

**LA INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD: UN
ANÁLISIS DESDE LA FUNDACIÓN PARA LIMITACIONES MÚLTIPLES (FULIM)**

**CAROLINA ALZATE RAMÍREZ
LAURA SOFÍA GONZÁLEZ HENAO**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE HUMANIDADES
PROGRAMA ACADÉMICO DE TRABAJO SOCIAL
SANTIAGO DE CALI
2018**

**LA INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD: UN
ANÁLISIS DESDE LA FUNDACIÓN PARA LIMITACIONES MÚLTIPLES (FULIM)**

**CAROLINA ALZATE RAMÍREZ
LAURA SOFÍA GONZÁLEZ HENAO**

Trabajo de grado para optar al título de trabajadoras sociales

Director de trabajo de grado:

Alberto Carvajal

Sociólogo

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE HUMANIDADES
PROGRAMA ACADÉMICO DE TRABAJO SOCIAL
SANTIAGO DE CALI
2018**

DEDICATORIA.

A la persona más importante en mi vida, mi madre, Fabiola Inés Henao Quiceno, ella con su incansable apoyo me ha impulsado a ser cada vez mejor, sin importar las circunstancias, con su valentía y fortaleza me ha demostrado que aun cuando se presentan obstáculos es necesario levantarse y continuar, con la certeza de que las cosas pueden mejorar, transformarse.

A mi padre, Julio César González Mina, un hombre ejemplar que me enseñó que todo es posible cuando el esfuerzo y las ganas de superarse a sí mismo van de la mano.

A mis hermanos, Julio César González Henao y Lina Marcela González Henao, que me han acompañado en todo el camino de mi formación, a través del ejemplo me han influenciado positivamente y demostrado que se puede ser un profesional íntegro y con conciencia.

A mi querida amiga Carolina Álzate Ramírez, quien en los momentos más difíciles estuvo presente, durante estos cinco años se convirtió en una fuente de apoyo y en una verdadera amiga. Sin duda, sin ella mi vida universitaria no habría sido la misma, con su gran optimismo y alegría siempre tuvo una palabra de aliento, a ella mis mejores deseos, tengo la seguridad de que será una excelente profesional.

¡Gracias totales!

DEDICATORIA.

A mis padres por su apoyo incondicional, amor, comprensión, sus sacrificios. Gracias a ustedes, estoy en este momento de mi vida, culminando mi carrera de pregrado y proyectándome a nuevos retos, los cuales espero que la vida nos permita seguir compartiendo. Mis logros se los debo a ustedes. ¡Los amo mucho!

A ti mi amor, por ser mi soporte, por brindarme tu apoyo en todo momento, por las traspasadas, por motivarme cuando estaba en los momentos más difíciles, y hacer todo lo posible para que yo esté bien. Te amo demasiado.

Mi amiga Laura Sofía González, que desde el primer día nos proyectamos culminar juntas este lindo proceso. Te agradezco por absolutamente todo, estuviste en las buenas y en las malas, te convertiste en una hermana y espero que la vida nos permita disfrutar muchos momentos juntas. Te deseo lo mejor en tu vida.

AGRADECIMIENTOS.

A la fundación FULIM, por abrirnos las puertas para poder realizar nuestra investigación, a las profesionales que hacen parte del equipo interdisciplinario, por brindarnos su tiempo, amabilidad y respeto hacía nosotras.

A nuestro director de trabajo de grado, Alberto Carvajal, por su dedicación y conocimiento, el cual nos permitió avanzar en el desarrollo de esta propuesta.

A la Escuela de Trabajo Social de la Universidad del Valle, a los profesores, que, a lo largo de nuestra trayectoria académica, nos brindaron sus distintos saberes y experiencias lo que hizo posible que contáramos con unas bases sólidas para llevar a cabo este estudio.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
1 ANTECEDENTES	3
2 JUSTIFICACIÓN	9
2.1 Formulación de la pregunta.	10
3 OBJETIVOS	11
3.1 Objetivo general	11
3.2 Objetivos específicos	11
4 MARCO CONTEXTUAL	12
5 MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO CONCEPTUAL	20
5.1 Construccinismo social	20
5.2 Intervención social	21
5.3 Supuestos teóricos conceptuales en la intervención con personas con discapacidad	22
5.4 Elementos metodológicos de la intervención social del equipo interdisciplinario.	24
5.5 Alcances en el proceso de intervención social.	27
5.6 Limitaciones en el proceso de la intervención social.	28
5.7 Discapacidad	28
5.8 Discapacidad múltiple	31
5.9 Modelos de intervención frente a la discapacidad.	38
5.9.1 Modelo social	39
5.9.2 Modelo médico.	41
5.9.3 Modelo biopsicosocial.	41
5.9.4 Modelo ecológico.	41
5.9.5 Modelo de rehabilitación basado en la comunidad.	42
5.10 Intervención de las profesiones en discapacidad	42
5.11 Intervención en discapacidad desde el área de psicología	43
5.11.1 Intervención temprana desde la perspectiva psicodinámica	43
5.11.2 Intervención sensoriomotora	44
5.11.3 Intervención cognitiva en niños y niñas en edades tempranas	45

5.11.4	Intervención en niños con discapacidad intelectual	45
5.12	Intervención de terapia ocupacional en discapacidad cognitiva.	46
5.13	Intervención de trabajo social en la discapacidad.	47
6	ESTRATEGIA METODOLÓGICA	51
7	HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN	55
7.1	Supuestos teóricos conceptuales de la intervención	55
7.2	Elementos metodológicos de la intervención del equipo interdisciplinario.	68
7.3	Alcances y limitaciones de la intervención social que desarrolla el equipo interdisciplinario (FULIM)	80
8	CONCLUSIONES	95
9	BIBLIOGRAFÍA	97

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (2016), la discapacidad debe entenderse como un fenómeno complejo en el que se presenta una plena manifestación de interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive el sujeto y su entorno.

Desde una mirada social, el tema de la intervención con poblaciones con discapacidad merece diferentes puntos de vista, desde los cuales se puedan hacer diversas aproximaciones para comprender las subjetividades y experiencias del abordaje con esta población, y analizar cómo es el impacto de las instituciones prestadoras de servicios que buscan mejorar la calidad de vida de los sujetos.

En este sentido, una de las pretensiones de este estudio, es analizar la experiencia de intervención en discapacidad de la Fundación Para Limitaciones Múltiples (FULIM) desde la perspectiva del equipo interdisciplinario, siendo esta, una de las instituciones líderes en la región para la atención de personas con discapacidad. Además, se considera importante visibilizar los alcances y limitaciones en la intervención que llevan a cabo.

Para el desarrollo de este documento, se presenta en primer lugar antecedentes de investigaciones a partir de dos líneas: salud y discapacidad, e intervención social; se plantean los objetivos de este estudio, un marco contextual que tiene en cuenta una mirada del contexto nacional del tema de la discapacidad, la perspectiva local y el ámbito institucional. Posteriormente, se expone el marco de referencia teórico conceptual que incluye las concepciones de construcción social, intervención social, supuestos teóricos de la intervención y el proceso metodológico. Igualmente se plantea el desarrollo de cada uno de los objetivos

propuestos en relación con los hallazgos, articulando lo teórico con las posturas de las profesionales del equipo interdisciplinario.

Para el Trabajo Social, el conocimiento de las perspectivas teóricas y metodológicas que fundamentan la intervención son esenciales para comprenderla, darle el sentido y brindar orientación más pertinente, teniendo en cuenta la amplitud de espacios de transformación social; se considera que visibilizar y dar voz a los profesionales que ejecutan acciones sobre una población que en ocasiones permanece invisible se vuelve una tarea relevante para repensar la intervención. En este orden de ideas para este estudio se empleó una metodología cualitativa desde una perspectiva fenomenológica e incluyente.

1 ANTECEDENTES

Para efectos de este estudio, a través de la indagación realizada se destacarán dos líneas de antecedentes de investigaciones que han desarrollado el tema, una de ellas en el campo de la salud y la discapacidad como tal, y otra frente a la categoría de intervención social, destacándose los aspectos biológicos y el quehacer de los profesionales, como uno de los temas donde se evidenció mayores investigaciones en dicha búsqueda.

Una de las investigaciones que se enmarca en el área de salud: “Caracterización del trabajo que lleva a cabo el profesional de fonoaudiología con las familias de niños con discapacidad”, realizado por las estudiantes de fonoaudiología Claudia Marcela Bravo Bejarano y Luz Stella Cardona Torres; en el año 2012. Su objetivo fue caracterizar el trabajo que estaba realizando un grupo de profesionales de fonoaudiología con las familias de niños con discapacidad en algunos centros de prestación de servicios fonoaudiológicos de la ciudad de Cali. La investigación fue de tipo exploratorio y descriptivo. Los resultados obtenidos plantean que el 35% de los estudiantes de fonoaudiología no habían recibido formación en intervención con familias de niños con discapacidad, en cambio el 65% de los estudiantes, refirieron sí haberse formado en intervención con familias de niños con discapacidad, aunque ésta no fue suficiente.

Por otro lado, los estudiantes de fonoaudiología de la Universidad del Cauca, manifestaron haber recibido formación en diferentes enfoques de trabajo entre terapeutas y cuidadores de niños y niñas con discapacidad. Además se pudo analizar que los fonoaudiólogos trabajan con familias que tienen niños y niñas con discapacidad; trabajan desde un enfoque “amigable de la familia” y no un modelo que apunte a que los padres/cuidadores sean reconocidos como ayudantes del terapeuta, debido a que en este enfoque no se tiene en cuenta las expectativas de la familia y se limita a asignar tareas, dado que algunos fonoaudiólogos tienen en

cuenta a la familia para la ejecución del plan de intervención, lo contrario a otros, quienes solo se centran en el niño o la niña.

Asimismo, frente al tema de discapacidad se encuentra el estudio denominado: “Las concepciones y acciones relativas a la discapacidad” realizado por Gabriela Díaz y Claudia López (2004), en el contexto de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Dicho estudio se enfocó no sólo en la concepción de discapacidad desde aspectos individuales, sino en los factores que configuran el contexto y las formas de relación que se generan al individuo interactuar en un ambiente específico. El propósito del mismo, fue conocer las concepciones y actitudes predominantes hacia la discapacidad de los actores que convergen y construyen la interacción.

La investigación pretendía conocer las acciones realizadas en el pasado y presente, respecto a las funciones de docencia, gestión, extensión e investigación en torno a la problemática de discapacidad e identificar factores favorecedores y limitantes, relacionados con las oportunidades de integración de las personas con discapacidad en la Universidad de Mar del Plata. Este estudio fue de tipo exploratorio-descriptivo con una metodología de tipo cualitativa. Los resultados obtenidos en la investigación se basan en que la Universidad Nacional de Mar del Plata es pionera en adelantar acciones que brindan oportunidades en los procesos de integración de la persona con discapacidad, a partir de las funciones de extensión e investigación con la implementación del programa Discapacidad y Equiparación de Oportunidades, no obstante, en lo que se no ha evolucionado de igual manera es en las funciones de docencia y gestión.

Por otra parte, existe poca formación de la comunidad universitaria en su discurso oral y escrito acerca de esta problemática, ya que se evidencian imágenes, ideas, creencias y estereotipos inadecuados que limitan la equiparación de oportunidades. Debido a lo anterior, se plantearon recomendaciones como que los

docentes enfoquen sus acciones hacia una mejor calidad de información y formación de grado y de postgrado incluyendo el asunto de la discapacidad.

En el campo de la intervención con personas con discapacidad, la investigación: “Violencia y discapacidad: un modelo de intervención basado en la investigación-acción participativa” realizado por Fabricio Balcázar y Brígida Hernández (2002), describe los resultados de un programa de 20 jóvenes con lesiones permanentes en columna vertebral que han sufrido violencia por arma de fuego. El objetivo del proyecto se basó en cuatro fases, desarrollar un currículo culturalmente competente para entrenar a los mentores semejantes, implementar un programa piloto de mentores semejantes en un hospital con iguales características, evaluar la efectividad del programa piloto incluyendo información de los mentores, participantes y personal del hospital, replicar el programa en dos hospitales de rehabilitación con población similar, evaluar la efectividad del programa en los hospitales y diseminar el modelo de intervención a nivel nacional.

El proyecto se basó en el IAP (investigación acción participativa). Las conclusiones a las que se llegó con el proyecto fueron: Las personas con discapacidades figuran como una población con necesidades y fortalezas particulares, la aproximación de investigación participativa es muy apropiada para desarrollar programas de intervención diseñados a resolver las necesidades de una población particular, el IAP generó mayor compromiso de los mentores y el personal del hospital, la experiencia personal de los actores es fundamental en los procesos de intervención.

Respecto a caracterizar la intervención se encontró el estudio para optar por el título de trabajadoras sociales de Omaira Alejandra López Rivera, Nini Johana Hoyos Erazo y Karen Iveth Castro Montoya, en el año 2010, denominado “Caracterización de la intervención de Trabajo Social en el Hospital Universitario del Valle, realizado por las estudiantes de Trabajo Social”. El objetivo del proyecto

de investigación consistió en describir el proceso de intervención social en salud por parte del equipo de profesionales de Trabajo Social, teniendo en cuenta la dimensión teórica, metodológica y ética del quehacer profesional dentro del Hospital Universitario del Valle de la ciudad de Cali.

Para llevarlo a cabo esta investigación, se basaron en una perspectiva fenomenológica, que permitió que la metodología fuese exploratorio-descriptiva y con carácter diacrónico. Entre los hallazgos se encuentra que los profesionales de Trabajo Social siguen los lineamientos estipulados por la OMS; la intervención se lleva a cabo entre profesionales y población atendida; respecto a la fundamentación teórica, se basan más en la experiencia que en los conocimientos adquiridos en la carrera; en cuanto a la percepción que tienen otros profesionales sobre el quehacer de Trabajo Social, se percibe como una labor asistencialista o administrativa.

Por otra parte la investigación realizada por Ana Dilvia Tamayo, en el año 2009, para obtener el título de trabajadora social, denominada: “caracterización del modelo de intervención en rehabilitación y discapacidad usado por los profesionales de la unidad de medicina física y rehabilitación del Hospital Universitario del Valle” tuvo como objetivo caracterizar los profesionales, el modelo de rehabilitación de la unidad de medicina física y rehabilitación del Hospital Universitario del Valle, en esta, se encuentra el proceso metodológico de la intervención, las limitaciones y potencialidades. La estrategia metodológica fue de carácter cualitativa-descriptiva.

Algunos de los hallazgos fueron, que no existe una homogeneidad en el concepto de rehabilitación y discapacidad; la atención integral se da desde el apoyo individual y personal, dirigido a las personas de acuerdo a sus necesidades; otra limitación es el modelo de salud, el cual queda corto a las características

contextuales y exigencias que llevan a emprender acciones en los procesos de rehabilitación (tiempo, cantidad de acciones y presupuesto).

Por otro lado, otro antecedente hallado respecto a cómo se caracteriza la intervención, en este caso no frente a la población con discapacidad, sino habitantes en situación de calle, fue: “La intervención con personas en situación de indigencia: Un análisis crítico en cuatro Organizaciones no Gubernamentales”, realizado para optar por el título de trabajadoras sociales de la Universidad de Costa Rica, Maigualida Brenes Marcano y María Sofía Chacón Sánchez, en el año 2009. Tuvo como objetivo, analizar desde Trabajo Social algunos rasgos de la indigencia y la intervención que se realiza con esta población, considerando las características de cuatro Organizaciones no Gubernamentales en el marco de un Modelo de Desarrollo con tendencia Neoliberal. Se empleó una perspectiva teórica y metodología de tipo cualitativa-descriptiva.

Entre los resultados, está que la indigencia es una situación y no una condición; las condiciones en que trabajan las Organizaciones no Gubernamentales son limitadas respecto a la infraestructura, recursos financieros, humanos y materiales; y las formas en que intervienen las organizaciones pueden afectar el proceso de intervención con las personas que se encuentran en las organizaciones. Dicho estudio permite tener una mirada de cómo se analiza la intervención con una población específica desde lo institucional.

En cuanto a la investigación sobre la intervención en la ciudad de Cali, sobresale el texto de Paz, A, Sáenz, J, Camelo, V & Muñoz M (2010) denominado: “¿Cómo se transforma lo social? Discursos y prácticas de intervención en Cali”, el estudio describe y sintetiza los principales hallazgos y desarrollos teóricos planteados por el proyecto de investigación “La intervención social en la zona urbana de Cali. Tendencias históricas en el siglo XX y evaluación de proyectos recientes”, desarrollado por el Grupo de Intervención Social de la Facultad de Derecho y

Ciencias Sociales de la Universidad Icesi, durante el periodo comprendido entre enero de 2006 y diciembre de 2008.

Este estudio tuvo como objetivo el indagar sobre las diferentes técnicas de investigación social, que permitió una reconstrucción y contextualización de la intervención social en Cali a través de la historia y su realidad actual. Como resultado se destacan la diversidad y complementariedad, no exenta de tensiones de los agentes de intervención social que van apareciendo en el escenario. Además, se evidencia el pluralismo metodológico en el ámbito de la intervención social y lo relacionado con los presupuestos ideológicos y las agendas políticas que influyen en lo social.

Realizando un balance, se denota que ha existido desarrollo en investigaciones que retoman el análisis de la intervención misma, aunque no desde el tema de discapacidad, sirven de insumo para entender el quehacer de distintas profesionales o programas que se han implementado sobre problemáticas específicas. En cuanto a la discapacidad se debe avanzar más en repensar la intervención con dicha población. Sin embargo, se destaca el estudio desarrollado por la autora Ana Dilvia Tamayo, “Caracterización del modelo de intervención en rehabilitación y discapacidad usado por los profesionales de la unidad de medicina física y rehabilitación del Hospital Universitario del Valle”, el cual se aproxima a este estudio.

2 JUSTIFICACIÓN

En una ciudad donde el 6,4% de sus habitantes presenta una discapacidad (Concejo de Cali, 2014), se vuelve relevante entender los procesos por medio de los cuales los profesionales y las instituciones están impactando en la población a través de la intervención, siendo esta última, una de las pretensiones en este estudio, considerando la importancia que representa para Trabajo Social el conocimiento de la intervención social, se reconoce el papel que se le ha otorgado a la profesión a lo largo de su desarrollo, donde la transformación social a través de la acción ha sido fundamental.

Las personas con discapacidad, en tanto colectivo que ha sido históricamente excluido a nivel estatal, social y cultural, se convierten en objeto de atención de Políticas Públicas, a partir de la implementación de estas por medio de diferentes programas y proyectos que llevan a cabo instituciones del Estado, ONG, fundaciones, entre otras, intentan reducir las desigualdades de este grupo de población. Los y las profesionales del campo de lo social a través de su quehacer constituyen procesos para garantizar los derechos de las personas con discapacidad, surge entonces la inquietud por indagar acerca de esos procesos, las rutas metodológicas y de acción que llevan a cabo desde las instituciones, con el fin de identificar modelos, discursos y prácticas que permitan la reflexión sobre cómo se está actuando frente a la discapacidad.

Se considera que este estudio es pertinente porque en lo investigado por el equipo de trabajo existen escasas investigaciones en torno a la intervención social y la discapacidad. El presente tema de la intervención social con personas con discapacidad pretende hacer un análisis a partir de una institución que desarrolla acciones dirigidas a la población con discapacidad de la ciudad de Cali. La visibilización y reconocimiento de los procesos que van orientados al mejoramiento de la calidad vida de las personas con discapacidad, el quehacer de

los profesionales de lo social, sus opiniones y expresiones frente al tema que las involucra son de suma importancia para pensar en las rutas de acción actuales y posibles alternativas.

En la trayectoria de la formación profesional se ha evidenciado el aporte que desde Trabajo Social se puede dar para repensar la intervención social desde esta dimensión, ya que se entienden las potencialidades que se derivan del análisis del quehacer profesional. A pesar de no tener aproximaciones al tema, se considera que es una posibilidad de aprendizaje sobre los procesos de intervención que en ocasiones permanece solo en el plano de lo operativo o instrumental imposibilitando visibilizar sus alcances y limitaciones más allá de un enfoque de resultados.

2.1 Formulación de la pregunta.

¿Cuáles son las características de la intervención social dirigida a la población con discapacidad que desarrolla el equipo interdisciplinario de la Fundación Para Limitaciones Múltiples (FULIM)?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Analizar las principales características del proceso de intervención social que desarrolla el equipo interdisciplinario de la Fundación Para Limitaciones Múltiples (FULIM) que implementa acciones dirigidas a la población con discapacidad.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar los supuestos teóricos conceptuales en la intervención social con población con discapacidad que desarrolla el equipo interdisciplinario de la Fundación Para Limitaciones Múltiples (FULIM).
- Identificar elementos metodológicos de la intervención social con población con discapacidad que desarrolla el equipo interdisciplinario de la Fundación Para Limitaciones Múltiples (FULIM).
- Indagar sobre los alcances y las limitaciones de la intervención social que desarrolla el equipo interdisciplinario de la Fundación Para Limitaciones Múltiples (FULIM).

4 MARCO CONTEXTUAL

Según la OMS (2016), más de mil millones de personas en el mundo presentan alguna discapacidad, casi 200 millones de ellas se encuentran con alguna dificultad en su funcionamiento. Teniendo en cuenta las cifras, se indica que, en el futuro, la discapacidad será un tema de mayor preocupación, debido a que está aumentando su presencia; esto se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo sobre alguna discapacidad prevalece al igual que el alto índice de enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer y trastorno mental.

En el ámbito de la normatividad en Colombia, la Constitución Política de 1991 brindó una protección efectiva a las poblaciones vulnerables, y entre ellas, a las personas con discapacidad, partiendo del concepto de dignidad humana, pasando por el análisis transversal de los derechos en sus tres generaciones. Pese a ello las normas con las que se ha pretendido establecer los principios para la autonomía e igualdad de oportunidades, se consideran insuficientes en cuanto a la ejecución y verdaderas necesidades de la población. Dichas políticas públicas que buscan la integración educativa y eliminación de la discriminación por razón de discapacidad, plantearon la necesidad de dar respuestas con el propósito de acabar con la exclusión presente en algunos sectores a nivel social. La participación y gestión de los representantes de las personas con discapacidad en la Constituyente de 1991, permitió incluir los artículos 13, 47, 54 y 68 en la Constitución Política de Colombia.

Según un estudio de la Universidad de Antioquia, quince (15) departamentos poseen políticas públicas de discapacidad. No obstante, es importante mencionar que a nivel nacional se cuenta con la Ley 1145 de 2007, que estructura al Sistema Nacional de Discapacidad, e impulsa la formulación e implementación en forma coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, las

organizaciones de personas con discapacidad y la sociedad civil, con el fin de promocionar y garantizar sus derechos fundamentales, estipulados en los Derechos Humanos. No obstante, este objetivo no se cumple para cerca de 2.6 millones de colombianos que están con discapacidad según el DANE, es decir, el 6.4% de la población nacional (Discapacidad Colombia, 2016).

En Colombia, existe la ley estatutaria 1618 de 2013, la cual pretende garantizar y asegurar los derechos de las personas con discapacidad mediante la adopción de medidas de inclusión, ajustes razonables, acciones afirmativas y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad. Entre lo planteado se destaca que las empresas privadas, la familia, ONG's, gremios y la sociedad en general, están en el deber de comprometerse activamente en la inclusión laboral, educativa, social y cultural de las personas con discapacidad (Discapacidad Colombia, 2016).

A nivel local, el Concejo de Cali (2014) señala que, según cifras del gobierno municipal, de los 2.334.703 habitantes que la ciudad tiene, el 6.4% presenta alguna discapacidad, es decir, 150.061 personas presentarían algún tipo de discapacidad. De ese porcentaje, el 44% está relacionado a enfermedad general, el 14,5% por accidente, el 13,6% por alteración genética hereditaria, el 9,01% por complicaciones en el parto, el 5,44% por condiciones de salud de la madre durante el embarazo, y otras causas representan el 13,45%.

Es importante destacar que la ciudad de Cali hace parte de los municipios que cuentan con una Política Pública de Discapacidad a nivel nacional, la cual se impulsó desde la política de atención a la discapacidad para el municipio de Cali 2003-2008. En la actualidad, existe el Acuerdo 0382 de 2014 de la política pública y el plan indicativo de atención a la discapacidad en Santiago de Cali.

Dadas las anteriores cifras acerca de la problemática en la ciudad, es importante señalar el contexto en el cual se enmarcan las acciones que buscan fortalecer el acceso a derechos de las personas con discapacidad, entre otras problemáticas que hacen parte del panorama a intervenir en Cali.

En este sentido es relevante considerar el siguiente interrogante: ¿Cómo se responde a las demandas y a la satisfacción de necesidades que se expresan en los diferentes grupos poblacionales en Cali? Frente a esto la investigación realizada por Paz et.al (2010) que trata sobre “¿Cómo se transforma lo social? Discursos y prácticas de intervención en Cali”, expone cómo el problema de la integración social impacta de manera visible las prácticas de intervención en la ciudad. Así, con el objeto de atender el problema de la desintegración social, las intervenciones se inclinan por una intervención paliativa, que se concentra más en el problema y la desviación, que, en la potenciación de los saberes y capacidades de las comunidades. El panorama de la intervención social en la ciudad demuestra la construcción de un rol del otro desde la carencia y frente al cual el interventor actúa. Esto señala una relación de inequidad y subordinación entre intervenidos e interventores: uno beneficiario de servicios y, por lo tanto, vulnerable, y otro interventor (en apariencia no vulnerable).

Los datos mencionados anteriormente dan cuenta de cómo las instituciones con una base de profesionales amplia, como las fundaciones, asociaciones y centros, se convierten en los principales actores de la intervención social en la actualidad, representando más del 80% de los interventores privados en la ciudad, indicando, cada vez más la importancia de contar con bases institucionales sólidas, y con procesos de profesionalización y racionalización de la intervención social, sin perder de vista que gran parte de estas adquieren contratos con el estado, aumentando así no solo su responsabilidad como entidad privada, sino prestando sus servicios también al sector público.

Paz et.al (2010) señalan que la intervención social contemporánea pasa de ser una práctica inherente a la función del Estado, quien legitima su acción, a un escenario donde las instituciones y actores se ven abocados a la búsqueda de un espacio en el campo de la intervención sociopolítica como ejecutoras de proyectos específicos, entes determinantes para la definición de la agenda social y diseñadoras de prácticas concretas; y en el espacio político, como instituciones que buscan el cambio social o movilizan los intereses de grupos concretos, y todo ello se desarrolla desde distintos enfoques y perspectivas tan heterogéneas que dificultan un análisis global.

Siguiendo esta línea, es importante destacar que según cifras de la Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social (s.f), en Cali existen 82 instituciones que brindan apoyo a las personas con discapacidad: 21 asociaciones, 21 centros, 5 E.S.E (Empresa Social del Estado), 4 institutos y 31 fundaciones, quienes desarrollan a partir de sus distintos énfasis, acciones que pretenden el bienestar de la población desde diferentes enfoques. Entre las instituciones anteriormente mencionadas que desarrollan acciones entorno a la discapacidad, se encuentra la Fundación para Limitaciones Múltiples (FULIM), institución en la que se desarrolló el presente estudio.

FULIM, es una organización sin ánimo de lucro, creada en 1985, se encuentra ubicada en el barrio Comuneros II de la ciudad de Cali. Su atención está principalmente dirigida a la población del Distrito de Aguablanca; para el año 2015, setenta personas fueron atendidas entre edades de cinco a treinta años. En su trayectoria ha tenido como eje fundamental la difusión, promoción y defensa de los derechos humanos de las personas con discapacidad, buscando a través de la implementación y reflexión continua de prácticas de atención especializada, lograr el mejoramiento de la calidad de vida de la persona con discapacidad y su familia (Portafolio Institucional FULIM, 2015).

En el año 2017, FULIM se posicionó como la primera entidad en el Departamento del Valle del Cauca en brindar servicios integrados de atención a personas (niños, niñas, jóvenes y adultos) con alteraciones múltiples, a través de un modelo de atención que cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por: dos psicólogas, dos trabajadoras sociales¹, una profesional en desarrollo familiar, quien realiza labores del área de Trabajo Social, una terapeuta ocupacional, una fonoaudióloga y fisioterapeuta.

La Fundación surgió como respuesta a la necesidad de desarrollar programas en la ciudad de Cali, debido a que otras instituciones rechazaban a esta población, argumentando que no contaban con los elementos suficientes para su atención; debido a ello, un grupo de padres de familia y profesionales del área de rehabilitación de personas con discapacidad, realizaron diferentes actividades de recaudo para la creación de esta institución. Para ingresar a la institución, los beneficiarios deben demostrar que no cuentan con capacidad económica para costear el proceso de rehabilitación.

La misión de la Fundación, está dirigida a promover el desarrollo integral de personas con discapacidad por múltiples alteraciones en sus funciones o estructuras corporales (alteración a nivel mental cognitivo de base), a través de estrategias terapéuticas, pedagógicas y ocupacionales que buscan la inclusión a nivel familiar, comunitario y social, desde una perspectiva de derechos.

En cuanto a la visión, FULIM, se proyectaba para el año 2017 consolidarse como una institución líder en la ciudad de Cali, ser reconocida a nivel regional y nacional en la atención interdisciplinaria de niñas, niños, jóvenes y adultos en situación de discapacidad por múltiples alteraciones en sus funciones o estructuras corporales (alteración a nivel mental cognitivo de base), modelo en dicha atención, con gestión interinstitucional e intersectorial para impulsar las políticas y acciones, en

¹ Una de las trabajadoras sociales tiene el cargo de coordinadora del programa

beneficio de la atención integral de la población en situación de discapacidad (Portafolio Institucional FULIM, 2015).

Es así como la proyección de FULIM se enmarca en los siguientes servicios prestados:

- **Programa pedagógico:** brinda estímulos que propician la integración de las diferentes áreas del desarrollo de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad, con el fin de promover la adquisición de habilidades y conocimientos básicos; así como la interiorización de hábitos para un desempeño funcional en su medio. Este está dividido entre talleres:
- **Taller protegido:** se involucra a los cuidadores y padres de familia para que brinden apoyo a los niños, niñas y jóvenes de la fundación en las actividades ocupacionales que les permitirán obtener ingresos. Mientras se encuentran en FULIM, los beneficiarios, participan en actividades como la huerta casera, bisutería, elaboración de papel reciclado.
- **Estimulación para la independencia:** se encuentran niños, niñas y jóvenes quienes no controlan esfínteres o no son aceptados en otras instituciones. Van a la fundación tres veces por semana y reciben terapia ocupacional, fonoaudiología y psicología; además hacen partícipes de otros espacios grupales donde se busca potenciar las habilidades individuales y sociales.

Para alcanzar estos propósitos, el equipo interdisciplinario interviene en las áreas de:

- La Familia y las personas con discapacidad.
- Violencia intrafamiliar en las personas con discapacidad (maltrato infantil).

- Trabajo con la comunidad: “Aceptación de la Diferencia”.
- El maestro y su compromiso frente a los niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad por multidéficit.
- Salud preventiva: orientación a madres gestantes y a madres de los programas de crecimiento y desarrollo de los puestos de salud cercanos a la Fundación.
- Los niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad y la mujer cabeza de familia.
- La sexualidad de la persona en situación de discapacidad.
- Orientación a docentes en apoyo a niños, niñas y jóvenes con necesidades educativas especiales.
- Inclusión de 40 niños y niñas con deficiencias múltiples a un proceso de rehabilitación integral (atención terapéutica, pedagógica y ocupacional).
(Portafolio Institucional FULIM, 2015).

Debido al esfuerzo de la fundación por mantenerse vigente en su labor, en el año 2017 FULIM brindó su atención a alrededor de 70 niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple.

Para FULIM, el perfil de ingreso de los usuarios que acuden a sus servicios son aquellos que presentan múltiples alteraciones, alteración cognitiva de base asociada a alteraciones de tipo sensorial o motora o diversas combinaciones de estas alteraciones. La población con la que trabaja la fundación requiere apoyos

específicos y especializados para afrontar la discapacidad y avanzar hacia la inclusión.

Aliados financieros FULIM:

- ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar).
- Fundación Bolívar Davivienda.
- Secretaría Municipal de Educación.

5 MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO CONCEPTUAL

En éste capítulo, se expone aquellas teorías o enfoques teóricos que se consideran pertinentes para el análisis del problema u objeto de estudio. A partir de estas, se pretende hacer una articulación con los resultados obtenidos por medio de la estrategia metodológica planteada.

5.1 Construccinismo social

Serrano y Pons (2011), citando a Thomas Luckmann y Peter L. Berger, plantean que la realidad es una construcción social y, por tanto, el conocimiento se ubica dentro del proceso de intercambio social. Desde esta perspectiva, la explicación psicológica no reflejaría una realidad interna, sino que sería la expresión de un quehacer social, por lo que traslada la explicación de la conducta desde el interior de la mente a una explicación de la misma como un derivado de la interacción social (Serrano y Pons 2011, citando a Berger y Luckmann p.39). En el construccionismo social, la realidad aparece como una construcción humana que informa acerca de las relaciones entre los individuos y el contexto. El individuo aparece como un producto social, definido por las sedimentaciones del conocimiento que forman la huella de su biografía, ambiente y experiencia.

Los términos en los cuales se entiende el mundo, son artefactos sociales históricamente localizados de manera que, desde el construccionismo, el proceso de comprensión es el resultado de una tarea cooperativa y activa entre personas que interactúan y el grado en que esa comprensión prevalece o es sostenida a través del tiempo y está sujeto a las vicisitudes de los procesos sociales (comunicación, negociación, conflicto, etc.). Las relaciones sociales posibilitan la constitución de redes simbólicas, que se construyen de manera intersubjetiva,

creando un contexto en el que las prácticas discursivas y sus significados van más allá de la propia mente individual.

Desde esta perspectiva se permite entender la discapacidad y la intervención como resultado de una construcción humana, en otras palabras el construccionismo social implica una concepción de realidades cambiantes, a partir de la cual se puede construir y deconstruir discursos y prácticas; como en el caso de la discapacidad, el cual es concebido como una condición biológica desde una perspectiva médica, es decir que el sujeto en quien se adapta a la sociedad y no la sociedad la que busca formas de inclusión; en contraste, el construccionismo social permite una reflexión en torno al reconocimiento del otro.

5.2 Intervención social

La intervención social según Corvalán (1996), es una acción organizada (conjunto de servicios públicos y privados), de un grupo de individuos (desde ONG u OG, organizaciones de base), que hacen lectura de una situación social como inaceptable: (escándalo social). Implica por tanto una alteración en el curso de la vida cotidiana y un juicio de valor desde las disciplinas. Emerge con la aparición del escándalo social, ruido, problemática entendida como necesidad, que no se satisface por la vía del mercado y que afecta a un grupo amplio de personas.

Por otro lado, Estrada (2011) plantea la intervención social como un campo de análisis o de acción social del cual se ocupan diferentes disciplinas y profesiones. Este proceso está mediado por las posiciones que los diferentes actores sociales asumen en la búsqueda de construir sentido y resignificar la realidad social.

En este sentido se abre una discusión en cómo se considera realmente lo que es intervención social, un asunto transversal no solo en las ciencias sociales sino en diversas disciplinas de la salud, como se presenta en este estudio. La importancia

de la concepción de la intervención social se caracteriza por el establecimiento de una relación de poder, es decir entre la relación del profesional y la población atendida, bien sea una relación vertical u horizontal, teniendo en cuenta que es necesaria la participación de los sujetos para garantizar la transformación de las problemáticas.

En este sentido se puede identificar que autores como Corvalán y Estrada tienen puntos de encuentro en tanto ambos plantean que existe una problemática, que debe visibilizarse, promoviendo que los sujetos se apropien de su situación para que se pueda transformar. Es así como para esta investigación se tendrá en cuenta que la intervención social es una acción pensada y estructurada para transformar una realidad indeseable e injusta socialmente en la cual confluyen las diferentes disciplinas y profesiones en la construcción con el otro.

5.3 Supuestos teóricos conceptuales en la intervención con personas con discapacidad

La fundamentación teórica representa un elemento esencial para la comprensión del concepto de intervención, en tanto nos permite conocer el sustento teórico/conceptual, metodológico y técnico que se han construido a partir de los diferentes contextos de intervención de los profesionales.

La intervención social requiere estar respaldada por una teoría para no moverse a ciegas, inconsciente de los efectos que produce, incapaz de reconocer límites y abrir posibilidades, criticar y perfeccionarse. En este sentido, es portadora del poder de la crítica; el interés por construir teorías de la intervención, es teórico, pero no teoricista: no se trata de acumulación conceptual al margen y en contra del compromiso con las urgencias, sino de revalorar el lugar de la teoría, que

permita una intervención fundada, cada vez más eficaz (Camelo, A & Cifuentes, R, 2006).

Siguiendo los planteamientos de Camelo y Cifuentes (2006) los sistemas teóricos y conceptuales permiten contextualizar fenómenos y redes de interacción involucrados en la intervención. Se relacionan con la conceptualización de problemas, recursos, satisfactores, sujetos sociales, espacio social, interacción, que constituyen relaciones. Para identificar y definir características esenciales de cada uno, es necesario el apoyo de conocimientos producidos en las disciplinas, como materia prima para elaborar conceptos.

Por ende, es necesario tener fundamentación teórica, que respalde la intervención que se desarrolla, puesto que en algunas ocasiones, la realidad desborda lo teórico, pero no contar con un sustento, implicaría intervenir desde el sentido común, desde las creencias o desde los intereses propios; de ahí la importancia que mencionan las autoras de contar con teoría para evaluar las diferentes posibilidades y limitantes existentes en una situación problemática.

En el caso de la fundación, las profesionales cuentan con lineamientos que el ICBF les provee de cómo entender la discapacidad, discapacidad múltiple y los campos a tratar; así mismo, algunas profesionales, se basan en teorías que les permiten tener guía de cómo plantear el plan de acción y generar una reflexión a partir de ello; sin embargo cabe resaltar, que otras se basan en la experiencia para el desarrollo de sus planteamientos, siendo lo empírico la base de su accionar, lo cual puede llevar a valoraciones que van en contravía de la intervención.

5.4 Elementos metodológicos de la intervención social del equipo interdisciplinario.

Rozas (1998), define proceso metodológico como “la secuencia de tres momentos: inserción, diagnóstico y planificación, que generalmente se da en la intervención profesional, en los que convergen el nivel individual, grupal y comunitario” (p.75). Además lo entiende como un conjunto de procedimientos que ordenan, dan sentido a la intervención, construye y reconstruye el desarrollo de la práctica de manera flexible, crítica, dialéctica, y que se inicia con la inserción al campo como ubicación del contexto espacial y social.

La inserción es un primer acercamiento a la trama social, se inicia con el conocimiento del contexto particular para establecer una ubicación profesional; cabe mencionar que este proceso se va profundizando en la medida que transcurre la intervención profesional; en la inserción siempre se va abarcar el acercamiento a la institución y a los actores sociales. La inserción implica reconocer las demandas y el sentido que le dan a estas necesidades los sujetos, las demandas institucionales y el saber específico del profesional.

En cuanto al diagnóstico, Rozas (1998) expresa que es el momento en el cual se sintetiza el proceso de conocimiento de determinado contexto que se ha ido construyendo desde el momento de la inserción, teniendo como propósito ubicar el objeto de intervención. Se busca obtener explicaciones teóricas a la realidad particular. El diagnóstico facilita evaluar las condiciones complejas que se encuentran dentro del contexto, además de poder identificar desde raíz los factores problema que son el principal objetivo de la intervención.

Respecto a la planificación, Rozas (1998) plantea que no se puede entender de manera desarticulada el proceso, sino desde una perspectiva de planificación estratégica, que busca ordenar las acciones de distintos actores en función de

objetivos específicos que orientan el desarrollo del ejercicio profesional y hay una participación real de los sujetos en la elaboración y toma de decisiones.

Partiendo desde la definición sobre el proceso metodológico, es necesario resaltar que todas las formas de intervención social poseen una estructura metódica común que incluye tres aspectos principales independientemente del campo y/o el nivel de intervención que se está desarrollando, lo cual quiere decir que todas las disciplinas de intervención social se configuran metodológicamente integrando diferentes componentes o momentos de una estrategia básica y general, en la cual el primer momento, se relaciona con la investigación o estudio de la realidad; en un segundo momento con la planificación-intervención y finaliza con la evaluación. Este proceso es retroactivo, es decir, que no necesariamente se desarrolla cada fase de forma lineal. (Aguilar, 2013).

Desde los planteamientos de Aguilar y Rozas, se puede evidenciar que establecen un reconocimiento del contexto, de los sujetos y la problemática; después de ello, se generan estrategias para el plan de acción y finalmente se desarrolla la intervención de acuerdo a lo concertado.

En efecto, la fundamentación del proceso metodológico suele presentarse en fases o etapas por diversos autores, cabe aclarar que, en la práctica misma de la intervención, y en lo evidenciado de las experiencias profesionales, este no es un proceso lineal, en donde de una etapa totalmente clara se pase a otra en un avance continuo, es más bien un proceso en donde en ocasiones se tienen que hacer altos en el camino, devolverse, reflexionar, retomar, sin que por ello sea un proceso desordenado o incoherente, es precisamente de la coherencia que es necesario repensar y actuar frente a las situaciones que se presentan que pueden desbordar lo teórico implicando nuevas revisiones.

5.4 Interdisciplinariedad

Se entenderá interdisciplinariedad desde la perspectiva de Luz Mary Sánchez (2005), como un medio donde convergen especialistas de diferentes campos, quienes requieren una visión amplia y flexible; a su vez, reconocer sus propios límites, lo cual lleva a una interdependencia de los demás profesionales y poner sus conocimientos ya sea en pro de una investigación o de una población.

En esta misma línea, Sánchez (2004) propone que la particularidad de lo interdisciplinario propicia la universalidad del objeto en la singularidad de cada profesión. En esta perspectiva, el problema de una profesión pasa a ser común a otras, con las que se articula en un sentido relacional, es decir, que la particularización del problema se concreta entre cruzamiento de las complejidades de cada campo disciplinar. Además, la interrelación permite darle significado a lo particular desde las diferentes visiones de las diferentes disciplinas, permitiendo que haya una reconstrucción del objeto de intervención y se profundice en la realidad social a intervenir.

Igualmente, Sánchez (2004), plantea la importancia de la corresponsabilidad en la interdisciplinariedad asociada al grado de responsabilidad conjunto que logran los participantes respecto a la delimitación y articulación del desempeño de cada profesional, para asumir en consecuencia las funciones y actividades que le corresponden, por lo cual dicha corresponsabilidad, debe estar delimitada explícitamente.

Es así, como la interdisciplinariedad se ve transversal a todas las disciplinas que intervienen en una situación. Por ende, los profesionales en su intervención deben estar cohesionados en el conocimiento de la problemática para que a través de su experticia, ajusten acciones formuladas, promuevan estrategias para transformar

la situación; es por ello que el equipo interdisciplinario debe estar en concordancia para que no haya confusión o la intervención no se dé de la manera esperada.

Por lo tanto, la interdisciplinariedad se ve como una comprensión integral de la problemática, teniendo como punto de partida la necesidad de abordar la situación desde distintos niveles, yendo más allá de la simple repartición de tareas. La interdisciplinariedad, en este caso, en la discapacidad implicaría entonces un abordaje desde el área social, psicológico y de salud.

5.5 Alcances en el proceso de intervención social.

El concepto de alcance será utilizado para dar cuenta de la importancia o la trascendencia que ostenta determinada cuestión o persona, éxito o resultado muy satisfactorio en una cosa (WordReference, 2016). Es decir, el alcance en el contexto de la intervención social por parte de las instituciones, es el resultado del desarrollo de proyectos, programas implementados. En otras palabras, el alcance en el contexto de la intervención social de la institución a analizar, son los principales resultados de la intervención.

Finalmente para concluir este apartado, es importante señalar que el caracterizar la intervención social implica hacer una revisión de todo lo expuesto anteriormente, el proceso metodológico, los supuestos teóricos y éticos, los modelos de intervención en discapacidad. Todo esto para generar un entramado que permita la reflexión de la práctica de los profesionales y el contraste con la representación que estos tienen de la misma.

5.6 Limitaciones en el proceso de la intervención social.

Planteado desde Fantova (2007), la intervención social cuenta con limitaciones, las cuales pueden ser por efectos no deseados a lo que se tenía proyectado, es decir, no impactar a los destinatarios comportamientos o situaciones que se esperaban transformar, donde se presente un resultado contrario al fin de la intervención social o política social, que se genere una estigmatización o segregación; esto se puede generar debido a que no se focalizó de forma adecuada la intervención o no se deliberó con la población.

Así mismo Vásquez y Perona (2007), exponen que las limitaciones que se dan en la intervención, pueden ser propias e institucionales, se articulan las estrategias de intervención, “que incluyen las relaciones de los sujetos con determinaciones tales como la cultura, la familia, lo económico, lo político, condicionando simultáneamente la intervención y la articulación de las mediaciones particulares, capaces de transformar las relaciones de fuerza presentes” (p.47).

5.7 Discapacidad

Para entender a profundidad el proceso que realiza FULIM, es necesario comprender el concepto de discapacidad, según los planteamientos de la OMS y la propuesta con la CIF (Clasificación Internacional de Funcionamiento y de la Salud) (s.f) la discapacidad se entiende como *la dificultad que presenta la persona como consecuencia de una alteración que le imposibilita desarrollar plenamente actividades de la vida cotidiana*, asimismo se reconoce la incapacidad del contexto de brindar las condiciones necesarias para la participación de los sujetos que hacen parte de este.

Siguiendo los planteamientos de la OMS, la discapacidad surge en tanto una persona presenta una alteración en la condición de salud, por enfermedad o por

un traumatismo, que lleva a una deficiencia en las estructuras corporales o las funciones fisiológicas, esta puede ser temporal o requerir una atención específica y puntual o puede presentarse una deficiencia permanente cuando la condición trasciende en el tiempo, lo cual podría ocasionar el deterioro del sujeto.

Al presentarse una deficiencia, los individuos limitan la ejecución de sus actividades diarias, como se expresó anteriormente, en tanto impide su total independencia. Es importante mencionar como hay diferentes grados de discapacidad, para esto, es importante hacer una síntesis en el siguiente cuadro que expone el Portafolio Institucional de FULIM (2015), tomado de los Lineamientos de Política de Habilitación/Rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad.

Tabla 1. Grados de discapacidad. Tomado de: Portafolio Institucional FULIM (2015).

Grado de discapacidad	Capacidad para la ejecución de actividades	Posibilidad de participación en la realización de actividades
Severo	La persona no tiene o posee mínimas capacidades para ejecutar actividades de la vida diaria, lo que la hace totalmente dependiente, requiere siempre el apoyo de otras personas y apoyos técnicos.	La persona no cuenta con apoyos o facilitadores para la participación en la realización de actividades de la vida diaria.
Moderado	La persona tiene algunas capacidades para ejecutar actividades de la vida diaria, lo que la hace semiindependiente, requiere apoyo de otras personas y ayudas técnicas.	La persona cuenta algunas veces con apoyos o facilitadores para la participación en la realización de las actividades de la vida cotidiana.
Leve	La persona tiene capacidades para ejecutar la mayoría de las actividades de la vida diaria, requiere ocasionalmente apoyo de otras personas o de ayudas técnicas.	La persona cuenta con apoyos o facilitadores para la participación en la realización de las actividades de la vida diaria.

Las alteraciones de las condiciones de salud que conducen a limitar o restringir la participación de las personas son las siguientes:

- Alteraciones a nivel mental cognitivo
- Alteraciones a nivel mental psicosocial
- Alteraciones a nivel sensorial visual
- Alteraciones a nivel sensorial auditivo
- Alteraciones a nivel motor
- Alteraciones en dos o más estructuras o funciones corporales.
- Otras alteraciones.

5.8 Discapacidad múltiple

Según la Guía de Discapacidad Múltiple y Sordoceguera para personal de Educación Especial (s.f), la discapacidad múltiple se presenta cuando el individuo presenta más de dos discapacidades al mismo tiempo, puede ser discapacidad intelectual, auditiva, motora, visual, autismo, parálisis cerebral, algunos síndromes específicos, epilepsia, hidrocefalia, escoliosis y problemas de comportamiento (p.17). Es decir, compromete el orden físico, sensorial, mental, emocional o de comportamiento social, las cuales afectan significativamente el nivel de desarrollo, las posibilidades funcionales, la comunicación, la interacción social y el aprendizaje, por lo que requieren para su atención de apoyos generalizados y permanentes.

La discapacidad constituyen un grupo muy diversificado, donde los síntomas que corresponden a unas mismas dimensiones varían, dependiendo de factores como el nivel intelectual, la edad y la gravedad del cuadro. (Guía de Discapacidad Múltiple y Sordoceguera para personal de Educación Especial (s.f).

La población se suele caracterizar por:

- Retrasos generalizados, graves, en su desarrollo psicomotor.
- Capacidad cognitiva por debajo del promedio, con limitaciones en cuanto al uso funcional de las adquisiciones.
- Dificultades comunicativas verbales y no verbales.
- Alteraciones sensoriales: principalmente visuales, auditivas y táctiles.
- Conductas desadaptadas severas: estereotipias, autolesiones, agresiones.

- Alteraciones emocionales: reacciones inesperadas o anormales, excesiva dependencia afectiva.
- Hipersensibilidad o insensibilidad a estímulos físicos, sociales o emocionales del entorno.
- Dependencia absoluta en actividades de la vida diaria.
- Dificultad o incapacidad para establecer relaciones sociales.

Finalmente, es importante dar cuenta de los tipos de discapacidad, teniendo como referencia las distintas discapacidades planteadas en el documento: Lineamiento Técnico del Programa Especializado para la Atención a Niños, Niñas, Adolescentes y Mayores de 18 años con Discapacidad, con sus Derechos Inobservados, Amenazados o Vulnerados (2016). A continuación se presenta un cuadro respecto a la definición de las diferentes discapacidades, junto a los apoyos que se requieren para el manejo de dicha discapacidad; estos planteamientos fueron contruidos con base en ejercicio realizado en mesa de trabajo interinstitucional, coordinado por el Ministerio de la Protección Social (Actual Ministerio de Salud y Protección Social, 2008).

Tabla 2. Definición de los diferentes tipos de discapacidad. Tomado de: lineamiento técnico del programa especializado para la atención a niños, niñas, adolescentes y mayores de 18 años con discapacidad, con sus derechos inobservados, amenazados o vulnerados (2016)

Categoría	Definición	Apoyos requeridos
movilidad	En esta categoría se ubican las personas que presentan en forma permanente debilidad o rigidez muscular, movimientos involuntarios, alteraciones óseas o articulares, pérdida o ausencia de alguna parte de su cuerpo. Estas personas presentan diferentes grados de dificultad en el desarrollo de sus actividades cotidianas, tales como andar, desplazarse, cambiar o mantener posiciones del cuerpo, llevar, manipular o transportar objetos y mantener el equilibrio.	Para aumentar el grado de independencia física las personas con alteraciones en su movilidad requieren en algunos casos de la ayuda de otras personas, al igual que de productos de apoyo como: prótesis (piernas o brazos artificiales), prótesis, sillas de ruedas, bastones, caminadores o muletas, entre otros. De igual forma para su participación en actividades personales, educativas, formativas, deportivas, culturales y sociales; pueden requerir espacios físicos y transporte accesible.

Categoría	Definición	Apoyos requeridos
mental cognitiva	En esta categoría se ubican aquellas personas que en forma permanente presentan alteraciones en las funciones intelectuales, de conciencia, orientación, energía, impulso, atención, psicosociales, memoria y cálculo, entre otras. Su capacidad de aprendizaje y aplicación de conocimientos se ve afectada presentando diferentes grados de dificultad en el desarrollo de actividades de cuidado personal, del hogar, comunitarias, educativas, formativas, laborales y sociales, entre otras; así como para interactuar con otras personas de una manera apropiada acorde a su edad, dentro de su entorno social	Para lograr una mayor independencia funcional, estas personas requieren de apoyos especializados terapéuticos y pedagógicos, entre otros. Es necesaria la adecuación de programas educativos o formativos adaptados a sus posibilidades y necesidades, al igual que el desarrollo de estrategias que faciliten el aprendizaje de tareas y actividades de la vida diaria. Los apoyos personales son indispensables para su protección y como facilitadores en su aprendizaje y desempeño social.

Categoría	Definición	Apoyos requeridos
mental psicosocial	En esta categoría se ubican aquellas personas que presentan en forma permanente alteraciones de conciencia, orientación, energía, impulso, atención, temperamento, memoria, personalidad y psicosociales, entre otras; reflejándose en comportamientos o expresiones emocionales inadecuadas para su edad y contexto social en el que interactúan. Estas personas presentan diferentes grados de dificultad en la ejecución de sus actividades cotidianas que impliquen organizar rutinas, manejar el estrés y las emociones; interactuar y relacionarse con otras personas, al igual que en el desarrollo de actividades, de educación, trabajo, comunitarias, sociales y cívicas, entre otras.	Para lograr una mayor independencia funcional, estas personas requieren básicamente de apoyos médicos y terapéuticos especializados de acuerdo a sus necesidades. De igual forma para su protección y participación en actividades personales, educativas, formativas, deportivas, culturales, sociales, laborales y productivas, pueden requerir apoyo de otra persona.

Categoría	Definición	Apoyos requeridos
Sensorial auditiva	En esta categoría se ubican las personas que presentan en forma permanente alteraciones en las funciones auditivas como localización, tono, volumen y calidad de los sonidos. Se pueden encontrar personas sordas sin posibilidad de recibir algún sonido aun cuando éstos se amplifiquen; personas con dificultades graves o importantes para oír sonidos de sirenas, alarmas, dispositivos de advertencia; o personas que debido a una pérdida o reducción de la capacidad auditiva se les dificulta entender una conversación en tono normal, independiente que sea por uno o ambos oídos. Estas personas presentan diferentes grados de dificultad en la recepción y producción de mensajes verbales, que alteran el desarrollo de sus actividades cotidianas.	Para aumentar su grado de independencia estas personas pueden requerir de la ayuda de intérpretes, productos de apoyo como audífonos o implantes, entre otros. De igual forma para su participación requieren contextos accesibles, así como estrategias comunicativas entre las que se encuentran los mensajes de texto y las señales visuales de información, orientación y prevención de situaciones de riesgo.

Categoría	Definición	Apoyos requeridos
sensorial visual	En esta categoría se ubican aquellas personas que presentan en forma permanente alteraciones para percibir la luz, forma, tamaño, o color. Se pueden encontrar personas ciegas o que aún a pesar de usar su mejor corrección en gafas o lentes de contacto, o haberle practicado una cirugía, tienen dificultades para distinguir formas, colores, rostros, objetos en la calle, ver en la noche, ver de lejos o de cerca, independiente que sea por uno o ambos ojos. Estas personas presentan diferentes grados de dificultad en la ejecución de actividades de cuidado personal, del hogar o del trabajo, entre otras.	Para una mayor independencia y autonomía, estas personas pueden requerir productos de apoyo como: bastones, lentes o lupas, textos en braille, macrotipo (texto ampliado) o información auditiva, entre otros. Para su participación requieren contextos accesibles en los que se cuente con señales informativas, orientadoras y de prevención de situaciones de riesgo, con colores de contraste, pisos con diferentes texturas y mensajes, en braille o sonoros, entre otros.

Categoría	Definición	Apoyos requeridos
voz y habla	En esta categoría se ubican aquellas personas que presentan en forma permanente alteraciones en el tono de la voz, la vocalización, la velocidad del habla, la producción de sonidos inadecuados para el hablante en términos de su edad o desarrollo físico; al igual que las que presentan dificultades graves o importantes para articular palabra (mudez, tartamudez). En este grupo se encuentran personas que podrían presentar en el desarrollo de sus actividades cotidianas, diferentes grados de dificultad en la emisión de mensajes verbales	Para una mayor independencia estas personas requieren de apoyos terapéuticos o tecnológicos.

5.9 Modelos de intervención frente a la discapacidad.

En primer lugar, es importante reconocer que el término modelo tiene muchas acepciones, desde las cuales se le atribuyen diferentes significados, este se puede entender como “un esquema de referencia” o un cuadro mental (según Inkeles citado por Aguilar, 2013), acerca del modo en el que una realidad, que es percibida a través de un modelo, está constituida y funciona. En las ciencias sociales y empíricas, los modelos tienen una función instrumental, holística y orientadora, son las estructuras desde las cuales se observa la realidad para posteriormente actuar sobre ellas, en el caso de la intervención.

Desde Aguilar (2013), los modelos se caracterizan por ser descriptivos, se fundamentan en generalizaciones para analizar los hechos sociales. En síntesis,

podría decirse que los modelos son los que orientan los procesos metodológicos que se desarrollan en el marco de las intervenciones que realizan los profesionales en su quehacer; en cuanto a lo teórico, los modelos son las herramientas que permiten entender la realidad desde una perspectiva teórica.

El desarrollo teórico de la discapacidad ha ido avanzando en los últimos años en lo que respecta al estudio e investigación. Los análisis y reflexiones han llevado a que se postulen diferentes modelos que permiten entender conceptualmente la discapacidad. FULIM desarrolla su proceso de intervención a partir del modelo social.

Desde el modelo social, se tiene una perspectiva de las personas con discapacidad como individuos que tienen herramientas para participar activamente en la sociedad, aportando conocimientos, habilidades y enfrentándose en el derribamiento de barreras. En esta línea, los sujetos son vistos como aquellos que poseen potencialidades y la sociedad tiene una gran responsabilidad en la prestación de servicios y el desarrollo de estas, en la medida en que podría no brindar las oportunidades necesarias ni el acceso de esta población a los espacios de participación ciudadana, social y cultural (Palacios, 2008).

5.9.1 Modelo social

Expuesto por Agustina Palacios (2008), este modelo fue desarrollado por Mike Oliver; y se basa en la concepción de que la discapacidad se origina por la sociedad, más no por bases científicas ni religiosas; realiza una crítica al concepto que se tiene de discapacidad (no reconocimiento al sujeto). Considera que las personas con discapacidad aportan a la sociedad de igual manera que lo hacen las personas que no tienen alguna discapacidad; este modelo se encuentra estrechamente relacionado con los derechos humanos, que pretende potenciar el respeto por la dignidad, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión

social, basados en la vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, entre otros; además, se centra en la eliminación de las barreras con el fin de brindar una adecuada equiparación de oportunidades.

Palacios (2008), menciona que a su vez el término de discapacidad es peyorativo ya que tiene que ver con un reconocimiento social que a su vez inhabilita al sujeto; y además afirma que “los factores políticos, sociales y económicos van configurando una realidad discapacitante más allá de que se hagan o no presentes condicionamientos netamente biológicos (...) en este sentido, la discapacidad también se hereda, no como herencia biológica sino social” (p.10).

Por otro lado, uno de los presupuestos fundamentales del modelo social según los planteamientos del INADI (s.f), es que los defensores de este modelo argumentan, que no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la misma sociedad, para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social. Siguiendo con los planteamientos del INADI (s.f) desde esta perspectiva, una persona con discapacidad atraviesa una situación de desigualdad que puede modificarse a través de acciones tendientes a la remoción de barreras que impiden su total integración en la sociedad.

No obstante, es importante reconocer que existen diversos modelos para entender la discapacidad los cuales son la base para la intervención con esta población desde distintas esferas. A continuación, se describirán estos modelos, basados en Céspedes (2005):

5.9.2 Modelo médico.

La discapacidad se entiende como un comportamiento anormal en la persona, el síntoma es una alteración del organismo; se encuentra el ideal de enfermedad, generando que se exprese como un problema del individuo (rol de enfermo), ya que él es quien presenta anormalidad física, sensorial o mental. Como consecuencia de su condición, debe recibir atención primordial y rehabilitación supervisada por profesionales de la salud, así como otros servicios adicionales en hospitales psiquiátricos, centros de educación especial, talleres protegidos, entre otros.

5.9.3 Modelo biopsicosocial.

En este modelo se interrelacionan el modelo social y el médico. Se enfatiza en el individuo, quien integra elementos psicológicos y biológicos. Da importancia a la expresión y participación plena en todos los contextos ambientales, los cuales influyen de manera negativa o positiva. Entre lo negativo, la discapacidad se ve como una deficiencia en la participación social y actividades personales.

5.9.4 Modelo ecológico.

Este modelo está constituido por cuatro elementos que son, el contexto, el tiempo, el proceso y la persona. Además, el sujeto con discapacidad está influenciado por diferentes factores en su proceso de vida, los cuales son el microsistema, el mesosistema y el macrosistema. El microsistema, en el cual se refleja al individuo como persona autónoma, se tiene en cuenta sus características propias y la familia, el hogar, quienes influyen directamente en el individuo, promoviendo su socialización en el entorno. El mesosistema es la relación que se da entre la persona con discapacidad y la comunidad cercana (familia, amigos, escuela, grupos a los que pertenece); asimismo, el individuo participa activamente en la

comunidad, lo cual genera un proceso de integración y la comunidad está en la obligación de aceptarlos y trabajar en conjunto. El macrosistema incluye los factores anteriores, así como sistemas políticos, económicos, idioma, religión, los cuales configuran las costumbres, valores y normas, que influyen directamente a la persona. Este último factor tiene en cuenta las creencias y actitudes para promover la integración social, como proceso de ello, se debe resaltar el concepto de persona.

Tamayo (2009), cita a Bronfrenbrenner, quien señala que, en este modelo, existe otro factor, el cual es el exocontexto, con el que se refiere a las organizaciones e instituciones sociales, quienes brindan esas modalidades de oferta y regula los servicios sociales, como, vivienda, transporte educación, salud y recreación; es decir, quienes suplen algunas funciones que el gobierno no asume.

5.9.5 Modelo de rehabilitación basado en la comunidad.

Este modelo se desarrolló debido a los escasos recursos y falta de oportunidades en personas con discapacidad de sectores vulnerables. El modelo involucra a la familia, a la comunidad y sociedad; se da como una metodología de trabajo que permita la interrelación entre diferentes actores sociales. De igual manera, se da una mirada desde la prevención de la discapacidad y rehabilitación en atención primaria, saliendo de una perspectiva del modelo médico.

5.10 Intervención de las profesiones en discapacidad

Para llevar a cabo el análisis de la intervención, es necesario tener en cuenta las principales bases teóricas, metodológicas de cada profesión que conformarían el equipo interdisciplinario de una institución que centra su atención a personas con discapacidad. En algunos casos dichas instituciones pueden contar con algunas de estas profesiones como pueden contar con solo una profesión (por ejemplo,

Trabajo Social y Psicología o solo Trabajo Social), por tal motivo, a continuación, se enuncian las profesiones que pueden estar involucradas.

5.11 Intervención en discapacidad desde el área de psicología

Desde la psicología, se trabaja con la intervención temprana, dicho por Gómez, Viguer y Cantero (2005), es la intervención en el desarrollo del niño y su familia; así como la intervención puntual en algún área del desarrollo del niño; la intervención se realiza en contextos como hospitales, gabinetes, espacios familiares y centros de intervención temprana; se atiende a niños entre los 0 y 6 años, así como a poblaciones específicas de alto riesgo físico o biológico, con algún tipo de discapacidad, junto con la familia. Los profesionales que intervienen son terapeutas que realizan la intervención específica en algún área de desarrollo; equipos de intervención temprana que brinda sus servicios.

Como se verá a continuación, la intervención temprana se desarrolla desde diferentes escuelas psicológicas.

5.11.1 Intervención temprana desde la perspectiva psicodinámica

La intervención temprana a partir de la escuela psicodinámica, “se sitúa dentro de un enfoque o aproximación clínica de la intervención en el ámbito individual del niño y su familia” (p.37). Se estudia el contexto (sociocultural) de la familia del niño o niña, así aspectos como cognitivos, físicos y emocionales; el vínculo con el terapeuta es un vínculo afectivo emocional positivo. En esta perspectiva, se tiene en cuenta las variables prenatales y perinatales; padres, familia y variable; variables relacionadas con los primeros cuidados infantiles; variables físicas, neurológicas y psicológicas del niño; variables sensorio-motoras y cognitivas del niño; y variables de interacción social, formación e internalización de las relaciones humanas. (Intervención Temprana: Desarrollo Óptimo de 0 a 6 años, 2005, p.37).

La intervención temprana se basa en dos perspectivas:

- Perspectiva ecológico-conductual de la intervención temprana: al momento de la intervención, se debe tener en cuenta el contexto sociocultural y las interacciones individuales y familiares. Para ello, se basan en cuatro influencias del desarrollo del niño; el primero es el microsistema, el mesosistema, exosistema, y el macrosistema (tal como se mencionó en el modelo ecológico – 5.9.4). El profesor es quien potencia el desarrollo en el niño, e involucra a los padres o cuidadores en el proceso. Para la evaluación, no se tiene en cuenta el cambio individual del niño, sino el cambio y la satisfacción a nivel familiar, para medirlo, se enfocan en las necesidades familiares y los sistemas de apoyo.
- Perspectiva transaccional de la intervención temprana: el desarrollo se ve como un proceso inmerso en un sistema regulador; se tienen en cuenta los padres en este proceso, ya que son ellos los que promueven estrategias de interacción para el desarrollo de su hijo/a. El objetivo de esta perspectiva es propiciar una base teórica para el diseño de estrategias de intervención.

5.11.2 Intervención sensoriomotora

La intervención sensoriomotora, tiene como objetivo, “favorecer y armonizar el desarrollo de la persona con discapacidad”, así mismo, estos programas se implementan para niños y niñas que no tienen alguna discapacidad. Los programas realizados en la intervención sensoriomotora, son de carácter interdisciplinar, donde se incluye a la familia. Parten del enfoque funcional del desarrollo que debe ser ejecutado por diferentes profesionales ya que se logra que la estimulación sea efectiva. (Intervención Temprana: Desarrollo Óptimo de 0 a 6 años, 2005, p.103).

Los programas sensoriomotoras, se dividen en dos: el área sensorial, el cual se tiene en cuenta la vista, audición, tacto, gusto y olfato. En el área motora se tiene en cuenta “los logros de la motricidad fina o manipulativa y recogen los reflejos y sinergias característicos de las primeras etapas, exploran y estimulan la motilidad y el tono muscular” (p.104). En el área motor, se incluye la intervención perceptivo-manipulativa, el cual trata de preparar al niño para que voluntariamente coja los objetos y lo haga en coordinación con los sentidos.

5.11.3 Intervención cognitiva en niños y niñas en edades tempranas

La cognición, vista como el conocimiento, tiene en cuenta cómo se produce, qué variables lo facilitan y cuáles lo dificultan. Para realizar la intervención, primero debe conocerse cómo se ha producido el desarrollo de la cognición en la infancia. En el niño o niña se tiene en cuenta, al momento de nacer, las conductas simples de imitación, como el mover los labios, sacar la lengua, reflejos como llanto, sonrisa y gestos. Para observar el desarrollo cognitivo, se identifica por periodos de tiempo.

Las líneas de intervención en el área cognitiva, se tiene en cuenta que el niño o niña desarrolle la capacidad de representación, se potencie el uso del lenguaje para pedir y transmitir información, que el niño pueda categorizar; observe y comprenda el proceso y no solo el resultado de un problema o situación.

5.11.4 Intervención en niños con discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual se ve de tres formas, la primera como única causa basada en el funcionamiento intelectual; la segunda, por funcionamiento intelectual y competencia social, es decir, causas biológicas o psicosociales y la última basada en la interacción de varias dimensiones.

En esta discapacidad, se ven múltiples alteraciones, como trastorno en la parte motriz, cognitiva, sensorial, del lenguaje, trastorno generalizado del desarrollo, de la conducta, trastorno, emocionales, en la expresión somática y retraso evolutivo. El objetivo de esta intervención es “animar, estimular el desarrollo sensoriomotriz, emocional, social e intelectual, así como mejorar sus aptitudes y capacidades específicas para que pueda participar en la vida y en su ambiente de una forma activa y con la mayor independencia posible” (Intervención Temprana: Desarrollo Óptimo de 0 a 6 años, 2005, p.250).

Las autoras mencionan que el Grupo Temático del Programa Helios (1994.1996), señalan cuatro aspectos que se deben tener en cuenta en la Intervención Temprana de niños con discapacidad; la inclusión de los padres, discusión entre los padres y expertos, grupos de padres (compartir experiencias) y proporcionar lecturas y aprendizajes con medios nuevos.

5.12 Intervención de terapia ocupacional en discapacidad cognitiva.

Valverdi y De Diego (2015), expresan que, para intervenir en la discapacidad cognitiva desde terapia ocupacional, se emplea el marco de referencia de Claudia Allen, el cual está basado en la psicología del desarrollo, teniendo como referencia el estadio sensorio motor de Jean Piaget, ya que existe similitud entre lo que plantea Piaget y los pacientes con trastorno mental. Es así como Allen crea el Allen Cognitive Level Screen 5 (ACL-5). El objetivo es “identificar la capacidad intelectual remanente de la persona, para luego proporcionar una estrategia de intervención que permita utilizarlas como base para la adaptación a su discapacidad, posibilitando que el paciente realice las actividades más convenientes” (p.3); este método consta de un pedazo de cuero perforado en todo su entorno, el paciente tiene aguja y cordones, el cual se mide el nivel para realizar actividades; así mismo, se realiza la valoración en actividades rutinarias.

El papel del terapeuta ocupacional, consiste en que el paciente pueda comprender más sobre las relaciones entre la patología cerebral y las habilidades funcionales. “Para elaborar e instrumentar el plan de tratamiento, se deberá realizar una primera evaluación de los niveles cognitivos, luego de determinar el grado de discapacidad cognitiva del paciente, recién podrá establecerse este plan” (Valverdi & De Diego, 2015, p.8). Los autores, señalan que, en 1985, Allen define la discapacidad cognitiva como “restricción fisiológica o biomecánica de la capacidad de procesamiento de la información en el cerebro, que produce limitaciones observables y medibles en las conductas de las tareas rutinarias” (p.6).

5.13 Intervención de trabajo social en la discapacidad.

Muyor (2011), comienza por mencionar el modelo médico, para desarrollarlo, da una breve descripción histórica de la discapacidad en el tiempo; después de la Segunda Guerra Mundial, ya no se considera que la discapacidad se dé en términos religiosos, sino científicas. Las personas con discapacidad, ya no son consideradas “inútiles” siempre y cuando estén rehabilitadas o logren asimilarse a las personas no discapacitadas; para ello, cuentan con la intervención interdisciplinar para que puedan lograr esas destrezas y capacidades; el profesional, adquiere un papel paternalista, el cual limita y reconstruye las formas de vida de las personas con discapacidad.

Sin embargo, Muyor (2011) cita a Palacios (2008), quien menciona que “este modelo es criticado en cuanto a la filosofía que lo sustenta, en lo que atañe a la consideración de la persona con discapacidad como un ser dependiente, inferior, que necesita ser rehabilitado a los efectos de recuperar su dignidad (una dignidad que se da por lesionada o pérdida)”.

Respecto al modelo social, el autor, comenta que, para el surgimiento de este modelo, se tiene como antecedente el “movimiento de vida independiente”; este

movimiento nace en los años 70 del siglo pasado en Estados Unidos y después se expande a otros países. Su origen se debió a personas con discapacidad que estaban siendo excluidas por la sociedad. Muyor (2011), menciona a Palacios (2008), cuando señala los supuestos básicos del modelo social:

1) “toda vida humana, con independencia de la naturaleza o complejidad de la diversidad funcional (discapacidad) que le afecte, goza de igual valor en dignidad” (p.14). Muyor (2011) parte en que debe reconsiderarse esta idea ya que la palabra “digna” se refiere a un ser humano capaz, así que redefinir el concepto en donde se acoja a todos.

2) “toda persona, cualquiera sea la naturaleza o complejidad de su diversidad funcional, debe tener la posibilidad de tomar las decisiones que le afecten en lo que atañe a su desarrollo como sujeto moral, y por ende debe permitírsele tomar dichas decisiones”. Es decir, que todas las personas desarrollen su autonomía, sin desconocer que, para llegar a ella, necesitamos apoyo de otras.

Por otro lado, existe otro problema de definición en cuanto a que es independencia; ya que para los profesionales puede referirse en términos de autocuidado, como capacidad de bañarse, cepillarse, cocinar, comer, etc.; aunque para las personas con discapacidad, lo consideran a la capacidad de autocontrol y propia toma de decisiones, más que realizar actividades sin ayuda. El autor nombra a Palacios (2008), quien dice que la sociedad se encarga de que las personas con discapacidad no desarrollen su autonomía, puesto que la sociedad crea actitudes sociales condescendientes, la inaccesibilidad del entorno, etc.

Por los motivos anteriores, se está desarrollando un nuevo modelo llamado “Modelo de la Diversidad Funcional”, creado por el propio colectivo de las personas con diversidad funcional en el foro de Vida Independiente y Libertad. Este modelo aspira a complementar el modelo social y dar respuesta a las

discriminaciones que sufren las personas con diversidad funcional; además, es ir más allá de la capacidad, ya que no da respuesta a los nuevos retos bioéticos y ha sido precursora de otros modelos. Así mismo, se propone el término “diversidad funcional”.

Muyor (2011) citando a Romanach (2009), menciona que los principios básicos se apoyan en la dignidad humana y la diversidad; “todas las personas tienen un mismo valor moral, independientemente de sus capacidades o discapacidades, y por tanto tienen que tener garantizados los mismos derechos humanos. Por ello, el modelo plantea la necesidad de utilizar dos campos de debate dialéctico y conceptual: la bioética y el derecho, con el fin de conseguir la plena dignidad de todo el colectivo y, por extensión, de toda la sociedad” (p.16).

Por otro lado, el autor menciona a Palacios (2004), quien considera que debe tenerse en cuenta un tercer aspecto, el cual es la praxis profesional, puesto que está involucrado directamente con las personas con diversidad funcional, y son quienes pueden garantizar los derechos, ya que como dice Palacios (2004) “el simple reconocimiento de los derechos no garantiza que los derechos sean efectivos” (p.16).

En cuanto a la intervención, Muyor (2011), señala que “la construcción del concepto de discapacidad a través del modelo médico-rehabilitador repercute en la orientación de las políticas públicas y en la praxis profesional de los/as trabajadores sociales. La tendencia a los servicios institucionalizados (residencias) es un claro ejemplo de la repercusión de este discurso medicalizante y medicalizado de la diversidad funcional. Es imprescindible darse cuenta que este modelo basado en categorías médicas y clasificación de deficiencias tiene una utilidad parcial o sesgada a la hora de entender la diversidad funcional como una cuestión de derechos humanos” (p.20).

Muyor (2011), menciona que tradicionalmente Trabajo Social se ha guiado en el modelo médico de discapacidad para realizar su intervención. El trabajador social recogiendo el diagnóstico médico, realiza un diagnóstico social; llevando a la idea de que el profesional es el que tiene el poder de “curar” al otro.

El trabajador social, empieza su intervención cuando tiene contacto con el usuario, cuando se conoce su contexto. A través de esa relación, son los usuarios los que conocen su situación y al mismo tiempo conocen las soluciones más apropiadas. Del modelo médico, heredamos en condicionar toda situación social en patología o enfermedad. Además, se hace una intervención en donde los individuos sean vistos como agentes activos y potenciales; así mismo, el profesional se ve regulado por el código deontológico, el cual inscribe los compromisos y responsabilidades de los profesionales con los individuos, teniendo de referencia la libertad, justicia y equidad.

6 ESTRATEGIA METODOLÓGICA

La presente investigación se caracteriza por ser de tipo exploratorio – descriptivo y con carácter sincrónico, es decir que el estudio se enmarca en un contexto donde los antecedentes en este tema de investigación no han sido tan desarrollados como otros asuntos, por lo que se plantea que este es un acercamiento inicial para entender el gran entramado de la intervención social con personas con discapacidad en tanto se realizó una descripción de los hechos que se consideraron más relevantes.

Se pretendió analizar las principales características del proceso de intervención social que desarrolla el equipo interdisciplinario de la Fundación Para Limitaciones Múltiples (FULIM) que implementa acciones dirigidas a la población con discapacidad. Se consideró realizarlo desde el método cualitativo, ya que permitió indagar sobre las percepciones y las experiencias del equipo interdisciplinario de la institución, en aras de conocer las construcciones que tienen acerca de su quehacer profesional en el marco de la intervención que realizan con las personas con discapacidad.

Para ésta investigación, el universo poblacional fueron las profesionales que laboran en la Fundación Para Limitaciones Múltiples; en este sentido se desarrolló con el equipo interdisciplinario, esta corresponde a dos psicólogas, dos trabajadoras sociales, una profesional en desarrollo familiar quien realiza labores del área de Trabajo Social, una terapeuta ocupacional, una fonoaudióloga y fisioterapeuta; estas profesionales se requieren con el fin caracterizar la intervención social que realizan en la fundación.

Carvajal (2005) retoma a Bonilla y Rodríguez, para hacer referencia a la noción de métodos cualitativos de la investigación, el autor menciona que en éste “se estudia el contexto para lograr las descripciones más detalladas y completas posibles de

la situación, con el fin de explicar la realidad subjetiva que subyace a la acción de los miembros de la sociedad” (p.9). Según lo expuesto por el autor, este tipo de entrevista se realiza con un guion previo pero que no es una “camisa de fuerza”, dando la posibilidad de generar nuevas preguntas. De esta manera, es pertinente aplicar la entrevista semiestructurada, una técnica ofrecida por el método cualitativo que permitió desarrollar cada uno de los objetivos; A través del cuestionamiento de los supuestos teóricos, metodológicos, alcances y limitaciones de la intervención que desarrolla el equipo interdisciplinario de FULIM.

Cabe aclarar que para efectos de este estudio sólo se tuvo en cuenta la información proporcionada por las profesionales que hacen parte del equipo interdisciplinario de FULIM. Debido a que el material institucional y de los casos de cada niño, niña y adolescente son de uso institucional, y por motivos de tiempo no fue posible desarrollar entrevistas ni con los beneficiarios ni con sus familias o cuidadores. Además, las visitas realizadas a la Fundación, posibilitaron tener un panorama sobre la infraestructura y espacios con los que cuenta FULIM para brindar el servicio a los niños, niñas y jóvenes con discapacidad.

En el proceso del estudio se elaboraron categorías de análisis por cada uno de los objetivos, de dichas categorías se derivaron unas subcategorías, las cuales permitían una aproximación a los aspectos que se pretendían identificar en la investigación, y posteriormente construir las preguntas; estas últimas, se redactaron en un formato, el cual estaba estructurado previamente por fecha, hora, nombre de la entrevistadora, nombre de la entrevistada y cargo que ocupa en la institución; este elemento fue una guía al momento de las entrevistas. Para llevarla a cabo, se realizó un contacto previo con la coordinadora de programas María del Pilar Castro², a quien se le expuso la necesidad de entrevistar a las profesionales que hacen parte del equipo interdisciplinario; las entrevistas se

² antes de realizar la propuesta de trabajo de grado, la Fundación Para Limitaciones Múltiples, había accedido a que realizáramos el trabajo de grado con ellos.

hicieron de manera individual, excepto la de la psicóloga Liliana y la profesional en desarrollo familiar Martha, puesto que contaban con poco tiempo tuvo que ser simultánea. Las entrevistas se efectuaron en FULIM y fueron alrededor de ocho entrevistas las cuales fueron grabadas y posteriormente transcritas para el análisis. Igualmente se contó con un consentimiento informado que las profesionales firmaron para que se pudiera hacer uso de la información, en el cual se expusieron los objetivos de este estudio y los fines del mismo.

En los días en que se realizaron las entrevistas, al finalizar, se realizó un recorrido por la Fundación para conocer la infraestructura y los espacios como oficinas, salones, cocina, comedor, baños, área de talleres. Con el fin de observar los espacios y relacionar lo expuesto por las profesionales.

En el proceso de este estudio, una de las dificultades que se destacó fue la disponibilidad de tiempo con el cual contaban las profesionales, puesto que las entrevistas no sobrepasaban la hora y media, debido a que las profesionales trabajan medio tiempo y no podían dejar de lado sus labores por un lapsus mayor de tiempo.

Se identificó una marcada diferencia entre la entrevista realizada a dos profesionales simultáneamente y las otras entrevistas individuales, ya que una de estas se hizo con la psicóloga y la profesional en desarrollo familiar, siendo ésta última, quien llevaba poco tiempo de trabajar en la institución, por lo cual, al momento de dar información sobre la fundación, no podía brindar una información más detallada.

Respecto al procesamiento de información, al haber entrevistado a ocho profesionales, el volumen de información era amplio, por lo cual al momento del análisis presentó un desafío el articular las diferentes posturas. Además, considerando que este tema podría haberse abordado también desde otras perspectivas u otros actores, el aplicar otro tipo de técnicas para profundizar

habría sido valioso para dar mayores aportes al tema, sin embargo, como se ha reiterado, las dinámicas institucionales no lo permitieron.

Para el análisis, el obtener documentos institucionales que daban cuenta de la intervención hubiese permitido contrastar información dicha por las profesionales, así como indagar otros aspectos que se quedaron cortos para el análisis.

En cuanto a la escritura del informe final, se realizó de manera ordenada, al estructurar cada información de las profesionales con su respectivo objetivo. Al hacer este proceso, y analizar lo que se estábamos escribiendo, permitió que se fuéramos sacando las conclusiones.

7 HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se expondrán los resultados de este trabajo, presentando los supuestos teóricos conceptuales en relación con la intervención con población con discapacidad que desarrolla el equipo interdisciplinario de FULIM. Posteriormente, los elementos metodológicos de la intervención; y por último, se encuentran los alcances y limitaciones, las cuales se evidencian de acuerdo a la opinión de cada profesional entrevistada en la fundación. Estos hallazgos se articularán junto con el análisis de las autoras del presente estudio.

7.1 Supuestos teóricos conceptuales de la intervención

La fundamentación teórica representa un elemento esencial para la comprensión de la intervención, en tanto nos permite conocer el sustento teórico/conceptual, que se ha construido a partir de los diferentes contextos de intervención y espacio de reflexión de las profesionales.

En primer lugar, de acuerdo a la definición de intervención, entendida como un ejercicio reflexivo en el que los profesionales se interrelacionan con los diferentes actores de la problemática a intervenir, donde se establecen unas estrategias para la superación de una situación problema. Éste concepto se sustenta en los planteamientos de los autores Estrada y Corvalán.

Ahora bien, sobre los conceptos de intervención por parte de las profesionales, no todas lo definieron de manera clara, sin embargo, una de las trabajadoras sociales planteó:

“la intervención para mi es esa posibilidad de acercarme a otro, de sentarme con otro, como les digo, desde mis conocimientos poder transmitir algo, entrar como en un diálogo con esa familia, con esa persona para poder brindarle como ese apoyo

que requiere y aprender también de ese otro, pero intervengo para conocer y poder brindar (Sofía, trabajadora social)”.

“Para mí hay diferentes tipos de intervención cada que entro a un salón estoy haciendo intervención, intervención grupal cuando los padres de familia vienen enojadas. Cuando los chicos vienen a este espacio, hago intervención individual, entonces los abordo en la puerta vea este es su hijo tal cosa o hay que trabajar en tal y tal cosa, estoy haciendo intervención” (Maryluz, psicóloga).

Se puede decir que se tiene una noción sobre qué es intervención, sin embargo se presenta una dificultad en el momento de definirla; se considera tener en cuenta a la familia, a que se potencie la participación. Incluso de acuerdo con el discurso de varias profesionales, se interviene con los sujetos en todo momento, desde que se tiene un primer contacto y en los espacios donde se pueda interactuar con la población o sus cuidadores, que lleva a cuestionarse desde qué tipo de intervención se posicionan las profesionales. Pese a que dicen llevar un proceso ordenado y a conciencia lo cual trae interrogantes como ¿la intervención se da desde todos los espacios de intervención profesional? o ¿es un proceso ordenado y premeditado?.

De lo expuesto por las profesionales, en contraste con el concepto de intervención, se puede deducir que las profesionales solo identifican actores del contexto micro, y no reconocen actores que hacen parte del contexto macro, que inciden en la situación problema, por ende, en la intervención. Por último, es necesario que se haga una revisión del concepto que las profesionales manejan, ya que si no existe una claridad, no se refleja una coherencia en el quehacer profesional.

En lo que respecta al concepto de discapacidad que manejan las profesionales:

“es la pérdida de la capacidad para hacer una actividad de la forma habitual como la hacen “las personas normales”, y hay una deficiencia y pérdida de la capacidad para hacer las cosas de la vida diaria o algunas otras actividades, y las genera

como más el medio, está muy mediada por el medio y no tanto por la persona, porque si se hacen las adaptaciones necesarias la persona igual puede funcionar como cualquier otro” (María Cristina, terapeuta ocupacional).

“la discapacidad en las personas con situación de discapacidad (...) es más el que nosotros como sociedad hemos instaurado esas limitantes”. (Sofía, trabajadora social).

“la discapacidad existe cuando las personas lo permiten, de lo contrario todas las personas así tengan limitaciones, se pueden involucrar, se pueden hacer una inclusión social, la inclusión familiar, la inclusión educativa”. (Ana Rosa, fisioterapeuta).

“para mí, la discapacidad tiene dos fundamentos qué es uno biológico, que es la condición de base con la que naces o que adquieres, pero está la otra parte, el otro constructo que hace parte de esas barreras que me impone la sociedad que impiden que yo pueda o no participar, la limitación que me pone el otro para que yo pueda incluirme que me permite participar o no en esa actividad”. (Heydi, fonoaudióloga).

Se evidencia como los anteriores conceptos, se relacionan con la definición asociada al modelo social de la discapacidad, desde la cual, la sociedad es quien pone las barreras sociales, económicas, culturales que imposibilitan la participación de manera incluyente a las personas con discapacidad, generando desigualdades, lo que quiere lograr este modelo es eliminar esas barreras y brindar igualdad de oportunidades.

Además, la visión de la fonoaudióloga también se enlaza con lo biológico, es decir el modelo médico, donde la discapacidad de la persona se debe a una alteración en el organismo, requiriendo atención y rehabilitación. Además, se infiere que por su profesión, el cual está ubicado en el área de salud, no puede desconocer este aspecto así tenga una concepción social.

En efecto, se puede considerar que una de las fortalezas del equipo interdisciplinario es la coherencia que tienen en torno al concepto de discapacidad de acuerdo a lo estipulado por el modelo social de discapacidad, estas se ven reflejadas en la intervención que desarrollan con la población. Sin embargo, no hay que desconocer que el equipo interdisciplinario, también trabaja otras líneas de intervención en discapacidad, como lo es el modelo médico, debido a que las profesionales se basan en un diagnóstico, y de acuerdo a ello realizan los planes de acción para rehabilitar al sujeto.

En cuanto a los supuestos teóricos y conceptuales del equipo interdisciplinario de FULIM, se pudo evidenciar que -las trabajadoras sociales, la profesional en desarrollo familiar, las psicólogas, la fisioterapeuta y la fonoaudióloga -excepto la terapeuta ocupacional- hacen referencia al **modelo cognitivo-conductual**.

Es necesario entender que el modelo cognitivo conductual se desprende de una fundamentación teórica de la psicología cognitiva y la psicología conductual. Respecto al primer término, el sujeto no puede entenderse sólo como agente procesador de información, únicamente guiado o respondiente a estímulos o producto de su conocimiento inconsciente. Para la psicología cognitiva, el ser humano es totalmente dinámico, organizador de la información externa e interna, pero también generador de la misma; es un “sujeto activo, interactivo y proactivo en el contexto que cohabita.” Muñeton (s.f) cita Mazo.

En esta misma línea, la psicología conductual, surge de la teoría del aprendizaje, con exponentes como Pavlov y Watson, destacados por procedimientos del condicionamiento clásico, donde los estímulos provocan respuestas. En cambio Skinner, se concentraba en el condicionamiento operante y las consecuencias de la conducta.

Teniendo en cuenta que este modelo se centra en la conducta humana, en cómo el sujeto aprende o adquiere de los estímulos que se le asignan, el factor medioambiental influye en la adaptación de esa conducta; es el individuo quien

participa activamente en su entorno, y se realiza la interpretación de esas conductas.

Asimismo, el modelo cognitivo-conductual, hace énfasis en los procesos de aprendizaje y en la influencia de los modelos que el sujeto tiene en su propio ambiente, dando importancia a la forma en cómo se procesa la información para intentar comprender el desarrollo y el posible tratamiento de trastornos. Supone una metodología rigurosa, orientada con técnicas conductuales con la evaluación y el tratamiento de los fenómenos que determinan la cognición; con el fin de explicar cómo se establecen las conductas durante la infancia y la adolescencia.

Habría que decir también, que el modelo conductual, se centra en como la conducta humana se aprende o se adquiere, así como los factores medioambientales que pueden precipitarla o mantenerla; donde la diferencia fundamental de la conducta entre los individuos, es el aprendizaje, por lo que el contexto es vital en la adaptación de las conductas (Batle,s.f).

El modelo cognitivo-conductual, establece la discapacidad en las variables biológicas, es decir, se encuentra en el horizonte de factores fisiológicos, médicos y físicos, que pueden ser problemas en sí mismos o variables que se relacionen de manera funcional con los problemas o metas psicosociales de un paciente. Entre ellas se encuentran las enfermedades médicas, alguna limitación o discapacidad física, efectos colaterales de la medicación o una vulnerabilidad biológica ante el estrés.

Por lo tanto, cabe decir, que la discapacidad desde el modelo cognitivo-conductual, es vista desde lo biológico, es una condición que genera alteraciones a nivel conductual. Sin embargo, al contrastar la concepción del modelo social, en el cual es la sociedad es quien establece las barreras, existe una contradicción, al ser ellas quienes modifican la conducta a partir de un diagnóstico. Respecto a esto, una de las profesionales señala:

“acá trabajando desde el modelo cognitivo conductual en el cual no trabajamos sólo la conducta (...) vamos más allá de eso sí hay una modificación de conducta, pero hay una reorganización de los esquemas mentales” (Heydi, fonoaudióloga).

Se puede entrever que las profesionales de la fundación reconocen el concepto de lo cognitivo-conductual, sin embargo argumentan no posicionarse solo en lo teórico; en sus funciones implementan técnicas en las que los niños, niñas y jóvenes van adquiriendo capacidades, las cuales se refuerzan mediante el apoyo de los cuidadores, sean madres o padres, sin olvidar que en este papel de cuidadoras se destacan las mujeres, asimismo se trabaja en conjunto con las docentes en la institución, para que el aprendizaje se dé de manera progresiva y eficaz.

Se debe agregar que la aplicación del modelo cognitivo-conductual, implica que el trabajo del profesional con los beneficiarios y sus familias, proporcione orientaciones y pautas educativas, fomente el establecimiento de hábitos de organización y planificación, potencie la autonomía y favorezca la construcción de estrategias para la resolución de problemas y la toma de decisiones (Nieves, 2015);

Por consiguiente, se denota la fundamentación del modelo cognitivo conductual en la intervención del equipo interdisciplinario, ya que este propone que los tratamientos deben incluir “entrevistas a padres, entrevistas familiares o vinculares, terapia para el niño, individual o grupal, orientación a padres, trabajo con la escuela y, en algunos casos, el trabajo conjunto con psicopedagogos, pediatras y/o psiquiatras”³ (Romina Kosovsky, 2007).

Por otro lado, la fisioterapeuta menciona la **teoría del movimiento** como fundamentación para su intervención, según González, Mojica & Torres (2010),

³ la Fundación FULIM no cuenta con psiquiatras y pediatras; sin embargo, en los casos requeridos, se hace remisión a las instituciones pertinentes.

La teoría del movimiento, integra al individuo en aspectos patológicos sociales y psicológicos, se menciona al movimiento como esencial para la vida, que se encuentra en lo microscópico de la formación celular y en la inmensidad de la mente social; depende de factores externos e internos que afectan las estructuras que de manera armónica lo recrean, que puede ser cualitativo o cuantitativo, que es independiente y requiere una máxima potencia muscular para llevarse a cabo, que la capacidad del músculo incrementa el movimiento y le da calidad. (p.76)

En relación a la teoría del movimiento, la profesional se basa en los conceptos de la fuerza muscular, el desarrollo motor, los reflejos patológicos y los diferentes diagnósticos de discapacidad; señala los aspectos teóricos desde su área más no desde la intervención que realiza el equipo interdisciplinario en la institución. Destaca estas teorías puesto que ve la importancia desde su profesión como fundamentales para el desarrollo del niño, ya que la teoría del movimiento tiene que ver con la corteza cerebral al ser éste el que da la formación, el desarrollo y orientación de los movimientos voluntarios, a base de un complejo proceso de coordinación (Medina, 2012); como lo señaló la fisioterapia, se realizan actividades en el que el chico o chica progresa, como ir elevando su brazo hasta alcanzar el ángulo adecuado o sentarse de manera rígida por varios minutos.

Las trabajadoras sociales y las psicólogas reconocen el enfoque sistémico, como parte de su fundamentación para la intervención. El enfoque sistémico, hace una ruptura con tendencias anteriores que pretendían entender la complejidad del mundo natural y social, orientadas a la solución de problemas de manera elementalista, es decir, que abarcaban solo los aspectos que pudieran mostrar los síntomas del problema y se aproximaban al análisis de las partes de la realidad, mostrando resultados limitados y reduccionistas. De esta forma, el enfoque sistémico, busca centrarse en los elementos aislados de una realidad, conocer las

relaciones y la interacción con otros elementos de esa realidad y con el contexto en el cual se desenvuelve (Latorre, 1996).

Además, Luz Pava (2005), menciona que:

“El enfoque sistémico, trabaja en la diferencia en torno a objetivos comunes, interrelación de procesos individuales, familiares, socioculturales, visión holística e integradora del hombre y su contexto, cooperar en vez de competir, red como mecanismo que conecta la información mundial y la humanidad, creación de espacios para la pluralidad y el polifuncionamiento” (p.225)

De acuerdo a las implicaciones del enfoque sistémico, las profesionales del equipo interdisciplinario señalaron:

“Es fundamental el enfoque sistémico porque aquí vemos cómo convergen diferentes actores, diferentes situaciones que afectan de una u otra manera a las personas con discapacidad y que para proponer una intervención o un trabajo con ellos necesitamos tener en cuenta cada una de esas cosas que nos rodean, la familia, su contexto social, la parte socioeconómica, la parte comunitaria, la escuela, los centros de rehabilitación. Entonces tenemos que tener en cuenta todo, hasta el mismo gobierno, diferentes situaciones que afectan de una u otra manera a las personas con discapacidad y que para proponer una intervención o un trabajo con ellos necesitamos tener en cuenta cada una de esas cosas que nos rodean” (María del Pilar Castro, Coordinadora del programa)

“El enfoque sistémico tiene en cuenta diferentes contextos, o sea la familia, por eso tenemos un programa que se llama Fortalecimiento a Cuidadores entonces siempre estamos trabajando en conjunto porque no solamente es el equipo, es la familia, por lo menos ahorita estábamos con los planes caseros que es una estrategia que hacemos donde les entregamos el plan para que ellos den

continuidad el proceso en casa y hacemos un rejilla de seguimiento para evaluar si ellos están elaborando las actividades y eso facilita que haya una mayor adhesión al proceso y que se vean los resultados en el niño (...) hay que tener en cuenta las particularidades del niño, saber cuáles son las necesidades y lo que quiere la familia y la relación con su contexto más próximo” (Ana, Fisioterapeuta)

De lo anterior, se puede señalar que las profesionales del equipo interdisciplinario, consideran importante el enfoque sistémico, en tanto aborda los problemas de manera interrelacional, pues el síntoma no se ve como un problema individual. En este sentido, la situación del niño, niña y adolescente con discapacidad, afecta a los demás miembros de la familia, siendo esta una circunstancia que genera estrés; por lo que la intervención debe articular al sistema familiar.

Siguiendo lo planteado por la profesional, se refleja un acercamiento a la propuesta que hace el enfoque sistémico en la intervención con personas con discapacidad. Puesto que, según éste enfoque, se busca optimizar la calidad de vida de las personas con discapacidad cognitiva; por ende, se intervienen los entornos más próximos, como su familia, su centro educativo, y su asociación. Con el objetivo que haya una coordinación de todos estos sistemas facilitando que haya un buen funcionamiento y aportando al bienestar de ésta población.

Teniendo en cuenta que en FULIM se trabaja con los lineamientos del ICBF, es importante hacer mención sobre el concepto del enfoque sistémico de ésta entidad; es así como su referente está basado en los planteamientos de Von Bertalanffy, quien considera que un sistema es un conjunto de elementos caracterizados por sus interrelaciones o conexiones (Manual operativo del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, 2013). De lo anterior, se puede deducir que las profesionales, presentan dificultad para definir claramente a que hace referencia el enfoque sistémico, ya que hacen mención del papel práctico de éste enfoque, y se hace poco visible que tienen en cuenta otros contextos más allá del sistema familiar.

Como complemento a las orientaciones del equipo interdisciplinario; esto lleva a inferir por qué tienen en cuenta a la familia como parte del proceso del sujeto con discapacidad, el contexto socioeconómico y demás factores que se conectan con el niño, niña o adolescente; no solo centrarse en que se cumpla con la asistencia cuando se realiza determinada actividad, sino también darle importancia a las interacciones entre los miembros de la familia y los distintos contextos que intervienen con su proceso de aprendizaje o desaprendizaje.

Al considerar qué elementos conceptuales se deberían tener en cuenta al momento de trabajar con población con discapacidad, las profesionales en sus discursos, consideran que, para intervenir con población con discapacidad, se hace necesario tener en cuenta los siguientes conocimientos en torno a los diferentes diagnósticos de discapacidad, perspectivas conceptuales, aspectos normativos colombianos, lineamientos del ICBF y lineamientos en salud

“la parte de la salud, la parte legal, de hecho nosotros manejamos la parte legal porque somos operadores del ICBF, tenemos que conocer bien los lineamientos, las leyes, el código del menor de infancia y adolescencia, tenemos que tener unas bases conceptuales legales en área de salud y en cada uno de nuestros enfoques”
(Liliana, psicóloga).

Por otro lado, además de estos conocimientos, una de las trabajadoras sociales menciona que es importante contar con competencias en cuanto a técnicas operativas para la recolección de la información y la construcción del diagnóstico, como genogramas, ecomapas y valoración socio familiar.

Se refleja como la experiencia de intervenir en FULIM, permite una articulación en aspectos en el manejo de la problemática con elementos reconocidos de orden conceptual y metodológico; es así como psicología y trabajo social resaltan los elementos que les permiten realizar sus diagnósticos

En otro orden de ideas, en FULIM se hace evidente por parte de las profesionales la importancia de la fundamentación teórica para intervenir, puesto que es necesario para tener diferentes miradas de la situación, para poder analizar los contextos, tener un punto de referencia; de igual forma señalan que es necesario tener herramientas de intervención en diferentes poblaciones y contextos. La fonoaudióloga rescata el papel del fundamento teórico, el cual permite tener información de cómo intervenir en diferentes diagnósticos y contextos.

“sí yo lo tengo claro la base teórica me da la información para yo distinguir entre este caso y éste y si no la tengo probablemente les voy a poner hacer a todos lo mismo y posiblemente no les va a servir” (Heydi, fonoaudióloga).

Por otro lado, para una de las psicólogas es importante el fundamento teórico, además señala el dilema entre teoría y práctica, expresando que *“en la teoría todo es muy bonito, todo es muy perfecto y se supone que todo debería funcionar”*. Lo anterior se puede analizar, al contrastar lo que por experiencia evidencian, en la teoría se explicita, se da un proceso pero sin embargo en la realidad se desdibuja ya que es cambiante y así mismo los individuos son diferentes por lo cual no siempre se llega al resultado esperado, en algunos sujetos puede que tarde un proceso mientras que en otros no, ya sea porque la magnitud del diagnóstico o por otros actores externos que se vinculan con la falta de apoyo de los cuidadores o la escasa participación en otros espacios. En este orden de ideas se puede concluir que, si bien en el discurso de las profesionales se da importancia a lo teórico, en la práctica parece que no se implementan con rigurosidad.

La coordinadora técnica María del Pilar, ve la importancia de tener un fundamento teórico para realizar la intervención, ya que considera que les permite tener claro el horizonte, adquirir el conocimiento y como ella dice *“no patinar en la intervención con la familia, estar súper supremamente claros y seguros de lo que hacemos”*.

Ya que es clara la importancia que tiene para el equipo interdisciplinario el fundamento teórico para intervenir, desde la formación universitaria no todas adquiriendo los elementos teóricos para intervenir con población con discapacidad, incluso es relevante destacar que ninguna de las profesionales que hacen parte del equipo tienen una educación posgradual en el campo de la discapacidad y menos de la mitad de las profesionales han tenido experiencias previas con esta población en otras instituciones, pese a ello expresan que el ámbito laboral es el espacio por excelencia donde se adquieren las herramientas, los elementos necesarios para intervenir con este tipo de poblaciones, y además estar informándose y actualizándose sobre temas que tienen que ver con discapacidad.

La fonoaudióloga reconoce que la universidad brinda unas bases importantes, pero no suficientes por lo cual se debe participar activamente en esos temas. *“la actualización hace parte de ser profesional si tú te gradúas y pasan diez o veinte años pues sí eres un profesional, pero ¿cuál? ¿qué tipo de profesional?”*.

La psicóloga Maryluz, señala que los conocimientos adquiridos en la universidad son muy básicos frente a lo que se ve reflejado en la realidad práctica, sin embargo, destaca la importancia de la actitud del profesional y el interés por seguir informándose sobre los temas que tienen que ver con su área.

Por su lado, una de las trabajadoras sociales expresa que los elementos que le brindó la universidad fueron muy escasos y no han sido lo bastante amplios como para desempeñarse para trabajar en algún campo, sin embargo, nuevamente alude a la experiencia laboral como fuente de aprendizaje para intervenir en diferentes áreas.

En la misma línea se encuentra otra de las psicólogas quien piensa que en la universidad se aprenden las bases, pero no se aprenden los temas con mayor profundidad *“la universidad es como para un título, para tener un título, pero usted*

el trabajo que consiga en la vida la universidad le van a decir haga esto haga lo otro, uno aprende es dentro del trabajo, en la universidad no le enseñan nada”.

Finalmente, al preguntar si tienen conocimiento de cómo se aborda discapacidad en FULIM y si ese modelo de intervención está acorde con la postura de cada una; algunas coinciden en que se hace énfasis en las capacidades de los niños, niñas y adolescentes, se tiene en cuenta a la familia, su contexto, eliminar las barreras de participación. Así mismo, todas están de acuerdo en cómo la fundación maneja el tema de la discapacidad ya sea porque está actualizada en cuanto a los temas de ciudad, porque siempre ha trabajado con el modelo cognitivo conductual o porque *“uno se tiene que adaptar a lo de la institución, ósea se adapta o se va” (Martha, profesional en desarrollo familiar)*. Con estas respuestas se puede decir que el equipo está íntimamente ligado con el modelo de intervención de FULIM, debido al tiempo que llevan trabajando en la institución se han empapado del tema y sobre todo que sus líneas de acción se guían a lo estipulado por los lineamientos que se rigen, como el modelo cognitivo-conductual, lo concertado por el ICBF y la Secretaría de Educación.

7.2 Elementos metodológicos de la intervención del equipo interdisciplinario.

Es importante tener en cuenta que lo metodológico abarca herramientas para llevar a cabo una adecuada intervención, en la que se tengan en cuenta los diferentes aspectos de los sujetos a intervenir. Además, estos elementos posibilitan observar y reflexionar sobre su ejecución y los resultados como fundamento para que se opte por el mismo proceso o se modifique en su totalidad o en algunos aspectos.

Avanzando en el análisis del proceso metodológico que pretende este estudio, desde las indagaciones, se pudo evidenciar que las profesionales del equipo interdisciplinario de la fundación, expresan un claro conocimiento sobre la ruta de atención a la población con discapacidad y sus familias. Por lo tanto, se puede caracterizar el proceso metodológico en un esquema que incluye una parte diagnóstica, una de planificación e intervención y una de evaluación, como lo plantea Aguilar (2013).

Existen dos canales para que la población con discapacidad acceda a los servicios que ofrece FULIM, el primero es a través de ICBF, en el cual un defensor de esta entidad se comunica con la fundación para la remisión del caso del niño, niña o adolescente con discapacidad; y la otra forma de contacto, es cuando la familia o el cuidador o cuidadora, es quien contacta a la fundación a través de una llamada telefónica para solicitar ayuda profesional; la secretaria obtiene la información básica, como nombre, teléfono y dirección. Además, ella es quien le solicita a la familia o al cuidador la historia clínica y les agenda una cita con la trabajadora social o la profesional de desarrollo familiar⁴, la cual es la primera profesional en tener un acercamiento formal con la familia o el cuidador; esta profesional es quien realiza un diagnóstico sociofamiliar y una entrevista en la que se abordan tres

⁴ En FULIM existen dos equipos psicosociales que hacen parte del equipo interdisciplinario. Cada equipo trabaja con un aproximado de treinta y cinco niños, niñas y adolescentes.

preguntas principales: ¿el niño, niña o joven controla esfínteres?, ¿el niño, niña o joven se viste solo/a? ¿el niño, niña o joven come solo/a?.

Después de realizada la entrevista, la trabajadora social evalúa si el niño, niña o adolescente cuenta con las condiciones como, tener una discapacidad cognitiva de base y discapacidad motriz; los niveles de independencia con los que cuenta para estar en la institución, ya que si poseen un nivel de independencia alta, tampoco es apto para la institución, recomendando a la familia ingresar al niño, niña o adolescente a una escuela regular; o en caso de que presente un doble diagnóstico como por ejemplo autismo y esquizofrenia o si es tratado con psicofármacos.

Posteriormente, se pasa a una evaluación con la psicóloga y la terapeuta ocupacional, llevando a cabo actividades en las cuales se evalúan las capacidades y necesidades del niño, niña o adolescente, y analizan la posibilidad de inscribirlo a un programa de la institución según sea el caso, estos programas son el pedagógico (exploradores y pinceladas), estimulación para la independencia y el taller protegido.

Cuando el niño, niña o adolescente cumple con los requisitos, pasa por un periodo de prueba en el salón asignado, donde la formadora diurna hace seguimiento y analiza si el programa en el cual se ubicó, es el adecuado. En el periodo posterior del ingreso, que son cuarenta y cinco días, cada una de las profesionales del equipo interdisciplinario deben hacer una evaluación de la situación del niño, niña o joven; y a partir de ésta información se construye el Plan de Atención Integral (PLATIN)⁵. Seguido a éste, se hace una valoración desde cada área y se finaliza con un diagnóstico conjunto, en el cual se plantean las acciones a desarrollar, los objetivos y los impactos; luego éste plan es revisado por la coordinadora técnica de programas, quien da sus apreciaciones, si el informe cumple con los criterios, es enviado al ICBF para su aprobación en un periodo de cinco días hábiles;

⁵ Formato único desarrollado por el ICBF para el proceso de atención y restablecimiento de derechos a la población objetivo. ICBF (2016)

cuando es aceptado, se empieza a ejecutar cada una de las actividades propuestas.

Sobre el seguimiento, se hace una revisión constante de los planes de acción, lo que evidencia un claro compromiso en cumplir con la totalidad de los objetivos. Asimismo, se realiza a través de la observación y registro de las actividades en las que participan el niño, niña o adolescente que permiten evidenciar los progresos o retrocesos en los beneficiarios.

“cada que entramos a usarlo (plan de acción) tenemos esta planilladora, entonces aquí yo pongo mi actividad, ejemplo Dana identifica la figura, entonces cómo lo tengo aquí escrito, eso fue lo que pasó, esta es mi evidencia de que fue lo que ella hizo, así con cada uno yo tengo la evidencia; cómo está avanzando, y qué dificultades; ese es el seguimiento que nosotros realizamos y nos facilita a nosotros poder tener claro qué necesita, qué le hace falta y qué hay que seguir fortaleciendo” (Heydi, fonoaudióloga).

En el proceso de la ejecución del plan se destaca el papel fundamental que cada una de las profesionales del equipo desarrolla, como las trabajadoras sociales y la profesional en desarrollo familiar, que tienen como función garantizar los derechos de los niños, niñas o adolescentes; específicamente realizan actividades como gestionar las citas, es decir, brindarles herramientas para acceder a los servicios de salud, estar en contacto con los defensores de ICBF, estar en constante comunicación con las formadoras y estar pendientes de que el archivo esté en orden.

En el caso del área de psicología, se encargan de hacer los tamizajes en el ingreso del niño, niña o adolescente con discapacidad, brindar orientación individual y grupal con los beneficiarios, y con las familias o cuidadores; realizar el informe inicial y el informe evolutivo del PLATIN; orientar a las formadoras en algún caso en que no se esté llevando a cabo adecuadamente el proceso con el niño, niña o adolescente y acompañamiento a las demás profesionales, cuando se

estudia un caso. Por otro lado, la psicóloga Maryluz, es quien se encarga de capacitar al personal, por ser la profesional con más antigüedad de la institución.

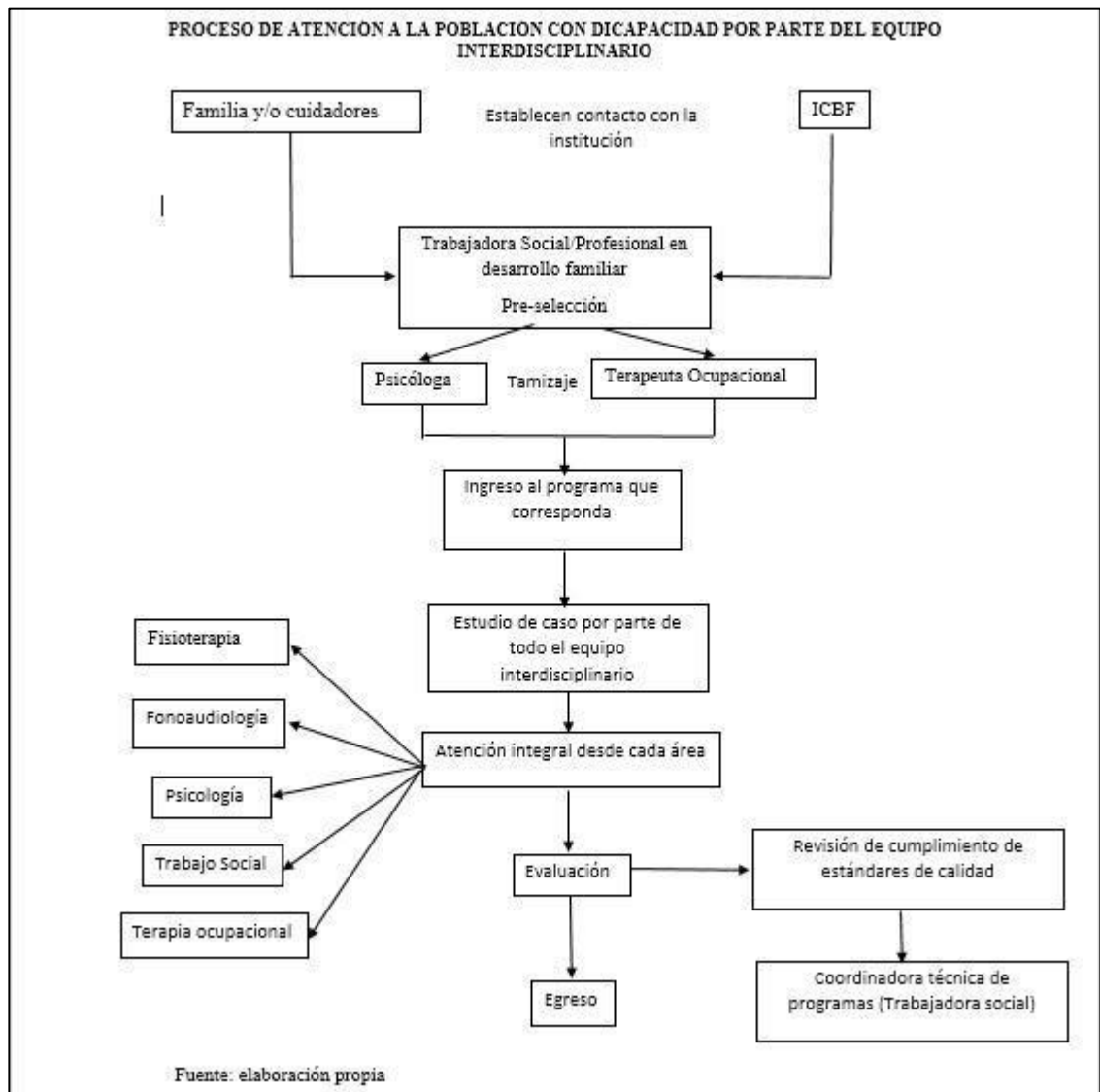
La profesional de fisioterapia, es quien asume el proceso de todo lo relacionado con el cuerpo y movimiento, es decir, buscar las técnicas adecuadas para que el niño, niña o adolescente, pueda fortalecer la parte de la independencia (ganar movilidad, funcionamiento y fuerza muscular); desde bases como la técnica de Kabat⁶, facilitaciones neuromusculares, ejercicios para favorecer todo lo que es control cefálico, control de tronco, disociación de movimiento, equilibrio y coordinación.

La función de la terapeuta ocupacional, es instruir a los beneficiarios en el desarrollo de actividades diarias como vestirse, bañarse, cepillar los dientes, comer, a través de estrategias, como juegos y representaciones con imágenes.

Como todo proceso metodológico de intervención cuenta con la evaluación, FULIM no es la excepción, cada mes se hace una evolución en la historia clínica de los usuarios desde cada área en donde se mide por objetivos, asimismo cada seis meses se lleva a cabo una jornada de revisión en la cual se hace estudio de caso donde se miden los porcentajes de cumplimiento de los objetivos planteados; se analiza cuáles fueron los factores internos y externos que afectaron el cumplimiento de los objetivos, en este sentido se evalúa si se cumplió en un 100%, en caso de que esté ubicado en un 89% o 90% se establecen acciones de mejora.

Cabe aclarar que el proceso está planteado a largo plazo; este motivo se da debido a que no todos los beneficiarios avanzan al mismo tiempo, es decir, en algunos se presentan beneficiarios que permanecen durante una temporada extensa como cinco años, que es lo permitido en la institución.

⁶ Técnica de facilitación neuromuscular, entre sus objetivos está, reforzamiento muscular aumento de la estabilidad, aumento de la amplitud articular, restablecimiento de la coordinación, reentrenamiento del equilibrio, y relajación muscular.



De acuerdo a la intervención de las distintas profesionales del equipo interdisciplinario, se ven enmarcadas en el momento del diagnóstico que tienen que ver con las estrategias de intervención, es decir la implementación de técnicas; y, por último, los espacios donde se reúnen todas para comprender la situación desde las diferentes perspectivas.

En esas rutas de atención, se definen las funciones de cada una. Se destaca así, que cada profesión cuenta con estrategias para realizar el diagnóstico y para el

tratamiento; y hay un espacio en donde se reconoce lo que cada una hace con el niño, niña y adolescente, es decir, el espacio de la interdisciplinariedad.

Una vez identificado el proceso metodológico de intervención, se plantea un análisis desde tres elementos claves, el primero sobre el papel del Trabajo Social (aclarando que este énfasis responde a una marcada diferencia entre esta profesión y las demás, porque se observó que las trabajadoras sociales cumplen con tareas diferentes a la especificidad de su profesión); el segundo sobre la participación del equipo interdisciplinario en el tamizaje y, por último, una reflexión sobre las técnicas que se emplea para la modificación de la conducta.

En cuanto al primer aspecto, se pudo evidenciar que el papel de las trabajadoras sociales y la profesional en desarrollo familiar tiene un carácter más administrativo que social, según lo señalaron las informantes, sin desconocer que dentro de sus funciones se encuentra el mantener una comunicación constante con las familias o cuidadores de los niños, niñas y discapacidad con discapacidad. Frente a esto, las profesionales señalaron:

“Es archivar, archivar todos los documentos que llegan, pues esa es una función que no me gusta (risas) pero pues me toca, o sea tengo que estar archivando (...) cuando llega algún médico, hay una base de datos, entonces uno tiene que estar llenando la base de datos, como siempre llegan, entonces la trabajadora social debe estar llenando la base de datos, el por qué, porque entonces uno le pide a la mamá, -mamá usted no me ha traído la cita odontológica- y responden que si la trajeron, y vamos a mirar, y no la ha traído”. (Martha, profesional en desarrollo familiar).

“Bueno, aquí en la fundación las trabajadoras sociales, pues afortunada y desafortunadamente (risas) las funciones aquí... molestamos con mi compañera... pues que a veces son muy de archivo”. (Soffa, trabajadora social).

En vista de lo expresado por las profesionales, es necesario traer a colación las funciones del Trabajo Social en las instituciones. A continuación se mencionara

brevemente el rol del trabajador social a partir de distintos autores; según Aguilar (2013) la práctica del Trabajo Social consiste en generar e impulsar acciones que potencien a las personas, grupos o comunidades, mediante su participación activa en sus problemas como catalizador del proceso de cambio, igualmente facilita el acceso a ámbitos de participación social, fortalece redes de apoyo, gestiona y media entre las instituciones y las personas; no obstante mediante la utilización de diversos enfoques teórico-metodológicos puede desarrollar tratamientos e intervenciones sociales de diversa índole encaminados a potenciar las capacidades de las personas a las que atiende (p.45).

Por otro lado, Sidebottom (2014), señala las funciones del trabajador social que se encuentra interviniendo en espacios con personas con discapacidad:

- favorecer la toma de conciencia y movilización de las personas, familia y entornos sociales a partir de un enfoque de derechos, a través del asesoramiento y acompañamiento oportuno según sea la necesidad y objetivos.
- contribuir a que se disminuyan los impactos de las barreras sociales que interfieren el proceso y favorecer el desarrollo de factores protectores y facilitadores.
- favorecer el autovaloramiento y autogestión de la familia en la resolución de los desafíos a afrontar.
- orientar su accionar hacia la mediación y definición de estrategias de intervención, con los diferentes, actores, sectores e instituciones.
- visibilizar la gestión de recursos y hacer efectivo el ejercicio de los derechos y responsabilidades de las personas y sus familias como ciudadano.
- confluir con la intervención del equipo hacia una mejor rehabilitación, inserción, integración e inclusión social, para una mejor calidad de vida tanto de la persona con discapacidad como su familia.

En contraste a las funciones que debería desarrollar el trabajador social según la literatura, se refleja las limitaciones en el accionar que tienen estas profesionales, ya que, analizando las funciones de las profesionales de psicología, fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología, sí existe una correlación entre su cargo y las acciones que realizan. Por el contrario, las trabajadoras sociales y la profesional en desarrollo familiar, se enfocan más en acciones operativas y de gestión, desconociendo el acervo teórico, metodológico y técnico con el que cuenta esta disciplina/profesión, que podría aportar un saber específico para potenciar el proceso metodológico de intervención.

Pese a que las trabajadoras sociales y la profesional de desarrollo familiar, señalan que entre sus funciones está el hacer orientación familiar, en lo que manifiestan, lo definen como el hacer entrevistas, informar a las familias y ser puente en la gestión en aspectos de la salud del niño, niña o joven con discapacidad; no obstante se considera que la orientación familiar es un proceso mucho más complejo, que implica un conjunto de técnicas dirigidas a prevenir y afrontar las dificultades que está atravesando los miembros de la familia en las distintas etapas del ciclo vital (Fernández, s.f). Además, tiene como fin, visibilizar lo oculto, lo místico, lo que no se cuenta, a través de técnicas, métodos, recursos y elementos que nos permitan llegar a tener un panorama más amplio de la situación de la familia (Romero & Vásquez, 2005 p.81).

De cualquier modo, es importante aclarar que el trabajador social no es el único profesional que interviene en estas problemáticas, ni es la única disciplina que enfoca sus funciones en contribuir al bienestar de los individuos y las familias, por tanto algunas de esas funciones podrían ser compartidas con otros profesionales en una intervención interdisciplinar y es en este punto donde la psicología se encuentra con el Trabajo Social, por el hecho de compartir fundamentos teóricos y metodológicos, en algunos casos se releva una profesión sobre otra. Para el caso de FULIM según lo que expresa parte del equipo interdisciplinar, la intervención

directa con los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y sus familias es función únicamente de las psicólogas.

“Pues aquí lo psicosocial inmediatamente nos une con lo que hacen las trabajadoras sociales y lo que hago yo, entonces la trabajadora social se encarga más aparte de la salud del bienestar del muchacho y todo el cuento desde lo que tiene que ver con la garantía de los derechos, y yo más desde la intervención como tal, desde el impacto que tengo con la población pues es como se trabaja en la institución, aunque sé que no es la lógica pero esa es la forma que hemos encontrado para trabajar aquí, para responder a todo lo que Bienestar pide porque aquí bailamos al son que nos toque Bienestar Familiar; el ideal sería que Trabajo Social también hiciera intervención con familias pero aquí es muy complicado, aquí más que todo se encarga de eso psicología”. (Maryluz, psicóloga).

En este orden de ideas, se puede deducir que las psicólogas tienen un papel más preponderante en la institución en lo que tiene que ver con la intervención directa con los beneficiarios y sus familias o cuidadores; pese a que las trabajadoras sociales tienen una formación profesional que incluye la orientación individual, grupal, familiar y comunitaria, no se hace un notorio reconocimiento a este saber, lo que podría responder a la percepción que históricamente se tiene de la psicología como la principal profesión que orienta a los individuos. Por esto, parece oportuno detenerse en el análisis de la finalidad del Trabajo Social, reflexionar sobre el sentido de su intervención profesional en aras de fortalecer los procesos de intervención en los cuales participa.

Una de las razones que mencionan varias de las profesionales del equipo interdisciplinar por las cuales el Trabajo Social no desarrolla las funciones anteriormente descritas, es el tiempo limitado con el que cuentan, debido a que la fundación trabaja desde la modalidad externado-media jornada de ICBF, lo que genera que en algunas ocasiones haya sobrecarga de trabajo y deban realizarlo por fuera de la institución; o que Trabajo Social no pueda intervenir directamente a

la población, puesto que tiene que estar realizando labores de seguimiento de bases de datos, registro y archivo.

*“alguien tiene que hacer la parte de lo de salud y lo de todo eso... ya que el tiempo es muy limitado aquí sólo trabajamos medio tiempo...durante el medio tiempo, mientras los muchachos están abajo al mismo tiempo hay que estar llenando toda esa carpeta para Bienestar y hacer las dos cosas al tiempo es imposible”.
(Maryluz, psicóloga).*

Otro de los factores a analizar, es la participación del equipo interdisciplinario en el tamizaje, etapa en la cual la psicóloga y la terapeuta ocupacional hacen una serie de actividades visuales y de interacción con el niño, niña o joven con discapacidad, con la finalidad de identificar las capacidades y niveles de independencia. Respecto al pre ingreso, la fonoaudióloga hace referencia de la necesidad de que participen todas las profesionales del equipo interdisciplinario para que todas tengan un conocimiento del caso y puedan dar sus valoraciones de acuerdo a su saber profesional.

“Sería bueno que, en esa parte de pre ingreso, en la parte del tamizaje pudieran estar las perspectivas de otras profesionales (del equipo) porque claro.... la psicóloga y la terapeuta ocupacional tienen clarísimo cuáles son los chicos que aplican para acá, pero nos ha pasado que llega al chico que sí necesitaba otra institución o que necesitaba otro programa entonces a veces hay que esperar un tiempo para hacer el proceso, hacer los estudios de caso y cambiarlo para devolverlo” (Heidy, fonoaudióloga).

Igualmente se considera indispensable que se fortalezca el proceso de diagnóstico que se da en el tamizaje, porque en algunas ocasiones la evaluación que se emite no es compartida por todas las profesionales puesto que en el programa que ubican al beneficiario no es acorde con sus necesidades y posibilidades de progreso.

“por ejemplo, a veces entran al pedagógico, pero resulta que necesitaban estar en estimulación para la independencia (...) eso es muy complejo, que estuviéramos

todas como más participantes o que nos comunicaran acerca del caso y que lo discutiéramos antes de tomar la decisión de a qué programa o a qué institución va a ir como para que no pasen esas situaciones, aunque no es todo el tiempo, pero pasan y eso genera una alteración... podríamos quitarnos trabajo haciendo eso” (Heidy, fonoaudióloga).

En cuanto a las técnicas llevadas a cabo por parte de las profesionales del equipo interdisciplinario, para la modificación de la conducta en situaciones donde se presenten conductas disruptivas o desadaptativas, se lleva a cabo un protocolo en el que el niño, niña o joven se le aísla por un momento del salón para que pueda calmarse y poder retornar. Desde esta acción, se puede decir, que es una de las recomendaciones que se establece cuando se presenta una crisis en niños con discapacidad cognitiva, mencionado por los orientadores de Centros de Educación Especial de la Región de Murcia (s.f), lo adecuado es conducirlo a otra aula para que no aumente el nivel de estrés y, en cualquier caso, se le sugiere ir a otro lugar para relajarse como medida de prevención (p.16).

“la concepción que algunas personas tienen de ay! pobrecito es un discapacitado no les exigen y empiezan a tener comportamientos los chicos en condición de discapacidad que no son adaptativos entonces por ejemplo tenemos chicos que muerden, que pegan, que golpean ,que se arrojan al piso, que hacen pataletas porque no se les está satisfaciendo sus necesidades en ese momento, entonces entra la parte cognitiva conductual hacer como su intervención, en ese momento entonces, es mostrarles a ellos tu comportamiento tiene que tener una causa efecto entonces la consecuencia están en asumir de pronto un tiempo fuera para que te calmes entonces entra el tiempo fuera para que el chico se calme o la chica se calme para que luego pueda retornar al grupo sin significar que pueda hacer un riesgo para él o para sus compañeros con quienes está interactuando” (Pilar, coordinadora técnica de programas- Trabajadora Social).

De lo anterior, se puede inferir que se denota un compromiso por parte del equipo interdisciplinario en tener conocimiento sobre cómo actuar en una situación de

crisis, en la cual se pueda ver afectada la integridad de los demás beneficiarios y el personal de la fundación.

En este mismo sentido, se hace uso de técnicas propias del modelo cognitivo conductual que confirman una relación entre el fundamento teórico de intervención y lo práctico; una de estas, es la economía de fichas, una de las técnicas principales de dicho modelo, en la cual se aplican los principios del reforzamiento positivo y de moldeamiento, donde el sujeto recibe reforzadores, como fichas, puntos, estampillas, etc., que después pueden cambiar por otros estímulos. Castillo et al (2012, p.30).

“está por ejemplo la economía de fichas, dentro de esa técnica de modificación de conducta, por medio de algo visual se le hace entender a los chicos que se están portando muy bien o que su comportamiento no es el adecuado... entonces tenemos las caritas felices que las docentes le pongan la carita triste en su mano o que la docente tenga diferentes materiales por medio de los cuales visualmente le haga ver a chico a la chica que su comportamiento en ese momento no está haciendo adecuado o si está siendo adecuado o si debe seguir”. (Pilar, coordinadora técnica de programas-Trabajadora Social).

Desde esta mirada, puede decirse que el modelo cognitivo conductual, es uno de los más empleados para la intervención con personas con discapacidad, puesto que en un análisis que se realizó en el Reino Unido, que pretendía conocer la evidencia científica existente respecto a la calidad de los estudios y tratamientos, se evidenció que es un tipo de terapia factible, bien tolerada y eficaz para disminuir distintos síntomas que afectan a personas con discapacidad cognitiva; dichos estudios reflejaban que esta terapia era percibida entre los pacientes y sus familiares como un tratamiento eficaz. Sumado a esto las técnicas de este modelo pueden ser adaptadas con facilidad a diferentes tipos de poblaciones, aunque pueden resultar muy diferentes entre sí (Centro de psicología Aaron Beck, 2016).

7.3 Alcances y limitaciones de la intervención social que desarrolla el equipo interdisciplinario (FULIM)

Como todo proyecto, plan o programa, surgen limitaciones y alcances en su desarrollo. Estas, se evidenciarán a través de la identificación de los facilitadores y obstaculizadores de la intervención; sin olvidar que éste análisis se da desde la perspectiva de las profesionales que hacen parte del equipo interdisciplinario.

Es importante mencionar que los impactos esperados por el equipo interdisciplinario con la población con discapacidad están enfocados en avanzar en los niveles más altos posibles de independencia de los niños, niñas, y jóvenes; entendiendo las particularidades de cada sujeto y sus diferentes grados de progreso. Además, se espera que la familia o los cuidadores comprendan el diagnóstico de su hijo o hija, así como los procesos a llevar a cabo para el fortalecimiento de sus capacidades.

En lo que respecta a los alcances, entendiéndose como los logros más significativos como resultado del proceso de intervención, se identificó que las profesionales del equipo interdisciplinario coinciden en que han fortalecido a las madres, padres, y cuidadores en la garantía de derechos de los niños, niñas y jóvenes de FULIM; además ellos han intensificado su participación en las actividades llevadas a cabo en la Fundación.

“entonces ellas ya vienen y dan explicaciones porque no han venido, antes iban y dejaban las cosas así, eh...otro logro, digamos es la asistencia a las reuniones de padres, son los últimos martes de cada mes” (Martha, Profesional en desarrollo familiar).

“El proceso de los muchachos va rápido, o sea para mí es súper gratificante tenemos varios chicos en la escuela regular y que el proceso está siendo efectivo y todo ese tipo de cosas” (Maryluz, Psicóloga).

De igual manera, las demás profesionales señalan que uno de los aspectos más satisfactorios del proceso es la evolución de la población atendida, por una parte, el manejo comportamental, el cual es adquirido de manera progresiva debido a las actividades llevadas a cabo por parte de la fisioterapeuta, como el enseñar la postura y estiramiento de los miembros para una mayor flexibilidad; o por parte de la terapeuta ocupacional, como la adaptación de la cuchara, la cual se hace de manera específica, puesto que no todos tienen las mismas habilidades para tomar los objetos, ésta parte es importante, ya que logra independencia en los chicos y chicas al momento de alimentarse. Estas son algunas de las técnicas que se mantienen a lo largo de los procesos en FULIM, puesto que se ha logrado mayor efectividad e impacto en los niños, niñas y jóvenes con discapacidad.

En este sentido uno de los aspectos que facilitan el alcance de los logros anteriormente descritos, es la adecuada articulación del equipo interdisciplinario.

“el equipo siempre trabaja en equipo, nosotros no somos un equipo multidisciplinar, es un equipo interdisciplinario yo diría hasta transdisciplinar porque siempre estamos atravesadas y nunca te vas a encontrar como por ejemplo, es que el objetivo mío es que los muchachos caminen o que el muchacho hable, claro, todas tienen sus objetivos en su área pero siempre estamos pegadas desde el objetivo de la fundación, que lo que yo haga apunte a lo que hace la fundación y como le decía, hay muchos espacios en que nos sentamos hablar nosotros, entonces siempre tenemos la posibilidad de aprender, estar conectadas y de tener un lenguaje coherente (...) porque eso es lo que siempre buscamos nosotras que todo lo que hagamos apunte a una misma dirección” (Heidy, fonoaudióloga).

En relación con lo anterior, Aguilar (2013) señala la importancia de la dimensión interdisciplinaria de la intervención social, lo que implica entre otras cosas, el trabajo en equipo. Advierte que interdisciplinaria y trabajo en equipo, aunque están relacionados no son lo mismo, en un contexto donde las situaciones de intervención son cada vez más complejas, se vuelve necesario abordar los

procesos sociales desde el conocimiento y perspectiva de diversas disciplinas y profesiones. Un equipo de trabajo en el ámbito de la intervención social está constituido generalmente por personas de distintos campos profesionales o disciplinarios que trabajan con un mismo sujeto o en una misma situación de intervención, pero no por ello realizan un trabajo interdisciplinario, pese a que cada aporte sus puntos de vista y tengan un propósito de establecer un canal entre varias disciplinas.

Siguiendo las ideas de Aguilar (2013), es preciso aclarar que para que exista interdisciplinariedad, es necesario que todos asuman los resultados del trabajo conjunto como propio y exista un conocimiento previo de las disciplinas “ajenas”, pues un equipo interdisciplinario no es solo la suma o agregación de perspectivas de un caso. “la interdisciplinariedad es -alcanzar una conjunción teórica nueva más allá de las particulares de las disciplinas que intervienen- sólo puede conseguirse a través de equipos compuestos por representantes de diferentes disciplinas, reunidos en una tarea a largo plazo que posibilite la conceptualización y la creación de un lenguaje común.

“Qué rico lo que el trabajo integral logra, es una plataforma que ustedes no se imaginan para el aprendizaje, porque aprendes de todo un poco aquí, te vuelves un poquito fisioterapeuta, un poquito terapeuta ocupacional, un poquito psicóloga, un poquito trabajadora social, porque todo el tiempo estás escuchando, todo el tiempo estás retroalimentando, entonces es como ah! mira yo soy de fonoaudiología pero yo sé que esto no lo puedes hacer entonces así, eso es un gran alcance porque logramos aprender y tener muchos conocimientos para la intervención” (Heidy, fonoaudióloga).

“Cuando estamos en estudio de caso, todas opinamos o todas aportamos desde nuestro quehacer en el caso de cada niño, entonces yo puedo escuchar a la fonoaudióloga, a la terapeuta, a la de fisioterapia, entonces todas nos escuchamos y todas tenemos que estar como en sintonía y trabajamos bien en ese momento

de estudio de caso, y ya sabemos qué hace cada una, cómo podemos apoyar, pero todas estamos como empapadas del caso de cada niño” (Liliana, psicóloga).

Desde lo mencionado por las profesionales, se refleja que lo dicho por la autora respecto al trabajo interdisciplinar, es decir, es un trabajo en conjunto en el que se interrelacionan diferentes disciplinas, donde hay un conocimiento similar y se avanza hacia un mismo camino. Esto es lo que se busca en la intervención por parte del equipo interdisciplinario de FULIM para llevar a cabo un adecuado proceso en el que convergen los diferentes campos sin desconocer los límites de la intervención de cada profesional.

Los elementos anteriormente descritos que facilitan el proceso de intervención del equipo, si bien son fundamentales, no puede dejarse de lado que también hay otros elementos que influyen para que el proceso sea llevado a cabo de una manera adecuada. Uno de estos, es el espacio, la infraestructura de la institución; es necesario destacar la importancia del espacio donde se realiza la intervención, en este caso los espacios en donde las profesionales del equipo interdisciplinario desarrollan sus actividades; en torno a este asunto, Cabrera (2015) señala que el espacio físico donde se realiza la intervención debe tener las condiciones necesarias para generar una óptima interacción entre el beneficiario y profesional para así alcanzar el logro de objetivos. Pese a que este autor lo menciona desde la perspectiva psicoterapéutica, se considera indispensable también para el desarrollo de la intervención de otras profesiones, como Trabajo Social, fonoaudiología, fisioterapia y terapia ocupacional.

En esta misma línea, dado que FULIM es una institución operadora de ICBF debe seguir los lineamientos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, los cuales sirven de base para analizar los aspectos que limitan al equipo a la hora de intervenir, el ICBF es quien a través de parámetros jurídicos reglamenta la manera en cómo deben ser las condiciones locativas para atender a la población.

estipulado en la Resolución 3899 del 10 de septiembre de 2010. Artículo 18: 2. <Numeral modificado por el artículo 6 de la Resolución 8282 de 2017. El nuevo texto es el siguiente:> Contar con la infraestructura física necesaria y suficiente para el cumplimiento de sus objetivos, conforme a lo establecido en los estándares de infraestructura definidos para el programa o la modalidad de que trata la solicitud en los lineamientos vigentes a la fecha en que son aprobados los estudios y diseños correspondientes (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2010).

Igualmente, plantea treinta y dos puntos a tener en cuenta sobre éstas condiciones locativas, las cuales son requisito para la modalidad externado media jornada (ICBF, 2017):

- Todos los espacios en óptimo estado de aseo.
- Sin goteras.
- Sin grietas.
- Ventanas con todos los vidrios puestos.
- Puertas seguras y con buen mantenimiento.
- Sin humedad.
- Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas.
- Ventilación e iluminación natural.
- No debe haber olores fuertes o desagradables.
- Baños con adecuado sistema de agua y ventilación
- Baños con puertas seguras.
- Sanitarios en perfecto estado.
- Espejos en perfecto estado.
- Todos los bombillos deben ser ahorradores de energía.
- Las áreas deben estar en perfecto orden.
- No debe haber roedores, moscas ni cucarachas, ni otro tipo de plagas.
- Se debe contar con señalización de acuerdo con normatividad vigente.

- Debe haber señalización de emergencia y evacuación y punto de encuentro.
- Las escaleras no deben tener grietas.
- Las escaleras deben tener pasamanos.
- Deben existir rampas de acceso.
- Los balcones deben tener protección.
- Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección.
Para las piscinas, debe estar acorde con la normatividad vigente.
- Los cables deben estar cubiertos.
- Los ventiladores deben estar en buen estado y fuera del alcance de los beneficiarios.
- El techo debe ser seguro, sin riesgos.
- Sustancias tóxicas y medicamentos fuera del alcance de los niños, niñas o adolescentes.
- Los extintores deben tener carga vigente y estar ubicados de acuerdo con la normatividad vigente.
- Tomas eléctricas con sus tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad.
- Con una ambientación o decoración agradable y cálida para la atención de los niños, niñas, adolescentes y sus familias.
- Paredes limpias.
- Debe contar con aviso de atención que indique la prestación del Servicio Público de Bienestar Familiar. No aplica para las unidades de hogar sustituto.

En las visitas que se realizaron, se identificaron las anteriores características, deduciendo que la Fundación sigue los lineamientos establecidos y su accionar está en pro del cuidado y protección de la población atendida. Además, se destaca que están en constante supervisión por parte de la Secretaría de Educación, la Secretaría de Salud y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, los cuales

velan para que todos los requisitos sean llevados de manera adecuada y evitar algún inconveniente que ponga en riesgo la integridad de los niños, niñas y jóvenes de la fundación, así como la de los funcionarios de esta.

En esta misma línea sobre la infraestructura, ICBF también señala estándares de la infraestructura física, en la cual todo operador con modalidad externado media jornada, debe contar; éste requerimiento se da con el fin de ofrecer un nivel alto de prestación de servicios. Los requisitos son: contar con servicio de energía eléctrica, agua, acueducto, gas, alcantarillado, y sistemas de comunicación como internet, teléfono fijo y móvil cuando se es necesario para la institución. Igualmente, respecto a la dotación institucional de las áreas, se solicita que existan oficinas, espacio en donde se encuentre el archivo de historias de atención, cocina, despensa, comedor, aulas, baños, y manejo de las basuras (Formato externado media jornada discapacidad mental cognitiva, 2017).

Así bien, se identificó que FULIM cuenta con los servicios requeridos, así como la dotación institucional; por un lado, cuentan con la cocina y comedor, ya que a los beneficiarios se les ofrece el almuerzo, cuentan con salones los cuales están divididos por taller y dotados de elementos lúdicos; los baños están adecuados para los niños, niñas y jóvenes, y el manejo de basuras es evidente puesto que no hay presencia de malos olores.

No obstante, pese a que se considera que FULIM cumple con los estándares de calidad en cuanto a las condiciones locativas exigidos por el ICBF, es necesario mencionar que las profesionales del equipo interdisciplinario identificaron que existía una falta de espacios para desarrollar algunas actividades, lo que en ocasiones significaba un obstáculo para desarrollar la intervención.

“Pues en cuanto a talento humanos estamos bien, pero en cuanto a los niños, el espacio, pues sí, si sería bueno un espacio más amplio para ellos, el espacio si más amplio, para llevar a cabo las intervenciones” (Liliana, psicóloga)

“la institución no es una institución que tenga pues muchos recursos por ejemplo pues mi oficina es pequeña yo a veces quisiera hacer otro tipo de actividades y es pequeña mi oficina, pero no nada como les digo el equipo es muy recursivo y uno se acostumbra a trabajar con lo que hay” (Heidy, Fonoaudióloga).

Ahora bien, es conveniente subrayar que los niños, niñas y adolescentes beneficiarios de FULIM en términos generales están envueltos en todo un proceso de aprendizaje para alcanzar los más altos niveles de independencia, por ende, conviene valorar el ambiente de aprendizaje. Según Rodríguez (s.f) es importante que se determine en primer lugar lo que es el entorno, entendiéndose como todo aquello que rodea al proceso de enseñanza – aprendizaje, es decir, el espacio que rodea al sujeto en tanto que está participando de dicho proceso; lo constituye desde elementos materiales como la infraestructura e instalaciones de la institución, así como aspectos que influyen directamente en el alumno tales como factores físicos, afectivos, culturales, políticos, económicos, sociales, familiares e incluso ambientales. Todos esos elementos se combinan y surten un efecto favorable o no tanto en el aprendizaje del sujeto. Entorno a esto, algunas de las profesionales del equipo señalan:

“para los muchachos si me gustaría tener un espacio para estimulación, pero no veo dónde ponerlo, tocaría echar un tercer piso (...) y cuando vienen a terapias o cuando vienen a la intervención grupal o a otras actividades no tengo donde acomodarlos entonces me toca acomodarlos en los grupos, pongo tantos aquí tantos allá” (Maryluz, psicóloga).

En contraste de lo anterior, a pesar de que se hace evidente que el espacio físico para la intervención podría adecuarse mucho más, entre las profesionales

sobresale la idea de que se vuelve necesario buscar alternativas y adaptar las actividades cuando no se cuenta con lo más óptimo. Respecto a eso una de las profesionales indica:

“en la fundación a veces nos limita un poquito cuando hacemos las actividades de psicomotricidad, los miércoles entonces salimos a la cancha, gracias a dios, ya después de un tiempo esa cancha ya está, entonces salimos y utilizamos la cancha, entonces de una u otra manera solucionamos porque nos dividimos porque igual siempre hay una solución, no es que nos entorpezca el desarrollo de las actividades” (Ana, fisioterapeuta).

Ahora bien, como se ha mencionado anteriormente, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, es quien establece las bases que deben guiar el proceso de intervención con la población con discapacidad. Por lo tanto, en el proceso de seguimiento y monitoreo de estas actividades, las profesionales que hacen parte del equipo interdisciplinario deben responder a los lineamientos y garantizar la atención bajo unos rigurosos estándares de evaluación. En esta medida, una las dificultades que destacan las profesionales, es que invierten mucho tiempo al cumplimiento de formatos, registros, informes, es decir, documentación que exige este ente regulador.

Para el análisis de este limitante, es preciso mencionar que uno de los instrumentos que guían la atención, es el Plan de Atención Individual (PLATIN), que se desarrolla al ingreso de cada programa y permite a los profesionales la identificación de los problemas del niño, niña y joven; y así mismo plantearse estrategias para la solución de los mismos, proyectando metas a corto, mediano y largo plazo, donde cada profesional brinda una valoración inicial y se establecen objetivos para modificar la conducta o solucionar los problemas que deban recibir atención y el tiempo para el alcance de cada cometido (Mendoza, 2011).

No se desconoce la relevancia de llevar un registro minucioso de las actividades que hacen parte de la intervención a través de instrumentos como el PLATIN. Sin

embargo, las profesionales manifiestan que sería más pertinente tener mayores espacios de intervención con los niños, niñas y adolescentes, y sus familias, en contraste con el tiempo que les toma diligenciar los formatos requeridos por el ICBF, sumado a esto, la media jornada en que las profesionales se encuentran en la fundación.

“Bienestar Familiar es todo un rollo, yo pienso que es un limitante, yo pienso que si ellos no pidieran tanta vaina, o sea así que ellos quieren que uno se dedique a esto, a escribirles bonito, a llenarle la carpeta de papeles, ellos vienen y ellos no voltean a mirar a los niños, ellos vienen me miran las carpetas, esa es la evaluación, entonces uno dice mientras yo escribo tanto, mientras yo hago tanto informe, mientras yo me dedico a tanto protocolo que piden ellos, eso reduce cada día más el impacto que yo puedo tener con la población, ¿en qué sentido? en el sentido de ir y hacer un poco más de intervenciones, de estar un poco más en contacto con ellos, de estar pendiente de sus necesidades y no simplemente de llenar papeles a Bienestar Familiar” (Maryluz, psicóloga).

“el tiempo que de pronto Bienestar Familiar pida cosas extras y uno tenga que inmediatamente dar cuenta, no es que espere a mañana se lo mando, si ellos dicen para hoy a las doce del día, pues es para hoy a las doce del día, entonces uno tiene que dejar las cosas que realmente tiene que hacer para dar cuenta, (...) la prioridad es ICBF (...) todo es respondiendo a ICBF” (Martha, profesional en desarrollo familiar).

Planteado lo anterior, se pone en evidencia la contradicción entre hacer procesos de intervención en donde exista una mayor interacción de la población y los profesionales, o hacer intervenciones más puntuales con una disponibilidad de tiempo menor, pero con un registro y evaluación más exhaustiva de éstas. En este sentido, el ICBF por llevar un control de la calidad a las instituciones, guiado únicamente por los registros, podría estar dejando de lado otros aspectos fundamentales a tener en cuenta como visibilizar la voz de los niños, niñas, jóvenes y sus familias o cuidadores que son atendidos por el operador. En esta misma línea, no solo los requerimientos en cuanto a los formatos pueden dificultar

el accionar de las profesionales, también las restricciones en cuanto a las actividades que puedan desarrollar con la población.

“las limitaciones tienen que ver con las exigencias de Bienestar, aunque yo creo que no permea a nuestro equipo de intervención, pero digamos que, si limita algunas de las actividades que nosotros quisiéramos hacer, a veces hay una salida de experiencia o una idea que tenemos y Bienestar dice no, no autorizo y no podemos salir porque son chicos de Bienestar o tenemos una estrategia nueva para implementar y Bienestar dice no, eso no se puede, por esto y por esto” (Heydi, fonoaudióloga).

Es importante hacer la salvedad que no solo se trata de FULIM, sino que, al parecer, es una situación que se repite en diferentes contextos de operadores de ICBF a nivel nacional. Respecto a este tema, el estudio “Una mirada a los saberes de acción a los profesionales en trabajo social en el abordaje de familias de adolescentes infractores privados de la libertad” (Mendoza, 2011), ofrece un análisis de la intervención profesional en distintos centros de atención del ICBF, en el que se expone cómo los profesionales de estas instituciones emplean sus tiempos laborales en la elaboración de informes para dar cuenta de la población atendida, su familia y su contexto para el “ingreso al sistema”, elaboración de informes durante la permanencia del sujeto que deben ser emitidos mes a mes o cuando lo solicita el defensor del mismo, y las anotaciones mensuales que se debe realizar como registro de seguimiento al PLATIN, desde el cual desembocan todas las intervenciones. En concordancia con esto, la coordinadora técnica de programas señala:

“a veces para el equipo y también para la coordinación, el tener que responder a veces a esas exigencias contractuales de las diferentes entidades, por ejemplo la Secretaría de Educación o ICBF, a veces el equipo demanda mucho tiempo en la respuesta y se pierde de pronto un poquito la oportunidad de estar más en interacción a nuestros usuarios, dedicar un poco más de intervención directa con ellos pese a que estamos llenando por ejemplo un formato y sabemos que el formato tiene que ver con la atención de los chicos, a veces la atención no es

personalizada en esos momentos con ellos, entonces de pronto sí faltaría un poquito más de dedicación de tiempo directo a la atención con ellos y no tanto a la respuesta de un formato, y no tanto a la respuesta de una planilla, no tanto a la respuesta de un informe” (María del Pilar, coordinadora de programas).

En consecuencia, a todos estos requerimientos, se podría ocasionar que las intervenciones se vuelvan muy instrumentales u operativas. A manera de síntesis, Aguilar (2013) se refiere a este aspecto de manera contundente:

Se ha dicho que el mejor directivo es el que quiere saber qué está pasando, sin necesidad de leer montañas de material escrito, hay que huir de las posiciones extremas: no escribir nada, o escribirlo todo. La primera conduce rápidamente a, activismo y la ineficacia. La segunda lleva, indefectiblemente a la burocratización y al formalismo (p.381).

Considerando otra de las dificultades que obstaculizan el proceso de intervención, las profesionales señalan que en algunos casos la familia se resiste a participar activamente en el proceso de intervención por diferentes factores que influyen en la inasistencia a reuniones, dar continuidad del proceso en casa (planes caseros) y la no asistencia al servicio de salud:

“una de las mayores dificultades que nosotros tenemos acá, es la adherencia de los padres en el proceso (...) quisiéramos por ejemplo tomar medidas con las familias de acuerdo al incumplimiento de compromisos o algo, y por ejemplo las familias que no están comprometidas con el proceso o que al contrario lo entorpecen (...) porque es una familia que no está comprometida que por más que le hacemos que le insistimos no cambia entonces uno como que ya se frustra uno con esa familia” (Heidy, fonoaudióloga).

“pero a veces la familia no ayuda, y hay estrategia y las psicólogas van y hacen las visitas y les dicen la parte conductual y le refuerzan la parte parental... muchas veces uno dice, le entró por aquí y le salió por acá, entonces yo pienso que la

principal debilidad a pesar de que hagamos tanto el fortalecimiento a cuidadores (...) ya ni sabemos cómo a veces decimos, que más hacemos con este papá” (Ana, fisioterapeuta).

Aunque las profesionales lo caracterizan como un obstaculizador, puede decirse que es necesario entender que las familias atraviesan por procesos que pueden afectar su dinámica familiar dados los diagnósticos, en el cual las familias o los cuidadores experimentan un cambio de actitud que implica un largo y doloroso proceso educativo con un alto grado de estrés que requerirá de asesoramiento profesional (Guevara & González, 2012). Sin embargo, esto no ocurre con todas las familias o cuidadores, ya que hay algunos que son partícipes en las salidas de experiencias, en la constante asistencia a las reuniones, en estar pendiente de las citas médicas de su hijo/a y de llevar a cabo los planes caseros.

En concordancia con lo que dicen las autoras en relación a que el manejo de las personas con discapacidad requiere ir más allá del diagnóstico y manejo de aspectos médicos, se debe involucrar más a la familia, implica atender el impacto psicológico del diagnóstico y fortalecer la calidad de vida de sus miembros. Igualmente hay que considerar las barreras sociales como impedimento al que se enfrentan los padres o cuidadores, por ejemplo, al rechazo por parte de amigos, maestros, directores de centros educativos que por el temor que les genera su desconocimiento sobre lo que tienen que hacer o sobre cómo guiarlos en el quehacer educativo, aumentando la inseguridad que viven los padres (Guevara & González, 2012).

Además, se debe tener en cuenta que el esfuerzo por parte de la fundación para que las familias se empoderen de la situación de su hijo/a y tener espacio en el proceso, no es gratuito, son planteamientos que se han venido generando para que haya un fortalecimiento entre las familias, cuidadores, y las personas con discapacidad. Planteando principios de intervención para que se presente una

participación activa y un proceso de manera adecuada. Desde Fantova (s.f) estos principios de intervención son:

- Principio de participación social: se ve a la familia como una dimensión a las respuestas de las necesidades sociales y de prevención a las situaciones problemáticas. Así mismo la participación de los miembros es un fin a la acción social.
- Principio de normalización: esto no quiere decir que a la persona con discapacidad se le enseñará de manera forzada a adaptarse a la sociedad, sino que es garantizar los medios para el desarrollo de sus capacidades personales y colectivas.
- Principio de integración: las personas con discapacidad puedan tener libre participación y desarrollo en la comunidad sin razón de discriminación, es decir, se realiza una adaptación mutua entre quienes están segregados y el contexto que los segrega, pero para que éste principio se lleve a cabo, primero debe haber un reconocimiento de dicha discriminación y segregación.
- Principio de respeto y promoción de la diversidad o diferencia: se reivindica el derecho a la diferencia y se cree que todos esos colectivos sin cabida en esta sociedad son portadores de valores, pautas de comportamiento y propuestas de inestimable valor. Todas y todos tenemos los elementos necesarios para seguir construyendo esa sociedad participativa e inclusiva que queremos (p.4).
- Principio de competencia: toda persona, grupo, comunidad es competente para dar respuesta a sus necesidades. Todos podemos aprender, cambiar,

desarrollarnos. Y todos necesitamos de los otros para dar respuesta a nuestras necesidades (p.5).

Estos principios permiten visibilizar como la fundación FULIM, en su proceso de intervención tiene presente a la familia y el enfoque diferencial; conjugando estos elementos para reforzar su accionar, sin desconocer que estos elementos no actúan de manera distante, sino que son claves para que los niños, niñas y jóvenes puedan lograr el desarrollo de sus capacidades⁷.

Finalmente, después de establecer las dificultades que exponen las profesionales, se puede decir que intentan superar las dificultades que están fuera de su control como una oportunidad para establecer estrategias o nuevas formas de intervenir.

⁷ taller protegido, en éste nivel los niños tienen mayores capacidades funcionales, cognitivas y motoras. Se tiene como objetivo integrar al niño, niña y joven, a la sociedad, a través de la vida laboral. Se hace un proceso de apoyo profesional y participación de la familia.

8 CONCLUSIONES

- La Fundación Para Limitaciones Múltiples, se basa en el modelo social para entender la discapacidad, pero todo su enfoque está basado en la terapia cognitiva-conductual. Por lo cual se puede usar un enfoque más social, donde los niños, niñas y jóvenes no sean quienes se adapten adecuadamente al contexto, sino que se empleen estrategias de intervención en la comunidad para transformar las barreras de exclusión y no solo enfocarse en el cambio conductual de la población atendida.
- La relación teoría – práctica en el ejercicio profesional, a veces se ve desdibujada, lo que indicia que lo que se estructura en el papel no es una real referencia a la hora de plantear un proceso para intervenir.
- El papel de las instituciones que son contratadas por ICBF como en caso de FULIM, sus acciones se ven limitadas debido a los requerimientos que ocupan gran parte del tiempo laboral de las profesionales.
- Se debe realizar un replanteamiento de los roles profesionales en el equipo interdisciplinario, puesto que algunas profesiones como Trabajo Social puede intervenir directamente con la población y no solo con su entorno para así obtener una perspectiva más amplia de la situación y no solo con el análisis de las psicólogas.
- Para que los procesos en los niños, niñas y jóvenes, se genere de manera constante y progresiva, se requiere del apoyo incondicional de los padres y cuidadores; ya que como lo describimos, el apoyo familiar y es fundamental el

proceso con niños con discapacidad, ya que son ellos quienes refuerzan los aprendizajes que tienen los niños, niñas y jóvenes.

- Los procesos de intervención no son lineales, pero si es necesario una ruta que guíe las acciones de los profesionales porque se puede caer en el sentido común al momento de intervenir.
- ICBF debe replantear que profesionales deben hacer parte de un equipo interdisciplinario que brinda su servicio a población con discapacidad, puesto como lo expresa la coordinadora técnica de FULIM, se hace necesario contar con todas la profesiones que hacen parte de la fundación; y no solo tener trabajadoras sociales y psicólogas como lo dicta el ICBF; como se desarrolló en la investigación, cada área es fundamental para el proceso de la población atendida.
- Se considera que debe haber más interés en temas sobre discapacidad, porque al investigar previamente sobre el tema, las cifras están desactualizadas, como por ejemplo, porcentaje de población actual con discapacidad, cuántos son escolarizados, empleados, desempleados, etc; además, no se encuentra mucha información sobre cómo Trabajo Social puede intervenir en población con discapacidad.
- FULIM cuenta con redes de apoyo que le permiten remitir a los niños, niñas o jóvenes que por requisitos de la fundación no pueden ser admitidos. Para ello, cuentan con la Fundación Hacer, Prisma, APA o la Secretaría de Educación.

9 BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, M. (2013). Trabajo Social Concepto y Metodología. Madrid, España: Editorial paraninfo.

Battle, Santiago (s.f). Clasificación en paidopsiquiatria. Conceptos y enfoques: Enfoque cognitivo-conductual. Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de http://paidopsiquiatria.cat/files/enfoque_cognitivo_coductual.pdf

Bello, M & Chaparro, R. (2011). El enfoque psicosocial. En M, Bello & R, Chaparro (Universidad Nacional), *Acción sin daño y construcción de paz* (13-23) Recuperado de file:///C:/Users/SANDY/Downloads/L-120-Bello_Nubia_Chaparro_Ricardo-2011-458.pdf

Cabrera, L. (29 de julio de 2015). *El espacio terapéutico y sus posibles limitantes*. Recuperado 13/octubre/ 2017 <https://mundogestalt.com/el-espacio-terapeutico-y-sus-posibles-limitantes/>

Camelo, A. & Cifuentes, R. (2006). *Aportes para la fundamentación de la intervención profesional en Trabajo Social*. Recuperado 15/octubre/2016 <http://pridena.ucr.ac.cr/binarios/tendencias/rev-co-tendencias-11-12.pdf>

Castillo, I.; Ledo, H & Ramos, A (2012). *Psicoterapia Conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden*. Recuperado 15/agosto/2017 <file:///C:/Users/lgonzalez/Downloads/Dialnet-PsicoterapiaConductualEnNinosEstrategiaTerapeutica-3969924.pdf>

Centro de Psicología Aaron Beck (2016). *Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en personas con discapacidad intelectual*. Recuperado 20/octubre/2017 <http://noticias-psicologia.cpaaronbeck.com/2016/04/eficacia-de-la-terapia-cognitivo-conductual-en-personas-con-discapacidad-intelectual/>

Céspedes, G. (2005). La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. Recuperado 17/octubre/2017 <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/64/133>.

Compas, B & Gotlib I (2003). Cap. XIV: Psicoterapia: enfoques conductual y cognitivo. Editorial McGraw.Hill Interamericana. México.

Corvalán, J. (1992). *Los Paradigmas de lo Social y las Concepciones de Intervención en la Sociedad*. (Doctor en sociología). Universidad Católica de Lovaina, departamento de sociología. Lovaina, Bélgica.

Estrada, V. (2011). Resignificar la intervención profesional en lo social. *Trabajo social, intervención en lo social y nuevos contextos*. Recuperado de <file:///C:/Users/SANDY/Downloads/1389-2875-1-SM.pdf>.

Fantova, F. (2007). Repensando la intervención social. *Una actividad que aspira a una legitimación pública o social*. Recuperado de <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/921/12%20REPENSANDO%20LA%20INTERVENCION%20SOCIAL.pdf>

Fantova, Fernando. (s.f). Trabajando con las familias de las personas con discapacidad. Recuperado de http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura13_disc.UT3.pdf

Fernández, M. (s.f). La intervención familiar desde el modelo cognitivo conductual. *La orientación familiar*. Recuperado de <file:///C:/Users/SANDY/Downloads/Dialnet-LaOrientacionFamiliar-743598.pdf>

Gómez, A.; Viquer, P. & Cantero, M. (2005). *Intervención Temprana: Desarrollo Óptimo de 0 a 6 años*. Madrid, España. Ediciones pirámide.

González, M.; Mojica, V. & Torres, O. (2010). Cuerpo y movimiento: perspectiva histórica desde el conocimiento. Recuperado de <file:///C:/Users/SANDY/Downloads/Dialnet-CuerpoYMovimientoHumano-4781929.pdf>

Gordillo, N. (2007). Metodología, método y propuestas metodológicas en Trabajo Social. *Revista Tendencias y Retos*. Recuperado de <file:///C:/Users/SANDY/Downloads/Dialnet-MetodologiaMetodoYPropuestasMetodologicasEnTrabajo-4929312.pdf>

Guevara, Y. & González, E. (2012). Las familias ante la discapacidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztalaca*. Recuperado de en <http://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/viewFile/33643/30711>

Guía de discapacidad múltiple y sordoceguera para personal de educación especial (s.f). ¿Qué es la discapacidad múltiple? *Guía de discapacidad múltiple y sordoceguera para personal de educación especial* (pp.17-19) Recuperado de http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/enterate/Gula_Discapacidad_Multiple.pdf

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2017). *Formato externado media jornada discapacidad mental cognitiva*. Recuperado 20/octubre/2017 de http://gsa.icbf.gov.co/search?q=formato+media+jornada&btnG=&btnG.x=0&btnG.y=0&client=ICBF_FrontEnd_EX&output=xml_no_dtd&proxystylesheet=ICBF_FrontEnd_EX&proxyreload=1&sort=date%3AD%3AL%3Ad1&oe=UTF-8&ie=UTF-8&ud=1&wc=200&wc_mc=1&exclude_apps=1&site=Sitio_Web&filter=0

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2016). *Formato Plan de Atención Integral PLATIN versión 1*. Recuperado 20/octubre/2017 de www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/procesos/misionales/proteccion/rest

ablecimiento-

derechos/F1.LM1.P%2520Formato%2520Plan%2520de%2520Atenci%25C3%25B3n%2520Integral%2520LATIN%2520v1.xlsx+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2016). *Lineamiento Técnico del Programa Especializado para la atención a niños, niñas, adolescentes y mayores de 18 años con discapacidad, con sus derechos inobservados, amenazados o vulnerados*. Recuperado 20/octubre/2017 <http://losalamos.org.co/wp-content/uploads/2016/06/Lineamiento-discapacidad-ICBF.pdf>

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2017). *Discapacidad*. Recuperado 17/octubre/2016 <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/bienestar/proteccion/especializados/discapacidad>

Instituto de Bienestar Familiar. (2010). *Lineamiento técnico del programa especializado para la atención a niños, niñas, adolescentes y mayores de 18 años con discapacidad*. Recuperado 6/octubre/2017 <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/03DiscapacidadRes5928.PDF>

Kosovsky, R. (2007). El abordaje de las terapias cognitivas en niños, adolescentes y familias. *Revista electrónica de la facultad de psicología*, 23. Recuperado de http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=254:el-abordaje-de-las-terapias-cognitivas-en-ninos-adolescentes-y-familias&catid=9:perspectivas&Itemid=1

Latorre, E (1996). Teoría General de los sistemas aplicada a la solución integral de los sistemas. Universidad del Valle. Colombia. (p.1).

López, O.; Hoyos, N.; & Castro, K. (2010). *Caracterización de la intervención de Trabajo Social en salud en el Hospital Universitario del Valle* (tesis pregrado). Universidad del Valle. Facultad de Humanidades. Cali, Colombia.

Manual Operativo del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (2013). Marco conceptual. *Manual Operativo del Sistema Nacional de Bienestar Familiar*, vol.1. Recuperado de <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/bienestar/sistema-nacional/3.%20Manual%20Operativo%20SNBF4.pdf>

Medina, B. (2012). Teoría del movimiento: el movimiento voluntario y su automatización. Recuperado 13/octubre/2017 Recuperado de file:///C:/Users/SANDY/Downloads/11190-34237-1-PB.pdf

Mendoza, V. (2011). *Una mirada a los saberes de acción de los profesionales en Trabajo Social en el abordaje de familias de adolescentes infractores privados de la libertad* (tesis maestría). Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas. Bogotá, Colombia. Recuperado de http://www.bdigital.unal.edu.co/5121/1/Una_mirada_a_los_saberes_de_acci%C3%B3n_de_los_profesionales_en_Trabajo_Social_en_el_abordaje_de_familias_de_adolescentes_infractores_privados_de_la_libertad.pdf

Montero, M. (septiembre 2012). *El concepto de intervención social desde una perspectiva psicológico-comunitaria*. Recuperado 25/agosto/2017 file:///C:/Users/SANDY/Downloads/30702-66232-1-PB%20(2).pdf

Montoya, G.; Vargas, P.; Correa, E.; González, C & Urrego, A. (2007). *Un modelo para la evaluación de la intervención social desde la dimensión de las expresiones motrices*. Colombia: Universidad de Antioquia. Instituto Universitario de educación física.

Muñeton, Diana (s.f) Conceptos fundamentales de psicología cognitiva aplicados al ámbito clínico. Recuperado de http://www.humanas.unal.edu.co/psicologia/files/7512/8351/2806/indag.%202.%20Conceptos_fundamentales.pdf

Muyor, J. (2011). La (con) ciencia del trabajo social en la discapacidad: Hacia un modelo de intervención social basada en derechos. *Revista de Trabajo Social y Acción Social*, vol.49. Recuperado de http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts/49_1.pdf

Nezu, A.; Maguth, C.; & Lombardo, E (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas. Recuperado de <http://cideps.com/wp-content/uploads/2014/05/Cognitivo-Conductuales-1edi1.pdf>

Nieves, M (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con TDAH no especificado. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*. Universidad Miguel Hernández (Elche). Recuperado de http://www.revistapcna.com/sites/default/files/10-10_nieves-fiel-tdah-no_espec.pdf

Ochoa, M.; Urrego, L.; & Rivera, J. (2013). *Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social*. Recuperado 23/septiembre/2017 https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjvje98bbXAhXIYiYKHdy6CRAQFggoMAE&url=http%3A%2F%2Faprendeenlinea.udea.edu.co%2Fflms%2Fmoodle%2Ffile.php%2F72%2FProduccion_Estudiantes_2013-1%2FUNA_PERSPECTIVA_TEORICA_METODOLOGICA_DE_LA_INTERVENCION_EN_TRABAJO_SOCIAL.docx&usg=AOvVaw3VC4P8NQIUVsEdEg0KMwYz

Organización Mundial para la Salud (noviembre 2016) *Discapacidad y Salud*.
Recuperado 22/septiembre/2016
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>

Orientadores de Centros de Educación Especial de la región de Murcia. (s.f).
Estrategias para abordar la conducta desafiante en alumnos con discapacidad
intelectual. Recuperado 20/octubre/2017
<http://diversidad.murciaeduca.es/publicaciones/conductas/doc/completo.pdf>

Palacios, A. (2008). Caracterización del modelo social y su conexión con los
Derechos Humanos. En Ediciones Cinca (editores), *El modelo social de
discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención
Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* vol.36.
(pp.103-196). Recuperado de
<http://www.tiempodelosderechos.es/docs/jun10/m6.pdf>

Pava, L (2005). El Trabajo Social familiar y el enfoque sistémico. En: Revista
Colombiana de Trabajo Social N°19. CONETS. Colombia.

Paz, A.; Sáenz.; J, Camelo.; V & Muñoz M. (2010). *¿Cómo se transforma lo
social? Discursos y prácticas de intervención en Cali*. Universidad ICESI.
Recuperado de http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_440.pdf

Rodríguez, H. (s.f). *Ambientes de aprendizaje*. Recuperado 13/octubre/2017
<https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/huejutla/n4/e1.html>

Romero, J. & Vásquez, R. (2005). Modelo sistémico e intervención terapéutica. En
Kairos (editores), *paradigmas actuales y alternativos en la psicología
contemporánea* vol.1 (pp.79-83). Recuperado de
<https://books.google.com.co/books?id=L0v1Mh6N8E0C&pg=PA80&lpg=PA80&dq>

=definici%C3%B3n+orientacion+familiar+romero&source=bl&ots=eTqshlvEKz&sig=4c7LiaomqlehORRcglBD7Nq7jC4&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj9npGMptDWAhUBaSYKHY26CbEQ6AEILTAC#v=onepage&q=definici%C3%B3n%20orientacion%20familiar%20romero&f=false

Rozas, M (1998). Cap. IV: El proceso metodológico en la intervención profesional. En *Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial

Sánchez, L (2005). Mediación e interdisciplinariedad. En: Revista Colombiana de Trabajo Social N°19. CONETS. Colombia. pp. 197-198

Sánchez, S (2004). La intervención del trabajador social desde una perspectiva interdisciplinaria. Universidad Nacional de la Plata. Argentina. Recuperado de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/2106/Documento_completo.pdf?sequence=1

Serrano, J & Pons, R (2011) El Constructivismo hoy enfoques constructivistas en educación. *Revista electrónica de investigación educativa*, vol.13. Recuperado de <http://redie.uabc.mx/redie/article/view/268/708>.

Sidebottom, Sarah. (2014 septiembre). *El Trabajo Social en el área de discapacidad: especificaciones del rol profesional*. Presentado en XXVII Congreso Nacional de Trabajo Social, FAAPS Paraná, Argentina. https://issuu.com/faapss/docs/sidebottom_lorna

Tamayo, A. (2009). *Caracterización del modelo de intervención en rehabilitación y discapacidad usado por los profesionales de la unidad de medicina física y rehabilitación del Hospital Universitario del Valle*. (tesis pregrado). Universidad del Valle, Facultad de Humanidades. Cali, Colombia.

Terapia física. (2017). *Método Kabat*. Recuperado 17/agosto/2017
<http://www.terapia-fisica.com/metodo-kabat/>

Valverdi, JORGE & De Diego, CRISTINA (9 abril 2015). *El marco de referencia de la discapacidad cognitiva*. Recuperado 17/agosto/2017 http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Claudia_Allen_marco_discapacidad_cognitiva_Valverdi_abril09.doc

Vanegas, J & Gil, L. (2007). La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. Recuperado de
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a04.pdf>

Vásquez, M.; & Perona, S. (2007). Límites y posibilidades de la intervención en los procesos de empowerment en Trabajo Social. *Revista Catedra Paralela* vol.4
Recuperado de
http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00045f001t1.pdf

Wordreference (2016). Definición de alcance. Consultado de
<http://www.wordreference.com/definicion/alcance>.