés expresado por algunos usuarios y profesionales, se fortalecerá el componente educativo del proyecto, incorporando instancias de sensibilización dirigidas a la comunidad y encuentros intergeneracionales que fomenten la integración social.

6.4.1.4 Mayor protagonismo de los usuarios en la planificación: Se ajustará la metodología de trabajo para promover una mayor autogestión del grupo, incorporando espacios formativos sobre liderazgo, organización comunitaria y toma de decisiones colectivas.

7 REFLEXIONES FINALES Y CONCLUSIONES

A modo de conclusión se puede señalar que la combinación de metodologías cualitativas y participativas utilizadas en el presente diagnóstico no solo aportó rigurosidad en este proceso, sino que también facilitó una comprensión profunda y situada de la problemática abordada, desde una perspectiva biopsicosocial. Este enfoque integral, permitió visibilizar las experiencias, necesidades y aspiraciones de las personas con enfermedad de Parkinson de la comuna de Padre Las Casas, favoreciendo el diseño de una propuesta coherente con sus necesidades, realidades territoriales y sociales.

Uno, de los principales hallazgos del proceso fue la relevancia del trabajo en grupo como estrategia comunitaria, terapéutica y emancipadora. La conformación de un espacio grupal no solo generó contención emocional entre los participantes, sino que también promovió el desarrollo de vínculos, el fortalecimiento de redes de apoyo mutuo y la reconstrucción de la identidad social afectada por la condición de salud. El grupo, se transformó en un espacio seguro para compartir vivencias, resignificar la enfermedad y proyectar nuevas formas de participación en la vida comunitaria. En este sentido, la dinámica grupal funcionó como un dispositivo social que favoreció el aprendizaje colectivo, la validación entre pares y el empoderamiento individual y colectivo (Berger & Luckmann, 2001; AOTA, 2020).

Asimismo, la participación activa de los usuarios desde el diagnóstico hasta la validación de la propuesta resultó clave para asegurar la pertinencia, legitimidad y sostenibilidad del proyecto. Tal como plantea Arnstein (1969), la participación genuina implica transferir poder de decisión a las comunidades, aumentando la apropiación y eficacia de las intervenciones. Este enfoque está en sintonía con las directrices de la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), que promueven la corresponsabilidad y el protagonismo de las personas con discapacidad en los procesos que afectan su vida (OMS, 2010).

La articulación intersectorial, por su parte, emergió como un componente esencial para la continuidad y proyección de la propuesta, al facilitar la complementariedad de saberes, recursos y acciones entre actores del ámbito de la salud, la educación, las organizaciones

sociales y la comunidad. Desde una perspectiva ecológica, como la planteada por Bronfenbrenner (1979), el abordaje de problemáticas complejas requiere de respuestas integradas que actúen en distintos niveles del entorno.

Otro aprendizaje relevante fue el reconocimiento de la diversidad como un recurso para la inclusión. Las diferencias entre los participantes en edad, intereses, nivel de autonomía y socioeconómico no constituyeron obstáculos, sino más bien oportunidades para desarrollar propuestas flexibles, creativas y culturalmente pertinentes. Esto se alinea con los principios del Diseño Universal y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), que promueven entornos y servicios accesibles para todas las personas, sin importar sus características.

En esta línea, también se evidenció la urgencia de visibilizar la Enfermedad Parkinson en la comunidad, ya que el desconocimiento social sobre esta enfermedad fue identificado como una barrera significativa para la participación e inclusión. La invisibilidad no solo limita el acceso a redes de apoyo y servicios, sino que también reproduce estigmas y exclusiones. Desde el modelo social de la discapacidad, se entiende que no es la condición médica la que genera discapacidad, sino las barreras actitudinales, físicas y sociales impuestas por el entorno (Oliver, 1996).

Estos aprendizajes, permiten reafirmar la pertinencia, viabilidad e impacto de la propuesta diseñada, en tanto responde a factores de riesgo sociosanitarios y territoriales, promoviendo condiciones para la equidad en el acceso a oportunidades, servicios y ejercicio pleno de derechos ciudadanos. Además, sientan una base sólida para futuras intervenciones en salud comunitaria orientadas a personas con enfermedades neurodegenerativas, con enfoque interseccional, de derechos humanos y centrado en la participación activa de los sujetos involucrados.

Finalmente, la participación de la Universidad Autónoma fue significativa al fortalecer la vinculación con el medio y generar un espacio de confluencia entre saberes académicos y comunitarios. Esta alianza estratégica constituye una plataforma valiosa para el desarrollo de proyectos colaborativos que contribuyan al bienestar, la inclusión y la justicia social en contextos locales y regionales.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Occupational Therapy Association. (2020). *Occupational therapy practice framework: Domain and process* (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 74(Suppl. 2), 1–96. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
2. Armstrong, M. J., & Okun, M. S. (2020). Diagnosis and treatment of Parkinson disease: A review. *JAMA*, 323(6), 548–560. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.22360>
3. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (s.f.). *Ley N° 20.422: Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010890>
4. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (s.f.). *Ley N° 20.584: Sobre derechos y deberes de las personas en salud*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
5. Convención Constitucional. (2022). *Propuesta de nueva Constitución política de la República de Chile*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1177199>
6. De Jong Gierveld, J., & Dykstra, P. A. (2008). Virtue is its own reward? Support networks, social participation, and well-being in later life. *Ageing & Society*, 28(2), 271–287. <https://doi.org/10.1017/S0144686X07006629>
7. Dodge, R., Daly, A. P., Huyton, J., & Sanders, L. D. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222–235. <https://doi.org/10.5502/ijw.v2i3.4>
8. Jankovic, J. (2024). Enfermedad de Parkinson. *Clínicas Neurológicas*, 43(2), xiii–xv. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2024.12.001>
9. Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141–2149. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21044812/>
10. Ministerio de Planificación. (2010). *Ley N° 20.422: Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010903>

11. Ministerio de Salud. (2012). *Ley N° 20.584: Sobre derechos y deberes de las personas en salud*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
12. Ministerio de Salud. (2021). *Estrategia Nacional de Salud para Personas Mayores 2021-2030*. Ministerio de Salud de Chile. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Nacional-de-Salud-Integral-para-Personas-Mayores_v2.pdf
13. Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
14. Organización de las Naciones Unidas. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>
15. Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. <https://www.who.int/publications/i/item/9241545445>
16. Organización Mundial de la Salud. (2023). *Global report on ageism*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>
17. Organización Panamericana de la Salud. (2023). *La respuesta a las enfermedades neurodegenerativas en América Latina y el Caribe*. <https://www.paho.org/es/documentos/respuesta-enfermedades-neurodegenerativas-america-latina-caribe>
18. Servicio Nacional de la Discapacidad. (2024). *Informe Anual de Discapacidad e Inclusión Social 2024*. <https://www.senadis.gob.cl/>
19. Soto, R., & Cea, J. (2018). De la discapacidad como objeto médico a la discapacidad como derecho humano: Avances y desafíos. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 18(2), 12–25.
20. Soto, R., & Cea, J. (2018). La discapacidad en Chile: Del modelo médico al modelo social. *Revista Chilena de Salud Pública*, 22(1), 45–58. <https://revistas.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/51369>
21. Superintendencia de Salud. (2024). *Evaluación de la Red de Servicios de Salud Integrados en Chile*. <https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-propertyvalue-9498.html>

22. Superintendencia de Salud. (s.f.). *Ley de derechos y deberes de las personas en salud*. <https://www.supersalud.gob.cl/tax-materias-prestadores/ley-de-derechos-y-deberes-4185/>
23. Unión de Salud Mental. (2023). *Cuaderno de Extensión Jurídica N° 25: Derechos y Deberes de los Pacientes*. <https://www.uandes.cl/wp-content/uploads/2019/03/Cuaderno-de-Extension-Juridica-N%C2%B0-25-Derechos-y-Deberes-de-los-Pacientes.pdf>
24. Universidad Central de Chile. (2024). *Revista Contexto UCEN*. <https://www.revistacontextoucen.cl/index.php/contexto/article/view/contexto/2>
25. Ministerio de Planificación. (2010). *Ley N° 20.422: Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010903>
26. Ministerio de Salud. (2012). *Ley N° 20.584: Sobre derechos y deberes de las personas en salud*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
27. Ministerio de Salud. (2021). *Estrategia Nacional de Salud para Personas Mayores 2021–2030*. Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/estrategia-nacional-de-salud-para-personas-mayores-2021-2030/>

9 ANEXOS

Imagen 1: agrupación de Parkinson nueva esperanza



Imagen 2: directiva agrupación de Parkinson nueva esperanza



Imagen 3: Lista de llamados telefónicos a participantes diagnóstico participativo



Imagen 4: presentación diagnóstico participativo



Imagen 7: Análisis FODA

ANÁLISIS FODA – AGRUPACIÓN DE PERSONAS CON PARKINSON	
FORTALEZAS (F) <ul style="list-style-type: none">- Existencia de interés y motivación de los usuarios para organizar actividades.- Apoyo entre pares y deseo de formar una agrupación estable- Iniciativas previas como conveniencias, talleres de manualidades y salidas recreativas- Usuarios activos en su proceso de rehabilitación y participación social	OPORTUNIDADES (O) <ul style="list-style-type: none">- Posibilidad de gestionar financiamiento a través de fondos o privado- Apoyo potencial de instituciones locales como CESFAM, municipalidad, y organizaciones comunitarias.- Red de contactos para coordinación de talleres y actividades con profesionales- Sensibilización de las comunidades disponibles
DEBILIDADES (D) <ul style="list-style-type: none">- Falta de accesibilidad en CCR para realizar actividades grupales- Dificultades para cumplir horarios establecidos- Limitada gestión y organización formal de actividades	AMENAZAS (A) <ul style="list-style-type: none">- Desinterés institucional o baja prioridad en la agenda pública- Falta de financiamiento estable o sostenido- Riesgo de desmotivación por falta de resultados concretos a corto plazo

Imagen 8: Sede social donde se realiza las actividades y reuniones de la agrupación



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: Diagnóstico Participativo sobre de Personas con Enfermedad de Parkinson del CCR de la comuna de Padre Las Casas.

Investigador: Eduardo Gutiérrez Aguilar

Programa: Magíster en Inclusión de Personas con Discapacidad, Universidad de Viña del Mar.

1. Objetivo del Estudio

Este estudio tiene como objetivo conocer las necesidades y desafíos que enfrentan las personas con enfermedad de Parkinson en Padre Las Casas para mejorar la atención y los servicios.

2. Procedimiento

Su participación incluye completar una encuesta o participar en una charla grupal. Todo se hará de manera respetuosa y en un ambiente cómodo. Señalar que las entrevistas pueden ser grabadas y se tomara registro fotográfico.

3. Voluntariedad

Su participación es **voluntaria**. Puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su atención.

4. Confidencialidad

Toda la información será confidencial y se usará solo para este estudio.



Firma del Participante

Eduardo Gutiérrez
Terapeuta Ocupacional

Firma del Investigador

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: Diagnóstico Participativo sobre de Personas con Enfermedad de Parkinson del CCR de la comuna de Padre Las Casas.

Investigador: Eduardo Gutiérrez Aguilar

Programa: Magíster en Inclusión de Personas con Discapacidad, Universidad de Viña del Mar.

1. Objetivo del Estudio

Este estudio tiene como objetivo conocer las necesidades y desafíos que enfrentan las personas con enfermedad de Parkinson en Padre Las Casas para mejorar la atención y los servicios.

2. Procedimiento

Su participación incluye completar una encuesta o participar en una charla grupal. Todo se hará de manera respetuosa y en un ambiente cómodo. Señalar que las entrevistas pueden ser grabadas y se tomara registro fotográfico.

3. Voluntariedad

Su participación es **voluntaria**. Puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su atención.

4. Confidencialidad

Toda la información será confidencial y se usará solo para este estudio.



EQUIPO DE REHABILITACION

Firma del Participante

Firma del Investigador