

**PROCESO DE ACTUACION PROFESIONAL PARA EL DESARROLLO DE
HÁBITOS SALUDABLES CON LA POBLACION EN CONDICIÓN DE
DISCAPACIDAD VINCULADA AL INSTITUTO DE ADAPTACION LABORAL
EN SANTANDER IDEALES**

ARELIS MATEUS LÓPEZ



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA
2011**

**PROCESO DE ACTUACION PROFESIONAL PARA EL DESARROLLO DE
HÁBITOS SALUDABLES CON LA POBLACION EN CONDICIÓN DE
DISCAPACIDAD VINCULADA AL INSTITUTO DE ADAPTACION LABORAL
EN SANTANDER IDEALES**

ARELIS MATEUS LÓPEZ

**Proyecto de grado presentado para optar al título de
Trabajadora Social**

**Directora
ADRIANA VEGA MARTINEZ
Trabajadora Social**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA**

2011

AGRADECIMIENTOS

A Instituto de Adaptación Laboral en Santander - IDEALES – y a todos sus directivos, funcionarios, profesionales y alumnos; por su apoyo en el desarrollo de la práctica, por el conocimiento adquirido, la formación que me dio y la inducción aprendida hacia mi vida profesional.

A la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Industrial de Santander y a su cuerpo de profesores y profesoras por mi formación profesional.

A la Trabajadora Social Adriana Vega por ser una excelente maestra.

A la Doctora Alba Cecilia Quijano Ríos por la oportunidad de desarrollar mi práctica en la institución que dirige.

A la Fonoaudióloga Laura Marcela Uribe Calderón por permitirme el desarrollo autónomo dentro de la institución sin perder de vista el seguimiento continuo.

A la Psicóloga Silvia Juliana Meneses Rincón por el apoyo teórico y académico durante mi estadía en la institución.

Al equipo de colegas que me asesoraron y me apoyaron en el desarrollo de este proyecto.

DEDICATORIA

*Agradezco a Dios en primer lugar por su amor infinito,
Pues es el pilar de nuestras vidas y en sus fuerzas todo lo podemos.
Más que una en una dedicatoria este logro es un homenaje a mi madre
María Elisa López Escamilla, quien por mandato divino nos abandono pronto,
Pero a quien extrañamos mucho.
Madre este también fue tu sueño y hoy es una realidad.*

Dedico este logro:

A mi padre José Narciso Mateus Tavera ser humano inigualable quien nos ha enseñado la importancia del esfuerzo y la perseverancia a la hora de luchar por lo que soñamos. - Gracias papi porque con tu sabiduría no solo has sabido ser un excelente padre sino una excelente madre y un excelente amigo.

PADRE TE DEBO ESTE LOGRO...

*A su compañera Edith Torres Aragón y su familia pues siempre
He contado con su apoyo y aprecio.*

*A mis hermanos Hamer y Duvan Mateus López porque siempre han creído y se han sentido orgullosos de mi, igual que yo de ellos; y le pido a Dios que siempre estemos unidos y seamos un apoyo incondicional el uno del otro.
Hermanitos ahora vienen ustedes y saben que contarán conmigo en cada momento de sus vidas.*

*A mi novio Oscar Darío Ordoñez Jaimes, compañero de vida incondicional y hombre excepcional, con quien he aprendido que la felicidad es un camino que es posible recorrer, cuando la vida se comparte con alguien quien está convencido que se gana haciendo ganar al otro.
WIN- WIN.*

Esta es mi familia y agradezco cada día de mi vida a Dios por permitirme tener una familia tan maravillosa e incondicional.

*Gracias a todos mis familiares, amigos y compañeros que creyeron en mí,
Que me apoyaron y que siempre estuvieron seguros que este sueño era posible.*

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1 DISCAPACIDAD Y SALUD: DOS ELEMENTOS INDISOLUBLES EN LA CONSTRUCCIÓN DE UNA SOCIEDAD	17
1.1 LA DISCAPACIDAD COMO CONCEPTO	18
1.2 MODELO BIOSICOSOCIAL EN SALUD PARA LA ATENCION DE LA POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	19
1.2.1 Antecedentes sociohistóricos de la discapacidad.	20
1.2.2 Acercamiento contemporáneo al concepto de Discapacidad	22
1.2.3 Tipología de la discapacidad	24
1.3 LA EXCLUSIÓN DEL DISCAPACITADO COMO CATEGORÍA DE ANÁLISIS EN LA SALUD DEL SUJETO	28
2 LAS POLITICAS SOCIALES EN TORNO A LA DISCAPACIDAD: UN BREVE ACERCAMIENTO	32
3 IDEALES: INSTITUTO DE ADAPTACIÓN LABORAL EN SANTANDER: BREVE DESCRIPCIÓN INSTITUCIONAL	43
3.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA	48
3.2 TRABAJO SOCIAL EN EL INSTITUTO IDEALES	54
3.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR EL INSTITUTO IDEALES	56
4 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EXPERIENCIA ESPECÍFICA EN EL INSTITUTO DE ADAPTACIÓN LABORAL EN SANTANDER, IDEALES	64
4.1 EJECUCION DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL	86
4.1.1 Plan Operativo 1: Estrategias Educativas	87
4.1.2 Plan Operativo 2: Estrategias informativas	94
4.1.3 Plan Operativo 3: Estrategias Asistenciales	97
4.2 VALUACIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN EN EL INSTITUTO IDEALES	99
5 .. PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL E INFORMACIÓN AL ACUDIENTE- PIA	103
5.1 JUSTIFICACIÓN	103
5.2 OBJETIVO GENERAL	104
5.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS	105
5.4 PROCESO METODOLÓGICO	105
5.4.1 Momento 1: Acercamiento institucional	105
5.4.2 Momento 2: Implementación del programa integral de atención psicosocial y de información al acudiente PIA	107
5.5 CRONOGRAMA	111
CONCLUSIONES	113
RECOMENDACIONES	115
BIBLIOGRAFÍA	117
ANEXOS	120

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Discapacidad sensorial	29
Tabla 2 Factores de riesgo de la población en condición de discapacidad	30
Tabla 3 Resultados Censo realizado durante el año 1993.	38
Tabla 4 Distribución de los/las estudiantes por género.....	56
Tabla 5 Distribución por edad cronológica.....	57
Tabla 6 Distribución por tipo de discapacidad.	58
Tabla 7 Distribución por lugar de procedencia.....	60
Tabla 8 Distribución por Seguridad Social	61
Tabla 9 Matriz de análisis interno	65
Tabla 10 Matriz de Análisis externo.....	67
Tabla 11 Cruce de variables internas y externas.....	70
Tabla 12 Matriz de priorización de estrategias	72
Tabla 13 Priorización de estrategias.....	74
Tabla 14 Plan Operativo del Eje estratégico en Educación	77
Tabla 15 Plan Operativo del Eje estratégico en Comunicación.	80
Tabla 16 Plan Operativo del Eje estratégico Asistencial.....	84
Tabla 17 Sesiones educativas grupo 1	88
Tabla 18 Sesiones educativas grupo 2.....	90
Tabla 19 Sesiones educativas grupo 3.....	91
Tabla 20 Sesiones educativas grupo 4.....	93
Tabla 21 Sesiones educativas grupo 5.....	93

LISTA DE IMÁGENES

Imagen 1 Celebración de Halloween octubre de 2009.62

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Funcionarios Instituto ideales.....	51
---	----

LISTA ANEXOS

ANEXO A FORMATO DE FICHA SOCIAL PARA VISITA DOMICILIARIA	121
ANEXO B CITACIÓN REUNIÓN PADRES, MADRES Y/O ACUDIENTES	128
ANEXO C INVITACION TALLER PADRES DE FAMILIA	129

RESUMEN

TITULO: PROCESO DE ACTUACION PROFESIONAL PARA EL DESARROLLO DE HÁBITOS SALUDABLES CON LA POBLACION EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD VINCULADA AL INSTITUTO DE ADAPTACION LABORAL EN SANTANDER IDEALES.*

AUTORA: MATEUS LÓPEZ, Arelis.**

PALABRAS CLAVES: Estilos de vida saludables, Condición de discapacidad, Educación, Salud, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, educación especial, información y acciones asistenciales.

DESCRIPCIÓN:

Se realizó el siguiente proceso de intervención en el Instituto de adaptación laboral en Santander IDEALES, Institución creada en 1973 por las Damas Rosadas que promueve la formación socio laboral de personas en condición de discapacidad con el fin de mejorar las condiciones y el proyecto de vida de esta población, en el cual se desarrollaron actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a población en condición de discapacidad vinculada a este instituto. Este proceso contó con las debidas acciones metodológicas de ubicación institucional, diagnóstico socio familiar, económico y en salud, a continuación se desarrolló la planeación de acciones en el marco de la metodología de planeación estratégica que finalmente conllevaron a la realización de tres tipos de ejes consistentes en una etapa asistencial, una etapa educativa y finalmente la etapa informativa. La etapa Asistencial exigió el levantamiento de información socioeconómica, situación de la vivienda, relaciones familiares, situación de salud que conllevaron a la elaboración de la base de datos de los estudiantes. Dentro del eje informativo fueron necesarios contactos institucionales que permitieran a los padres, madres y/o acudientes de los/las estudiantes permitir el acceso a la información legal y en salud necesaria para garantizar mejores niveles de calidad de vida y finalmente, se desarrollaron acciones educativas en los estudiantes por medio de actividades pedagógicas lúdicas y reflexivas especiales que garantizaran el sano ejercicio de sus condición y la generación de hábitos y estilos de vida saludables. Finalmente se presenta la propuesta de intervención profesional.

* Trabajo de grado.

**Facultad de Ciencia Humanas. Escuela de Trabajo Social. Directora: Adriana Vega. Trabajadora Social.

ABSTRACT

TITLE: BUSINESS PROCESS PERFORMANCE FOR THE DEVELOPMENT OF HEALTHY HABITS WITH THE POPULATION STATUS OF DISABILITY-RELATED WORK INSTITUTE OF ADAPTATION IN SANTANDER IDEALS

AUTHOR: MATHEUS LÓPEZ, Arelis.**

KEYWORD: Healthy lifestyles, disability, education, health, health promotion, disease prevention, special education, information and assistance actions.

DESCRIPTION:

Was performed following the intervention process at the Institute of Santander IDEALS labor adjustment, Institution created in 1973 by the Pink Ladies training partner that promotes employment of people in disability status in order to improve conditions and the proposed life of this population, in which activities were carried out health promotion and disease prevention population connected disability status to this institute. This process was due methodological actions of institutional location, diagnosis, family socio, economic and health, then developed action planning under the methodology of strategic planning that ultimately led to the realization of three types of lines consisting of one stage of care, an educational stage and finally the information stage.

Assistive stage demanded the lifting of economic information, housing situation, family relations, health conditions that led to the development of the database of students. Information within the shaft were necessary institutional contacts that would enable parents and / or guardians of the students to allow access to legal and health information needed to ensure better levels of quality of life and finally developed educational activities the students through educational activities and recreational special reflective guarantee the healthy exercise of their condition and the generation of habits and lifestyles. Finally, we present the proposal for professional intervention.

*Graduate thesis project

** School of Human Science. School of Social Work. Director: Adriana Vega. Social Worker

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud¹, para el año 2009 en Latinoamérica existían aproximadamente 85 millones de personas en condición de discapacidad. Es probable que más de un cuarto de la población total de la región se encuentre afectada directa o indirectamente, ya sean familiares, amistades o miembros de la comunidad. La accesibilidad y movilidad son identificadas como los principales problemas a los que se enfrenta la población en condición de discapacitada, debido a muchas barreras; entre estas las arquitectónicas y urbanísticas que intensifican la dificultad para integrarse a la sociedad y realizar las actividades cotidianas. De igual forma, se encuentran los constructos sociales, imaginarios e influencias y prejuicios que generan tratos discriminatorios y estereotipos sociales que actúan como impedimentos para el desarrollo adecuado de una persona en condición de discapacidad en una sociedad multicultural.

EL INSTITUTO DE ADAPTACIÓN LABORAL EN SANTANDER IDEALES es una organización sin ánimo de lucro que presta servicios educativos, asistenciales y de acompañamiento a población en condición de discapacidad en la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, principal motivo por el cual se constituyó en el escenario propicio para el desarrollo de un proceso de actuación profesional de Trabajo Social durante el primer semestre de 2010, cuya finalidad fue establecer acciones de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, mediante el fomento de estilos de vida saludables entre los/las estudiantes vinculados, así como el desarrollo de estrategias experienciales y reflexivas adecuados a sus necesidades particulares de formación, que favorecieron el desarrollo de planes de vida mancomunados

¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe mundial sobre la situación de discapacidad en Latinoamérica [Online]. 2009, [citado 2010-06-16] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/SAP21.pdf>

entre padres e hijos, disminuyendo los factores de riesgo psicosocial y de esta forma mejorando su calidad de vida en el ámbito institucional y familiar.

Los resultados del proceso adelantado se describen en este documento que inicia con el ámbito teórico-conceptual sobre la condición de discapacidad requerido para constituir un acercamiento adecuado a nivel microsocial, así como su relación con el campo de la salud y los elementos fundamentales que permiten un mejor acercamiento social, participativo e incluyente durante el proceso de intervención en Trabajo Social en la condición de discapacidad. Seguidamente, en el segundo capítulo, se presenta la información de contexto en torno a políticas sociales y de índole legal que exigen el establecimiento de acciones de cumplimiento y orientaciones para intervención con esta población, que se deduce por parte de las naciones y finalmente en sus diversas réplicas a nivel nacional en cada uno de los Departamentos y municipios en la búsqueda de la equidad para la consecución de la igualdad de oportunidades de esta población vulnerable.

En el tercer capítulo se encontrará información institucional sobre el INSTITUTO DE ADAPTACIÓN LABORAL EN SANTANDER IDEALES como organización social sin ánimo de lucro. Los datos aquí suministrados brindarán todos los elementos con los cuales se contó, en aras de fortalecer el proceso y brindarle coherencia entre la labor desarrollada por la practicante y .los fines que busca la institución con la realización del mismo. Con este aparte se establecen las primeras impresiones en torno a las dimensiones psicosociales vividas por parte de los miembros del equipo psicosocial, administrativo y de los estudiantes.

En el cuarto capítulo se presenta con detalle el proceso adelantado en la institución, el cual incluye las diversas fases preestablecidas con base en la planeación estratégica. Esta se define como aquel tipo de planeación gerencial encargado de vislumbrar con mayor facilidad la situación de una institución en los ámbitos operativos, intermedio y directivo, de tal modo que permita diseñar

el camino más adecuado, -léase óptimo-, y con menor grado de incertidumbre, facilitando el desarrollo y la cultura organizacional. Finalmente se presenta la propuesta de intervención profesional en salud, desde un eje psicosocial, como un elemento básico para permitir, de manera oportuna, integralidad y desarrollo a nivel conductual, emocional y social tanto para los estudiantes como sus familias.

La recolección de la información de la población atendida para el análisis se encuentra dividida en dos grandes bloques: el primero buscó la realización del diagnóstico situacional estratégico, realizando una aproximación a nivel externo e interno de las diversas problemáticas percibidas y sentidas por toda la comunidad académica, familiar e institucional para luego continuar con la planeación y sus respectivas planes operativos a implementar.

Finalmente la ejecución implicó la realización de tres bloques de estrategias educativas, informativas y asistenciales básicas para garantizar el mejor desempeño en el marco de la práctica llevada a cabo en la institución, pretendiendo con estas garantizar el mejoramiento del proceso en aras de la construcción de una propuesta de intervención de Trabajo Social que genere en la población sujeto de intervención- En este caso en condición de discapacidad- la realización de la propuesta de intervención psicosocial de mayor impacto y análisis del propio proceso, necesario tanto para la institución como para el ejercicio de esta profesión-disciplina.

Resulta importante vislumbrar que este ejercicio corresponde a un ligero acercamiento al tema de la discapacidad, en el que Trabajo Social como profesión no se encuentra exento de intervención, en la medida que la práctica realizada permitió establecer parámetros psicosociales generales que, desde la intervención en el campo de la salud, fueron eficaces y permitieron mejores niveles organizativos, mayor comunicación y por consiguiente adecuados derroteros para el fortalecimiento tanto de los estudiantes como de sus familias.

1 DISCAPACIDAD Y SALUD: DOS ELEMENTOS INDISOLUBLES EN LA CONSTRUCCIÓN DE UNA SOCIEDAD

Es bien sabido que en el pasado existió un amplio dominio del modelo biomédico² respecto al concepto de salud y su enfoque del dualismo cuerpo-mente, en donde había una fuerte tendencia centrada en la enfermedad; esta última se entendía en términos exclusivamente biológicos que, a su vez, podían tener consecuencias psicológicas, pero lo psicológico no podía derivar en un problema de salud físico. Desde esta perspectiva, la salud se definía como ausencia de enfermedad o aflicción del cuerpo por causas biológicas que poco tienen que ver con procesos psicológicos y sociales; asimismo, las quejas o síntomas subjetivos del individuo se consideraban la consecuencia o expresión de un desequilibrio biológico subyacente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”³. De esta manera, además de la concepción integral de las diferentes áreas que conforman la salud, se propone no sólo un ataque frontal a las enfermedades, sino un trabajo permanente de promoción a la salud, lo que mejora el paradigma biomédico tradicional y se conforma en un modelo biopsicosocial.

Aunque la condición de discapacidad y sus diversas manifestaciones no han sufrido cambios a lo largo de la vida, sus diversas percepciones sociales si han

² El modelo biomédico considera que las investigaciones, los recursos y la práctica en suma, deben ir dirigidos mayoritariamente al estudio de la lesión que, en el mejor de los casos, analizaría hasta las últimas causas internas de dicha lesión. Este modelo ha dejado de poseer importancia en la medida que no garantiza una atención integral en salud. Además de tener campos de actuación limitados. Tomado de: KRIEGER N. Teorías para una epidemiología social del siglo XXI: Una perspectiva Ecosocial. *International Journal of Epidemiology*. 2001; Vol. 30:p. 667

³ COOK, Raymond. El derecho internacional y la salud en la mujer. Publicación científica N° 542. Organización Panamericana de la Salud. México: OPS. 1993. p. 36.

experimentado transformaciones, que han permitido, paulatinamente, el mejoramiento de las condiciones de vida e inclusión social, política y económica de este segmento poblacional que cada día requiere mayores acciones a nivel institucional y, por consiguiente, esfuerzo profesional, del cual Trabajo Social cumple una labor de gran importancia y a su vez le exige profundos y efectivos retos en cuanto al conocimiento y garantía de las normas que apoyan esta condición, el acompañamiento profesional y la organización y gestión del talento humano, recursos económicos, potencialidades culturales y dinamismo social necesario para establecer mejores prácticas de intervención que favorezcan las condiciones de vida en este segmento poblacional.

A continuación se observarán aquellos aspectos que fundamentaron el desarrollo del proceso de intervención necesario para fortalecer el quehacer profesional de Trabajo Social en el campo de la discapacidad.

1.1 LA DISCAPACIDAD COMO CONCEPTO

La Organización Mundial de la Salud ha estado interesada en la definición del término discapacidad, inicialmente en el año de 1980 realizó una clasificación en tres niveles: primero “deficiencia”, entendida como toda pérdida o anormalidad de una función o una estructura psicológica, fisiológica o anatómica; “discapacidad” ⁴propriadamente dicha, que define como toda restricción o falta de habilidad (resultado de una deficiencia) parcial o total para realizar una actividad de un modo, o dentro de unos límites considerados como normales para el ser humano; y “minusvalía” que es una desventaja social o de situación para el individuo, derivada de una deficiencia o de una discapacidad, la cual limita o impide la realización de un papel normal relacionado con la edad, sexo y los factores socioculturales.

⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification relating to the consequences of disease, 1980; p. 51 – 78.

Años más tarde la OMS, entendiendo integralmente la discapacidad como el resultado de las interacciones entre las condiciones personales del individuo y las características ambientales que involucran el entorno social, económico, político y cultural, propuso una nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad CIF, a partir de la cual el término discapacidad se emplea en tres dimensiones: déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación social⁵, esta definición es aceptada mundialmente. No obstante se hace importante tener en cuenta la evolución del concepto y como éste se ha revitalizado con el tiempo, enfocándose, principalmente, a la persona como un sujeto.

1.2 MODELO BIOSICOSOCIAL EN SALUD PARA LA ATENCION DE LA POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

El Modelo biopsicosocial es un modelo o enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico, el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad.

De hecho, la salud se entiende mejor en términos de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales y no puramente en términos biológicos.⁶ Contrasta con el modelo reduccionista tradicional, únicamente biológico que sugiere que cada proceso de la enfermedad puede ser explicado

⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad - CIF. Ginebra, 2000.

⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS, OPS. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Secretaria general de asuntos sociales. Instituto de migraciones y servicios sociales. 2001.

en términos de una desviación de la función normal subyacente, como un agente patógeno, genético o anormalidad del desarrollo o lesión.⁷

Resulta importante tener en cuenta que la conceptualización de la discapacidad como condición guarda, eminentemente, una fuerte connotación sociohistórica que también ha ido de la mano con el concepto de salud, puede decirse que la percepción de la misma a influido notablemente con el propio desarrollo de la salud; es por esta razón que ambos se encuentran entrelazados. Sin embargo a continuación se vislumbrará esta asociación, desde los propios antecedentes del concepto.

1.2.1 Antecedentes sociohistóricos de la discapacidad.

En las sociedades primitivas las personas que presentaban una condición de discapacidad de cualquier tipo, eran eliminados, e incluso al recién nacido con un defecto físico se mataba. Como en muchos casos las discapacidades no son perceptibles al nacer, muchos niños se salvaron de este cruel exterminio, pasando así a formar las filas de los mendigos y menesterosos.

El surgimiento del Cristianismo⁸ provocó un cambio de actitud que llevó a respetar el derecho a la vida de los individuos que padecían una condición de discapacidad. A través de todas las épocas y en casi todas las culturas, los discapacitados habían sido marginados, y aislados.

A finales del siglo XVIII y a principios del XIX, en el período de 1771 y 1829 tienen lugar dos acontecimientos de gran trascendencia que abrieron una nueva era en la historia de los discapacitados visuales. Dos franceses, Valentín Haüy y Louis Braille, son los protagonistas de estos hechos. Valentín Haüy bajo la convicción que la educación del ciego era posible, crea en 1784 el Instituto Nacional de Jóvenes Ciegos de Paris demostrando la posibilidad de

⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la salud: glosario. Ginebra; 1998.

⁸ ARNAIZ SÁNCHEZ, P. El reto de educar en una sociedad multicultural y desigual. En: A. Sánchez Palomino y otros (coord.). Los desafíos de la educación especial en el umbral del siglo XXI. Mc GrawHill. México, 2007. p. 87.

aprendizaje y el poder educativo de la sociedad en las personas ciegas. Comenzó enseñando a leer por medio de letras grabadas en planchas de madera. Louis Braille⁹ posteriormente inventa el sistema Braille utilizado hoy por las personas ciegas. En 1854 se adoptó el Sistema Braille como sistema oficial de enseñanza en la Institución de Jóvenes Ciegos de París¹⁰, y en 1878 se le adoptó como sistema universal para la enseñanza de los ciegos. Se inicia así el movimiento de la "integración", no dándole a esta palabra el sentido que hoy se le da, sino, "derecho a ocupar un lugar en la sociedad".

Otros acontecimientos como las guerras mundiales dieron como resultado un gran número de personas en condición de discapacidad a lo cual los gobiernos debían responder brindándoles atención en todas sus formas.

En esas épocas se procuraba que las personas discapacitadas cursaran la primaria y secundaria en establecimientos especiales o exclusivos; se creía que su limitación exigía métodos completamente especializados, y que incluso, los educadores requerían también un trato diferente; sin embargo años después se demostró la importancia de que las personas con discapacidades se educaran en establecimientos regulares al lado de todos los niños, y jóvenes, para favorecer el proceso de socialización, en donde la educación no se recibe para desempeñarse y convivir sólo como personas discapacitadas, sino para enfrentarse a un mundo, en donde sean tenidos en cuenta como personas competentes productivas con los mismos derechos y obligaciones de toda persona.

La integración en las aulas regulares abrió un gran camino hacia la educación sin discriminación, pero ésta se basó sólo en llevar al estudiante las aulas

⁹ *Ibíd.*, p. 90.

¹⁰ *Ibíd.*, p. 93.

regulares, pero sin brindarle las mismas oportunidades de aprendizaje de sus demás compañeros¹¹.

1.2.2 Acercamiento contemporáneo al concepto de Discapacidad

El término "discapacidad" fue aceptado por la Real Academia Española de la Lengua hace diez años. Otros términos quizás más comunes--como, por ejemplo, "incapacidad" o "minusválido"-- pueden dar a entender que las personas con discapacidades son personas "sin habilidad" o de "menor valor." En comparación, "discapacidad" quiere decir una falta de habilidad en algún ramo específico. El uso del término reconoce que todos los individuos con discapacidades pueden contribuir a nuestra sociedad de la misma forma que el resto de la población.

La Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad define la discapacidad como

El término "discapacidad" significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social¹²

En el anterior concepto la discapacidad es una condición en el cual influyen y convergen diversos elementos de gran amplitud que delimitan y luchan contra la tradición que la considera como un fenómeno de la "incapacidad", ser incapaz de hacer algo, o de encontrarse impedido para realizar alguna labor, esta forma de ver la condición de discapacidad conlleva necesariamente a un

¹¹ ARIAS Claudia y TOBARES Elizabeth. EL ASPECTO SOCIAL DE LA INTEGRACIÓN ESCOLAR DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD: INTERACCIONES. Revista Chilena online Redalyc. [Online]. 2009, [citado 2010-06-13], Disponible en: http://www.redalycs.net._hdgjjsk=index.gjk.

¹² Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con Discapacidad. 2000. [Online]. 2007, [citado 2010-06-16] Disponible en: <http://www.oas.org/Juridico/spanish/tratados/a-65.html>

aislamiento social y laboral, generando en las personas que conviven con ella una incapacidad de índole mental, de imposibilidad o desadaptación con el medio que le rodea. Por esta razón se habla de condición de discapacidad y no simplemente discapacidad como un término estático, esencialista¹³

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud (OMS), recientemente ha revisado el concepto de discapacidad, como consecuencia de la necesidad de ajustar los procedimientos de diagnóstico a las nuevas realidades, exponiendo una breve revisión de la evolución del concepto desde la primera clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDM), adoptando actualmente el siguiente concepto de discapacidad.

La discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Se clasifican en nueve grupos: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad¹⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS), propone otros dos conceptos que buscan dar claridad en el diagnóstico de las personas con discapacidad.

Deficiencia: dentro de la experiencia de la salud se define como toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

¹³ ESENCIALISMO es un término que engloba las doctrinas que se ocupan del estudio de la esencia — lo que hace que un ser sea lo que es — por oposición a las contingencias — lo que es accidental, cuya ausencia no cuestiona la naturaleza de este ser. De esta manera se entiende que el esencialismo responde a pensar que las cosas son por lo que vemos en ellas mas no que sean por productos de situaciones o contingencias. Tomado de, FERRATER MORA, José. DICCIONARIO DE FILOSOFÍA.

¹⁴ CÁCERES RODRÍGUEZ, Celsa. SOBRE EL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD. UNA REVISIÓN DE LAS PROPUESTAS DE LA OMS. Dpto. de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de la Laguna. Tenerife. Islas Canarias. España. [Online]. 2008, [citado 2010-07-14], Disponible en: <http://www.auditio.com/revista/vol2/3/020304.pdf>

Puede ser temporal o permanente y en principio solo afecta al órgano. Esta clasificaciones podrán ser: intelectuales, psicológicas, del lenguaje, del órgano de la audición, del órgano de la visión, viscerales, músculo esqueléticas, desfiguradoras, generalizadas, sensitivas y otras deficiencias.

Minusvalía: Viene definida como toda situación desventajosa para una persona concreta, producto de una deficiencia o de una discapacidad, que supone una limitación o un impedimento en el desempeño de un determinado rol en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o estatus de la persona en relación con sus propias expectativas o las del grupo al que pertenece, representa la socialización de una deficiencia o discapacidad. La desventaja surge del fracaso o incapacidad para satisfacer las expectativas del universo del individuo.

Las minusvalías se clasifican de acuerdo a seis grandes dimensiones en las que se espera demostrar la competencia de la persona y que se denominan roles de supervivencia, por lo que las minusvalías podrán ser: de orientación, de independencia física, de la movilidad, ocupacional, de integración social, de autosuficiencia económica y otras¹⁵

Las discapacidades pueden ser cognitivas, físicas, y sensoriales¹⁶. Este trabajo se enfocará en las discapacidades tanto físicas, sensoriales y cognitivas, por ser el objeto de esta intervención en Trabajo Social en el Instituto de Adaptación Laboral en Santander - IDEALES.

1.2.3 Tipología de la discapacidad

La terminología utilizada en discapacidad que se describe a continuación responde al resultado del estudio de caracterización llevada a cabo por la Asociación Interamericana para el estudio en discapacidad realizado en la ciudad de los Ángeles, de los cuales se han establecido parámetros en torno a

¹⁵. *ibid.* p.2-3

¹⁶ BRENNAN, W. K. El currículo para niños con necesidades especiales. Madrid: Siglo XXI. 1990., p. 35.

la clasificación de este grupo poblacional. Para efectos de esta práctica profesional se utilizarán aquellas referidas a la de tipo sensomotora y cognitiva por ser éstas el objeto de intervención de la Institución.

- **Discapacidad Física.**

La discapacidad física¹⁷ se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos y/o las piernas.

Una discapacidad física se puede presentar por muchas causas: por factores congénitos, hereditarios o cromosómicos; por accidentes o enfermedades degenerativas, neuromusculares, infecciosas o metabólicas, entre otras.

Entre los niños, los diagnósticos más frecuentes son la parálisis cerebral, enfermedades neuromusculares, alteraciones raquímedulares, enfermedades del sistema nervioso central, amputaciones congénitas (niños que nacen sin brazos o piernas) y malformaciones.

Los accidentes son otro tema emergente, que genera casos de mucha complejidad. Los traumatismos encefalocraneanos y las lesiones medulares pueden presentar secuelas muy severas, como paraplejia (inmovilidad de la cintura hacia abajo), cuadraplejia o tetraplejia. Las causas de discapacidad física, por tanto, son muchas y muy diversas.

- **Discapacidad Sensorial**

¹⁷ CIDDM-2 (1999). Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. (Documento).

Tabla 1 Discapacidad sensorial

Discapacidad Sensorial		
Visual	Auditiva	Comunicación y lenguaje
Ceguera ¹⁸	Hipoacusia ¹⁹	Afonía ²⁰
Baja Visión ²¹	Sordera ²²	Disfonía ²³
Limitación Visual ²⁴		

Fuente: Compilación gráfica realizada por la autora.

¹⁸ Pérdida de la visión debida a daños producidos en los ojos por traumatismos, enfermedades, desnutrición o defectos congénitos. También falta de visión total o disminución muy acusada de la capacidad visual. Ver: CIDDM-2 (1999). Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. (Documento).

¹⁹ Pérdida parcial de la capacidad auditiva. Ver: CIDDM-2 (1999). Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. (Documento).

²⁰ Pérdida total de la voz Ver: CIDDM-2 (1999). Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. (Documento).

²¹ La limitación de la visión de distancia. La mayoría de las personas podrán utilizar su visión para muchas actividades, algunos pocos para leer y otros deberán complementar su aprendizaje visual con el táctil. Bajo ningún concepto se los debe llamar "ciegos". Ver: CIDDM-2 (1999). Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. (Documento).

²² La sordera es la dificultad o la imposibilidad de usar el sentido del oído debido a una pérdida de la capacidad auditiva parcial (hipoacusia) o total (cofosis), y unilateral o bilateral. Ver: CIDDM-2 (1999). Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. (Documento).

²³ Pérdida parcial de la voz por causas orgánicas o accidentales. Ver: CIDDM-2 (1999). Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. (Documento).

²⁴ El término se refiere a las personas que de alguna manera están limitados en el uso de su visión. Pueden tener dificultad para ver materiales comunes para el aprendizaje sin contar con una iluminación especial o pueden no ver objetos a cierta distancia a menos que estén en movimiento. Puede ser también que deban usar lentes o lupas especiales para poder utilizar la visión que poseen. Los niños limitados visuales deben ser considerados como niños videntes para los fines educativos. Ver: CIDDM-2 (1999). Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. (Documento).

La discapacidad sensorial se refiere a deficiencias en alguno de los sentidos como los visuales, y de la audición, así como problemas en la comunicación y el lenguaje. Tal caso se detalla en la Tabla 1. De igual forma estas discapacidades juegan un papel importante en la ubicación espacial del individuo, que de no ser respetadas de manera efectiva, pueden ocasionar riesgos para la propia supervivencia de los sujetos involucrados, representados en accidentes de tránsito, domésticos y laborales en mayor o menor posibilidad, incidencia e impacto.

- Discapacidad cognitiva

Consiste en la disminución en las habilidades cognitivas e intelectuales del individuo²⁵. Entre las más conocidas discapacidades cognitivas están: El Autismo, El síndrome Down²⁶, Síndrome de Asperger y el Retraso Mental. Cuando se estudia la discapacidad cognitiva de acuerdo con la teoría de Howard Gardner, las personas con discapacidad cognitiva tendrían dificultades principalmente en el desarrollo de la inteligencia verbal y matemática, mientras que en la mayoría de casos conservar intactas sus demás inteligencias tales como artística, musical, interpersonal e intra-personal.

La discapacidad cognitiva es una de las más evidenciadas y asimismo apoyadas en los ámbitos educativos contemporáneos. Existen muchas escuelas que durante su formación establecen mecanismos incluyentes para que esta población con problemas de aprendizaje pueda adaptarse con mayor facilidad en el medio que le rodea. Sin embargo, también es claro que esta

²⁵ VERDUGO, M.A. Investigación en discapacidad: prioridades del futuro inmediato. Ariel: Madrid. 2000., p. 233.

²⁶ AMMERMAN, R.T. Nuevas tendencias en investigación sobre discapacidad. 2000., Limusa: Barcelona. p.76.

población sufre los mayores índices de violencia, abuso sexual²⁷ y abandono por parte de los padres y/o parientes responsables. También puede mencionarse al respecto que de manera general, las discapacidades juegan un papel importante en el desarrollo social del sujeto, en la medida que permiten la perduración de situaciones sociales que poco a poco fragmentan y atomizan su atención adecuada, pues es una de los grupos con mayores necesidades de atención, educación y afecto que sólo los padres pueden ofrecerle. Por parte de la profesión de Trabajo Social, aunque se han realizado pocas intervenciones en estos aspectos resulta un campo interesante para explorar y poder aplicar las metodologías de aprendizaje y reconocimiento social de este grupo etario.

1.3 LA EXCLUSIÓN DEL DISCAPACITADO COMO CATEGORÍA DE ANÁLISIS EN LA SALUD DEL SUJETO

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, afirma que “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social,” No obstante, a pesar de los inminentes esfuerzos realizados por los países a lo largo del mundo entero para asegurar el derecho a la salud de forma integral para todos, persisten realidades distintas en las que muchas personas en situación de discapacidad son discriminadas dentro de un sistema de salud al que le cuesta comprender que la diversidad es sencillamente una condición de todos los seres humanos.

Partiendo de estas preocupaciones los países del mundo proponen mayor inclusión en salud a partir del trato diferencial o también denominada

²⁷ Según cifras de la Organización Mundial de la Salud OMS, tres de cada siete niños, niñas y adolescentes con problemas cognitivos se encuentran amenazados o han presentado algún síntoma de abuso sexual durante toda su vida, esta organización recomienda mayores controles por parte de las autoridades sanitarias y atención psicosocial para evitar que este flagelo se siga manifestando con tanta incidencia. Ver: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS, Estudio sobre la condición de discapacidad en América Latina [Online]. 2009, [citado 2010-08-24], Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Discapacidad-SPA.pdf>

discriminación positiva, que atienda a la diversidad brindando una educación de calidad en la cual se respeten las diferencias; estas diferencias han sido un tema de gran controversia debido a una serie de concepciones, imaginarios y prácticas frente a la temática de inclusión, las cuales son dignas de identificar, por ser generadoras de ciertas actitudes negativas o positivas frente a la manifestación de la discapacidad.

En Colombia se han generado políticas de acceso y permanencia para una salud inclusiva y, principalmente, que han favorecido especialmente los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, hecho que posiblemente dará una mayor demanda a las IPS , las cuales están llamadas a actualizar sus dinámicas, procesos y recorridos para lograr ser incluyentes y equitativas y así garantizar el ingreso y permanencia de grupos vulnerables, como lo son personas en situación de discapacidad físicas-sensoriales

A partir del respeto por la diferencia como elemento esencial de la inclusión se evidencia la necesidad de conocer a través de este proceso de actuación profesional, los procesos promocionales para la salud que implementa el Instituto de Adaptación Laboral en Santander IDEALES en la atención de dicha población, con miras a seguir los lineamientos y políticas que sobre la misma han planteado los diferentes organismos nacionales e internacionales con la intención de responder a las necesidades de este grupo poblacional promoviendo su desarrollo personal y su inclusión a la sociedad.

La población en condición de discapacidad soporta muchas dificultades más allá de la propia dificultad que se experimenta, es por esta razón que el Instituto de Adaptación Laboral en Santander IDEALES, cumple un papel integrador frente a esta problemática, en la medida que aporta estrategias educativas para conseguir que sus egresados vivan la discapacidad logrando su adaptación, léase inclusión, en el mundo laboral. Si bien es cierto que los sistemas de salud no aportan los suficientes elementos dentro de sus

programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y han adaptado modelos educativos no formales que no abarcan o logran impacto en la población en condición de discapacidad, también es cierto que dentro del ámbito de la ley se pueden establecer mejores formas de acercamiento por parte de instituciones y profesionales que generen soluciones en aras del mejoramiento en las condiciones de vida de grupo de ciudadanos que también la requieren, no como ayuda, sino como un derecho.

De este modo el modelo biopsicosocial en salud para la atención integral de las personas con discapacidad se esfuerza por aportar mejores elementos que actúen como factores protectores frente a los factores de riesgo que vive a diario esta población, como la propia sobreprotección a la que tienen que conformarse debido a la exclusión social que impone desde el mundo de los “normales”, cuando el mundo del cual comparten no es compartido y su condición de sujetos es negada de tajo, situación apreciable en la comunicación establecida con las personas con discapacidad motora, sensoriomotora o cognitiva, Rojas (Tabla 2) al respecto identifica dentro de los factores de riesgo en salud de la población en condición de discapacidad los siguientes:

Tabla 2 Factores de riesgo de la población en condición de discapacidad

Factores de riesgo generales	Manifestación
La herencia genética	Composición cromosómica Historia Genética
Factores psicosociales	Manejo emocional Historia familiar Proceso de socialización primaria y secundaria. Desarrollo humano Depresión congénita Psico-patología y socio-patologías
Composición biológica del sujeto	Composición fisiológica Composición anatómica Presencia de desnutrición prematura
Hábitos personales de los padres	Consumo drogas

	Consumo de alcohol Consumo de cigarrillo Colesterol. Obesidad
Factores ambientales	Hábitos de higiene Calidad del medio circundante Relación empresa-sociedad-ambiente.
Factores ocupacionales	Tipo de labor u ocupación Ubicación de la labor Tiempo dedicado Horario (día, noche) Carga laboral diaria
Factores ergonómicos	Repeticiones Posición de trabajo

Fuente: ROJAS, Héctor. En torno a la discapacidad: un enfoque biopsicosocial

En este ligero acercamiento pueden observarse las diversas manifestaciones de los riesgos sobrellevados por esta población en cuanto a la diversidad de elementos que influyen negativamente y potencian de alguna medida la propia condición, mucha veces reincidiendo y haciendo que cada día mas y mas casos de esta índole se presenten, como se observa también en el cuadro también coexisten factores incontrolables como la herencia y la composición biológica, pero la tendencia está basada en factores que pueden evitarse y que por medio de la promoción de hábitos saludables puedan mejorarse. En conclusión, la educación a tiempo puede jugar a un papel bastante positivo y proactivo para disminuirlas, así como la articulación de esta con la elaboración de mejores canales informativos que permitan una mejora adaptabilidad en el medio circundante: la sociedad.

Queda abierto el camino conceptual para continuar con otro elemento bastante importante como es la ubicación de la problemática en discapacidad con respecto a las acciones tomadas por el Estado en el marco de las políticas públicas de las cuales Trabajo Social no debe ser ajeno.

2 LAS POLITICAS SOCIALES EN TORNO A LA DISCAPACIDAD: UN BREVE ACERCAMIENTO

Los principales textos internacionales poseen planteamientos específicos con relación a los derechos de las personas con discapacidad, e imprimen deberes de los Estados y de la sociedad en general para con ellos, de la misma forma señalan lineamientos para la acción en la forma de prevenir la discapacidad, brindar la atención y generar las condiciones de integración social y de superación de cualquier forma de discriminación

Es importante aclarar que aunque estas normas internacionales, no tienen carácter obligatorio sí simbolizan el compromiso de los Estados de cumplir y desarrollar internamente, a través de su legislación, los principios y lineamientos contemplados en las mismas

La Declaración Universal de los Derechos Humanos” adoptada en 1948 por la Asamblea general de las Naciones unidas señala el carácter de imparcialidad para la atención de la población con discapacidad así como el principio no discriminador. De la misma manera en 1971 se establece la declaración de los derechos de las personas con retraso mental en la cual se establecen mecanismos de integración social, como el derecho a recibir, con carácter prioritario, cuidados médicos, atención diferencial y garantía en los tratamientos de rehabilitación, asimismo esta ley establece, de forma tajante, que las personas en condición de discapacidad deben gozar de los mismos derechos que los demás seres humanos, de esta manera equiparando las posibilidades sociales con las antes denominadas “normales”

En 1976 el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales estipula los derechos de segunda generación con el carácter garante de derechos fundamentales como la vida y la honra, en esta legislación se establece el carácter de accesibilidad a los diversos escenarios sociales, políticos, y culturales que la población en condición de discapacidad debe poseer, ya en 1991 la ONU da un salto social importante, en la medida que se establece los principios para la protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental, norma que trasciende el propio concepto de personas minusválidas e impedidos y comienza su reconocimiento como sujetos de derechos y en derechos.

En la convención internacional sobre los derechos del niño en su artículo 23 se establecen disposiciones sobre los derechos de y los deberes para con los niños con algún grado de impedimento físico y mental, se establece que los NNA (Niños, Niñas y Adolescentes) son quienes deben tener derecho prioritario a acceder a cuidados y atención especiales para alcanzar el disfrute de una vida plena y digna. Igualmente en los Artículos 24 al 28 se plantea, entre otros, los derechos a la atención en salud y los servicios de tratamiento y rehabilitación; especial cuidado; la seguridad social; un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social y en la educación.

A nivel Nacional la Constitución Política de Colombia (1991) al respecto establece en sus artículos 13, 47, 54, 68, y 25 las acciones correspondientes a la atención de la población en condición de discapacidad, específicamente en el campo de salud, educación y trabajo, asegurando implícitamente un trato no discriminatorio.

En 1997 y luego de impedimentos, producto de la falta de voluntad política se elabora el texto de la ley 361 de 1997, también denominada ley de discapacidad “Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones”: Esta disposición normativa puntualiza diversos aspectos en relación con los derechos

fundamentales de las personas con limitación y establece obligaciones y responsabilidades del Estado en sus diferentes niveles para que las personas que se encuentren en esta situación, puedan alcanzar "...su completa realización personal y su total integración social..."; es así como se ocupa de asuntos como la prevención, la educación, la rehabilitación, la integración laboral, el bienestar social, la accesibilidad; temas de gran importancia en el campo de la salud.

Con la Ley 383 de 1997, se determinan normas tendientes a fortalecer la lucha contra la evasión del contrabando y otras disposiciones. Es importante destacar que en su artículo 64 numeral 6 establece la asignación del 2% para desarrollar programas para el mejoramiento de las instituciones de salud mental del país y la atención a inimputables, para programas de discapacidad de los niños de padres de escasos recursos y de rehabilitación psico-social de los niños, base económica sobre la cual el Instituto de Adaptación laboral en Santander IDEALES funciona.

Producto de la creación del Ministerio de la Protección Social se instauran los Decretos 2226 de 1996 y 1152/99 que asignan al Ministerio la función relacionada con la dirección, orientación, vigilancia y ejecución de los planes y programas que en el campo de la salud, se relacionen con la tercera edad, indigentes y discapacitados.

Con los decretos 917 de 1999 se adopta el Manual de calificación de invalidez. En este manual se establecen protocolos para que las instituciones de atención en salud llámense IPS o IPSS asuman la clasificación de la personas por grado de discapacidad presentado, este procedimiento se asume por medio de las EPS, y el Estado por medio del FOSYGA, de esta manera este sistema de clasificación busca el acercamiento de esta población con respecto a las entidades, empresas y demás organizaciones, para garantizar el acceso laboral y en salud.

En el decreto 524 de 2000 se establece que los hijos, los hermanos huérfanos de padres y los padres del afiliado a una caja de compensación familiar que sean inválidos o tengan una disminución de su capacidad física superior al 60% tienen derecho al pago del Subsidio Familiar; pero sólo hasta junio de 2009 la Organización de Estados Americanos (OEA) establece la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad. Su principal objetivo se focaliza en “la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad”²⁸ a través de la cual se comprometió principalmente a los Estados parte, a “Adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad...”,²⁹ además de darle prioridad a acciones de prevención, detección temprana, educación a la población para el respeto y convivencia de las personas con discapacidad, crear canales de participación para este grupo poblacional y las organizaciones que los representan.

Como puede verse, las normas establecidas en el marco de las convenciones, pactos, leyes, decretos y resoluciones, han pretendido, de forma paulatina, una mayor inclusión de esta población en las diversas garantías brindada por el Estado. Corresponde ahora a los gobiernos, la sociedad civil y las organizaciones sociales e instituciones el poder brindar mejores formas para crear redes de información continua que permitan el desarrollo de potencialidades de esta población

Resulta importante aclarar que la contextualización de la condición de discapacidad implica el ejercicio fehaciente de lecturas sociales que permitan

²⁸ CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, Artículo II.

²⁹ *Ibíd.*, p. 08.

un mayor aprovechamiento desde la legislación, las políticas públicas y sociales contemporáneas, de este modo fue necesario conocer desde los acuerdos internacionales, aquellos puntos neurálgicos que garanticen la realización de políticas que favorezcan a este segmento de población. A continuación se observarán las diversas políticas sociales en torno a la condición de discapacidad que facilitaron el proceso de actuación profesional en el Instituto IDEALES.

Según la Organización de la Naciones Unidas (ONU)³⁰, para el 2008 casi el 10% de la población mundial, es decir, seiscientos millones de personas, experimentan algún tipo de discapacidad de las cuales casi las dos terceras partes viven en países en vía de desarrollo

Según otras fuentes, en Latinoamérica viven casi 85 millones de personas en condición de discapacidad³¹, las cuales se encuentran afectadas, principalmente por desempleo, pobreza extrema, acceso limitado a servicios públicos y sociales, cuya consecuencias inminente es la generación de una diada indisociables entre pobreza y discapacidad.

Dentro de los principales factores, ya antes mencionados, se encuentran el aumento de las tasas de accidentalidad, el uso de sustancias psicoactivas, el aumento de la población, los riesgos ambientales y la proliferación de enfermedades, sin que puedan escaparse el maltrato infantil, las conductas delictivas y la prevalencia de la violencia, que sin dudas, juegan un papel preponderante en el aumento de los indicadores negativos en torno a esta situación.

³⁰ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS OMS. 138 Sesión del comité ejecutivo. La discapacidad: Prevención y rehabilitación en el contexto de los derechos al goce del máximo grado de salud que se pueda lograr y otros aspectos relacionados. [Online]. 2010, [citado 2010-08-09] Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?navid=11&pid=520>

³¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe mundial sobre la situación de discapacidad en Latinoamérica [Online]. 2009, [citado 2010-06-16] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/SAP21.pdf>

En Colombia, la información sobre la condición de discapacidad procede de diferentes instituciones o departamentos administrativos, entre ellas varias indagaciones realizadas por el sector universitario y de los diferentes censos realizados a lo largo del tiempo. Por ejemplo, el censo 1.993, la prueba inicial o piloto del municipio de Yopal realizada en el año 2.001, la prueba realizada en el municipio de Soacha en el 2.003, el censo nacional del 2.005, el registro único institucional para la ubicación y caracterización de personas en condición de discapacidad, y los estudios realizados por la Universidad Javeriana, los análisis de prevalencia en discapacidad del Valle del Cauca, por mencionar algunos.

Durante el censo realizado en año 1.993³², se evidenció que Colombia contaba con una población de 33.109.840 habitantes, de los cuales se presentaba una prevalencia de discapacidad del 1.8%³³, es decir, que la cantidad de personas con algún tipo de dificultades cognitivas, motoras o sensomotoras era de 593.618, para un total de 681.838 deficiencias (cabe aclarar que una persona podía presentar más de una deficiencia). Las principales deficiencias fueron la ceguera en un 34.5%, sordera en un 24.8% y el retraso o deficiencia mental con un 16.6% (Tabla 3).

En cuanto al género, la ceguera se presentó con mayor frecuencia en las mujeres en comparación con los hombres, con el 53.3% y 46.6% respectivamente. La deficiencia de miembros superiores fue mayor en los hombres que en las mujeres con un 54.8% y 41.6%³⁴ respectivamente. En este punto, es importante señalar la forma en que se realizó la pregunta durante el

³² DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA DANE. CENSO 1993. [Online]. 2010, [citado 2010-06-16] Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=103&Itemid=76/censo_1993.

³³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe mundial sobre la situación de discapacidad en Latinoamérica [Online]. 2009, [citado 2010-06-16] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/SAP21.pdf>

³⁴ *Ibíd.*, p. 36.

censo, ya que se indagó si la persona presentaba alguna limitación, pero el enfoque de la pregunta hacía referencia a las deficiencias, además otras opciones de deficiencias fueron restringidas si la persona mencionaba alguna que no estuviera dentro las opciones, pues se marcaba como *ninguna de las anteriores*

Tabla 3 Resultados Censo realizado durante el año 1993.

	Hombres	Mujeres	Total
Con ceguera	109.675 (31.2%)	125.342 (38.0%)	235.017 (34.5%)
Con sordera	89.673 (25.5%)	79.770 (24.2%)	169.443 (24.8%)
Con retraso	60.963 (17.3%)	52.356 (15.9%)	113.319 (16.6%)
Deficiencias Miembros inferiores afectados	34.000 (9.7%)	28.007 (8.5%)	62.007 (9.1%)
Miembros superiores afectados	35.469 (10.1%)	25.268 (6.7%)	60.737 (8.9%)
Sin habla	21.735 (6.2%)	19.580 (5.9%)	41.315 (6.0%)
Total	351.515 (51.6%)	330.323 (48.4%)	681.838 (100%)

Fuente: Información estadística de la discapacidad DANE 2004.

Los resultados del censo general 2005³⁵, proyectaron una prevalencia de personas con alguna limitación de 6.3%, es decir que teniendo en cuenta la población total (N=42.090.502), se calcula que existen en el país 2.651.701 personas con por lo menos una limitación. Las principales limitaciones fueron para ver a pesar de usar lentes o gafas en un 43.2%, seguidas por las limitaciones permanentes para moverse o caminar con un 29.5%

Igualmente este Censo obtuvo mayor información sobre las personas en situación de discapacidad a nivel nacional, debido a su cobertura y al enfoque utilizado en las preguntas, pues se utilizó el enfoque de las limitaciones y no el de deficiencias. También se encontró que más del 70% de las personas registradas pertenecen a los estratos 1 y 2. De la misma forma y con respecto

³⁵ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA DANE. CENSO 2005. [Online]. 2010, [citado 2010-06-16] Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=103&Itemid=76/censo_1993.

a la afiliación al Sistema General de Salud y Seguridad Social³⁶, el 49.3% (N=292.691), pertenecen al régimen subsidiado, el 19.1% (N=113.406) al régimen contributivo, el 29.7% no tiene ningún tipo de afiliación (N=176.321), el 1.6% (N=9.834) pertenecen al régimen especial y el 0.3% (N=1.744) no sabe el tipo de afiliación.

Debido a esta situación presentada, a nivel nacional el Estado colombiano ha tomado la iniciativa, aunque algo tardía, de tratar adecuadamente esta situación por medio de políticas sociales que en el marco del CONPES 80 construyeron las líneas de acción.

Según el CONPES 80, el diagnóstico de la situación actual de discapacidad presenta varias dificultades principalmente por las limitaciones de los sistemas de información, prevención, falta de articulación entre los diferentes sectores y el Estado esta situación no permite que se encaminen adecuadamente las políticas públicas de discapacidad de tal modo, que tanto las familias, la sociedad y el Estado colombiano, deben ser artífices de nuevos derroteros en torno a la búsqueda de alternativas que permitan el mejoramiento de la calidad de vida de esta población, en este marco de ideas el Ministerio de la Protección Social estableció el Plan Nacional de Salud pública como una de las líneas de acción *“Prevenir la incidencia de la discapacidad y reparar la calidad de vida de las personas con discapacidad, sus familias y su acceso efectivo a los bienes y servicios sociales mediante la coordinación y articulación de la acciones gubernamentales”*³⁷ dentro de las estrategias desarrolladas para el mejoramiento de esta situación se encuentran la vigilancia en salud pública y en el entorno laboral, la atención integral de las personas que presenten algún

³⁶ DANE. Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad Online]. 2010, [citado 2010-06-16] Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=103&Itemid=76/censo_2005

³⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. COLOMBIA. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 [Online]. 2010, [citado 2010-10-30] Disponible en: <http://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones.php?id=3112>

grado de discapacidad y su inclusión inmediata en el sistema de georeferenciación y data de la nación como población atendida con enfoque diferencial.

Ya en el marco de las acciones específicas, este documento señala las referidas a las acciones informativas, educativas y comunicativas para la promoción de los derechos de las personas con discapacidad³⁸, la prevención de la misma y la realización de estrategias que promuevan la restitución de habilidades y capacidades y el desarrollo de destrezas exploradas, así como su articulación a planes territoriales de rehabilitación funcional con apoyo comunitario, finalmente se hacen sugerencias pedagógicas y psicosociales frente a que la implementación de las mismas deben encontrarse ancladas al ciclo de vida del sujeto, a las particularidades socioculturales de la familia y a la consolidación de redes de apoyo.

A nivel local y según cifras de instituciones departamentales, Santander no cuenta con una cifra exacta de población en condición de discapacidad. Como se vio anteriormente a nivel Nacional se han determinado ciertas cifras, aunque no en constante actualización; no obstante, si el país no tiene datos reales, Santander y Bucaramanga no se han realizado los suficientes esfuerzos, y, por lo tanto, logrado avances al respecto.

El Concejo Municipal de Bucaramanga, desde el 2003, estableció dos Acuerdos: el No. 014 del nueve de mayo de 2003 con el que la administración local debe disponer ventanillas u oficinas especiales para atender al público discapacitado, mujeres en estado de embarazo y adultos mayores.

El otro acuerdo es el No. 021 del 31 de mayo de 2005 con el que se creó el Comité Local Municipal en asuntos de la población discapacitada cuyo objetivo es asesorar al alcalde sobre la política pública para este grupo de la sociedad.

³⁸ *Ibíd.*, p. 09.

Asimismo la Alcaldía de la ciudad desarrolla algunos proyectos para favorecer a la población discapacitada. La Secretaría de Desarrollo Social, en conjunto con el Instituto de Problemas de Aprendizaje (IPA) realizan terapias ocupacionales, fonoaudiológicas y físicas para menores con déficit.

También se brindan material tiflológico³⁹, herramientas para invidentes, y clases de tifloinformática, sistema diseñado especialmente para que los ciegos mejoren sus capacidades y aprendan sobre informática.

En cuanto a infraestructura, la Alcaldía construyó rampas para facilitar la movilidad de los minusválidos y en la calle 35 o paseo del comercio había unos semáforos que pitaban para orientar a los ciegos, pero ya están dañados.

La Asociación de Ciegos⁴⁰ de Santander al respecto se refiere a la situación mencionando que lo más importante es habilitar el transporte público para los discapacitados, idea que se aplicó en la construcción del Sistema Integrado de Transporte Masivo, Metrolínea. No solo para ciegos sino para personas con discapacidad motora, así mismo se han establecido mecanismos laborales de inclusión en este sistema integrado como orientadores en los puntos de control.

En conclusión se encuentra que la situación que rodea a la población en condición de discapacidad esta permeado básicamente por políticas que exigen una mayor inclusión de la misma en los planes, programa y proyectos a nivel institucional, sin embargo, los bajos niveles de conocimiento situacional, la escasez de diagnósticos, la voluntad política y la organización civil en estos

³⁹ En sentido literal, estudio de la ceguera. Con este término no se hace referencia a todo lo relacionado con la problemática de la ceguera (abordada desde una perspectiva amplia), abarcando la educación, la psicología, la rehabilitación.... hasta los medios técnicos auxiliares para el desenvolvimiento del ciego. Tomado de ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OPS, Fundamentación sobre la discapacidad, [Online]. [citado 2010-09-18], Disponible en: http://www.ops.org/colombia.hjygs/om_content&view=article&id=103&Itemid=76/censo_1993.

⁴⁰ TOSCANO, María Astrid. La ciudad un obstáculo más: La situación de los discapacitados en Bucaramanga [Online]. 2010, [citado 2010-10-30] Disponible en: <http://unab.edu.co/portal/page/portal/UNAB/Actualidad-UNAB/Desarrollo?codigonoticia=800&envia=PCOM>

campos muestra que la propia prevención, promoción y atención del discapacitado en el campo de la salud dependen de mayores y mejores elementos informativos y comunicativos así como una educación abierta, continua y dirigida a los distintos grupos de personas que a diario viven y comparten con estos sujetos de derechos, de la misma manera queda demostrado que aún queda mucho camino por recorrer para poder brindar la atención que esta población merece y necesita. Es por esta razón que a continuación se describirá con mayor especificidad la entidad en la cual se desarrolló esta práctica profesional, y como de alguna manera se articularon teoría, contexto y acción profesional determinando límites, adelgazamientos y potencialidades necesarias para su óptimo desarrollo en la medida en que la organización, la formación profesional recibida en la Universidad y el apoyo interinstitucional permitieron el cumplimiento de la intervención profesional de Trabajo Social en el Instituto de Adaptación laboral en Santander IDEALES.

3 IDEALES: INSTITUTO DE ADAPTACIÓN LABORAL EN SANTANDER: BREVE DESCRIPCIÓN INSTITUCIONAL

El INSTITUTO DE ADAPTACIÓN LABORAL EN SANTANDER es una organización de amplia trayectoria en el Departamento de Santander, inicialmente cumple con una labor de adaptación y acomodación de población en condición de discapacidad cognitiva y motora para el departamento, gestionando una serie de recursos humanos, técnicos, materiales y físicos necesarios para la implementación y desarrollo de programas educativos y en capacitación que podrán verse con mayor énfasis a continuación. Para ello inicialmente se realizará una descripción general de los productos o servicios realizados, seguidamente, se presentarán los objetivos misionales y de visión institucional, y finalmente una breve descripción de las actividades, así como otros aspectos que busquen proporcionar una imagen institucional y específicamente del sector en torno a la atención de población en condición de discapacidad que vive en la localidad de Bucaramanga.

Para iniciar se menciona que la actividad económica de EÑ Instituto de Adaptación laboral en Santander IDEALES consiste en promover la formación socio-laboral de la personas en situación de discapacidad (Física, Cognitiva, sensorial) a través de un proceso de rehabilitación integral, atendido por profesionales, el cual brinda asistencia personal, educativa, y ocupacional de actitudes a fin de mejorar su condición y proyecto de vida.

El Instituto fue creado en octubre de 1973, como una de las obras de la asociación de voluntarias Hospitalarias y de Salud – Damas Rosadas, siguiendo las recomendaciones de la VI asamblea nacional de Voluntarias llevada a cabo en Neiva en 1971; se ubica en la calle 45 – 13 en una

infraestructura proporcionada en contrato de comodato⁴¹ en el Hospital Ramón González Valencia, en busca de brindar bienestar a la población vulnerable de los estratos socioeconómicos uno, dos y tres, en situación de discapacidad física, orientándose hacia el logro de la independencia, autonomía, participación e integración a través de programas de formación, capacitación para el trabajo, ubicación laboral y educación a la comunidad, enfocado su acción fundamental en la “Dignidad del ser humano” y el derecho que asiste a las personas con limitaciones a tener educación y un trabajo digno de acuerdo a sus capacidades.

A lo largo de su existencia la institución ha brindado formación y capacitación en encuadernación, estampado, marroquinería, zapatería, modistería, bordados, tejidos lo cual no solo ha servido como formación para la vida laboral sino también fuentes de ingreso para la institución, pues ha contado con un taller de encuadernación básico donde ofrece a las empresas, particulares y comunidad en general, servicios de empaste de libros contables y material de oficina, así como enciclopedias y archivo en general.

Del mismo modo la institución tiene como fuente de ingresos los aportes voluntarios de empresas y personas particulares, el plan padrino, los recaudos obtenidos por el almacén de venta de artículos de segunda atendido por las Damas Rosadas, donde se vende a módicos precios artículos de segunda en buen estado donados por la comunidad y los aportes de los estudiantes por sus derechos asistenciales.

⁴¹El comodato es un contrato por el cual una parte entrega a la otra gratuitamente una especie, mueble o bien raíz, para que haga uso de ella, con cargo de restituir la misma especie después de terminado el uso.

Estructura demográfica de la institución

La población vinculada a El INSTITUTO DE ADAPTACIÓN LABORAL EN SANTANDER - IDEALES, se encuentra compuesta por estudiantes y personal de planta dividido entre personal docente, administrativo y de servicios, por lo que puede afirmarse que es una institución pequeña

Para ser estudiante del INSTITUTO IDEALES los aspirantes deben encontrarse entre 12 y 45 años de edad cronológica, presentar alguna discapacidad o deficiencia (física, Cognitiva o sensorial) y pertenecer a estratos socioeconómicos uno, dos o tres; en la actualidad la institución cuenta con 41 estudiantes, desde los 12 hasta los 36 años de edad cronológica, donde el 41% son de género femenino (17) y el 59% de género masculino (234), los cuales cumplen con los parámetros mencionados. Más adelante podrá verse con mayor especificidad su caracterización.

El INSTITUTO DE ADAPTACIÓN LABORAL EN SANTANDER - IDEALES tiene organizados los beneficiarios en cinco grupos, ubicando en el grupo uno los estudiantes con menor discapacidad y en el grupo cuatro los de mayor discapacidad, finalmente en el grupo cinco se encuentran estudiantes remitidos de la fundación IRIS, la cual atiende personas en situación de discapacidad que fueron abandonados por sus familiares; como se observará más adelante, la información y documentación con que cuenta este grupo es limitada. Los educandos de los grupos 2 y 3 tienen grado de aprendizaje en transición, que significa que cuentan con las funciones cognitivas básica para el desarrollo de tareas simples.

La división en cada uno de los grupos relacionados corresponde a un mecanismo necesario para el desarrollo de mejores actividades de aprendizaje por parte de los docentes y las personas de atención psicológica en el instituto. Este criterio también responde a necesidades para la disminución de recursos que son limitados de forma apreciable en el instituto.

También debe mencionarse que la segmentación en grupos responde a necesidades administrativas de la organización pero no corresponde con criterios psicológicos fiables ya que la mayor parte de las familias que vinculan a sus hijos en la institución no les han realizado el examen psicológico y psiquiátricos que los acredita como población discapacitada en alguna tipología específica, muchos menos, otros estudiantes ingresan, incluso, sin seguridad social, sin elementos de trabajo básicos, y en la mayor parte de los casos los padres poco participan y muestran interés sobre los avances o retrocesos de sus hijos a partir de un seguimiento consistente de las actividades pedagógicas realizadas.

La anterior situación impone una fuerte necesidad de acciones estructurales que permitan una mayor articulación entre los padres y/o acudientes, los profesionales y los estudiantes vinculados.

De manera específica puede mencionarse que la clasificación por grupos se hace a tenor de las siguientes características:

- **Grupo 1**
 - Retardo Mental leve
 - Dispositivos básicos de aprendizaje (DBA) conservados (atención, memoria, Concentración, ubicación espacio temporal, etc.)
 - Escritura por Dictados
 - Lectura y escritura autónoma
 - Complejidad media a nivel reflexivo.
 - Resolución de conflictos
 - Manejo de operaciones matemáticas simple.

- **Grupo 2**
 - Retardo Mental entre leve y Moderado,
 - Trastornos del comportamiento (Hiperactividad y déficit de atención)

más marcados),

- Nivel de lectoescritura bajo, no escriben por dictado solo por modelamiento, Confusión y omisión de letras,
- Baja comprensión de lectura,
- Operaciones matemáticas solo suma y resta,
- Dificultad en la secuencia numérica,
- Déficit de atención,
- Dificultad en la ubicación espaciotemporal.

- **Grupo 3**

- Retardo mental Moderado
- Incrementación de alteración de DBA, trastorno de hiperactividad y déficit de atención (THDA), Trastornos de comportamiento.
- Necesidad de Motivación constante.
- Es necesario explicarles lo que se les escribe, dar instrucciones claras.

- **Grupo 4**

- Retardo Mental Moderado y severo
- Trastornos psicóticos
- No tienen secuencia numérica

- **Grupo 5**

- Retardo mental severo
- Ausencia de Dispositivos básicos de aprendizaje
- Lectoescritura nula

- Ausencia de Ubicación espaciotemporal
- Nivel reflexivo Nulo.

La población-sujeto de intervención presentó diversas características susceptibles de conocer y desarrollar en conjunto con Trabajo Social. A nivel psicosocial se muestra como un conjunto que posee unas condiciones cognitivas, físicas, emocionales y conductuales particulares, pues como se vio con anterioridad, se habla de población de gran tendencia en discapacidad cognitiva requiriendo intervenciones pedagógicas especiales, trato diferencial y conocimiento de la situación socio-familiar específico.

3.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA

Dentro de las acciones administrativas y la cosmovisión empresarial se encuentra la plataforma estratégica que actúa como la carta de presentación de las acciones desarrolladas por la institución, de este modo, la información presentada a continuación dará razón de las actividades y las metas de futuro planteadas por la organización en este caso del INSTITUTO IDEALES.

- **Visión**⁴²

Ser el primer centro de rehabilitación integral del oriente colombiano en la atención, formación, asistencia e intervención a las personas en situación de discapacidad (Física, cognitiva y sensorial) preparándolos para que se vinculen activamente a los procesos productivos que demanda la sociedad.

- **Misión**⁴³

Ideales promueve la rehabilitación integral de personas en situación de discapacidad brindándoles la asistencia e intervención psicológica, terapéutica,

⁴² Tomado del manual de funciones INSTITUTO DE ADAPTACIÓN LABORAL EN SANTANDER IDEALES, p. 32.

⁴³ *Ibíd.*, p. 33

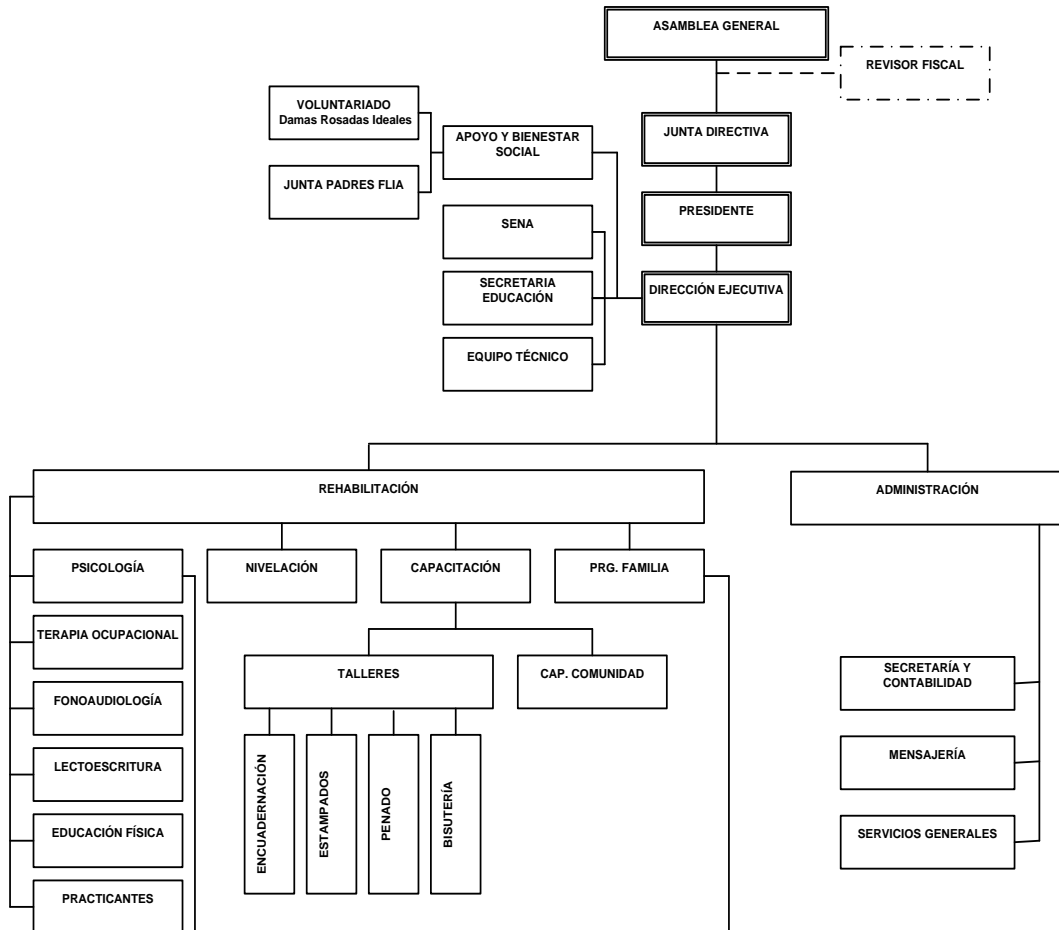
(Física, fonoaudiológica, ocupacional) y de psicopedagogía especial formándolos diferentes áreas productivas y atendiendo sus necesidades educativas especiales logrando así su integración activa al entorno familiar y sociolaboral.

El modelo de planeación utilizado por el INSTITUTO DE ADAPTACIÓN LABORAL EN SANTANDER - IDEALES se orienta a partir de la metodología de la Planeación estratégica, sin embargo, es importante mencionar que en la actualidad dicho modelo no se encuentra completamente actualizado, teniendo en cuenta los cambios que se han generado en la institución en los últimos tiempos, pues se ha transformado de una organización de capacitación para el empleo de población en condición de discapacidad, a una de tipo estrictamente educativo.

Así pues, la organización interna de IDEALES se puede apreciar a partir del organigrama (Figura 1), que proyecta hacer modificaciones debido a que el instituto no cuenta con uno actualizado, del mismo modo, se observa que también la misión y la visión se encuentran desactualizadas, pues lo que en el momento desarrolla como objetivo misional lo realiza como visión o “el querer ser” de la misma; de modo tal que la institución no tiene explícitas las políticas y los valores institucionales.

A nivel de del equipo de trabajo de IDEALES se menciona que este se encuentra está compuesto por 24 personas, (19 de género femenino y 5 de género masculino), distribuidos en el área administrativa, instructores taller, voluntarios, profesionales y practicantes. A continuación se presenta la información detallada de los funcionarios de IDEALES.

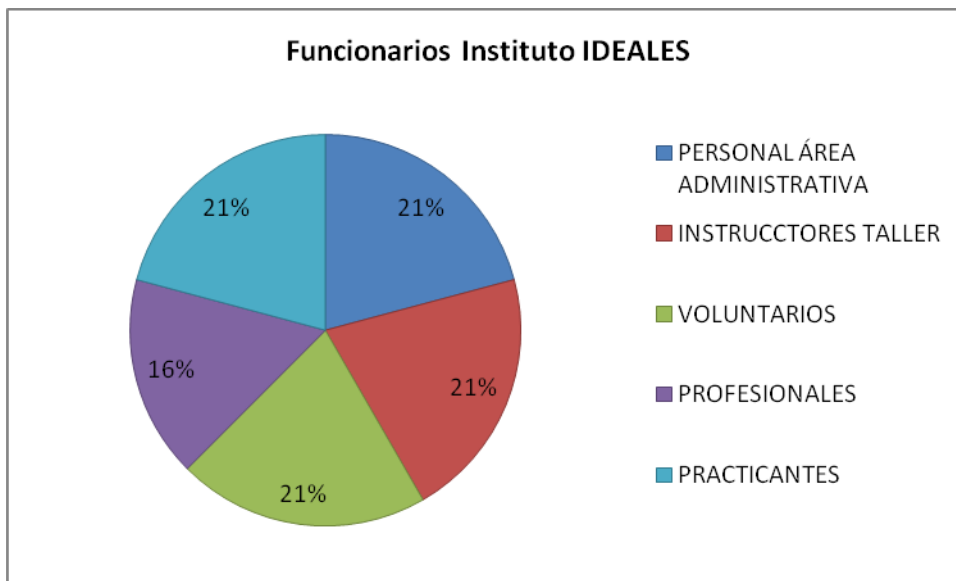
Figura 1 Organigrama Instituto ideales



Fuente: suministrado por el Instituto de Adaptación laboral en Santander - IDEALES⁴⁴

⁴⁴ Instituto de Adaptación laboral en Santander - IDEALES. Documento interno de la organización.

Gráfico 1 Funcionarios Instituto ideales.



Fuente: Información suministrada por el INSTITUTO IDEALES en el marco de la práctica desarrollada durante el primer semestre académico de 2010.

Como se observa en el gráfico 1 en las diferentes áreas hay un número proporcional de funcionarios, los cuales de acuerdo a sus profesiones, capacidades, destrezas u oficios apoyan la permanencia y desarrollo de la institución y del objeto social de la misma. La organización se dinamiza desde la horizontalidad en las relaciones, de modo tal que existe el clima laboral necesario y adecuado para el desarrollo de las labores de la mejor forma.

En el área administrativa se encuentra una persona por cargo; en primer lugar está la directora ejecutiva quien ocupa este puesto desde hace 1 año, es la representante legal de la institución y tiene como función principal la administración del la organización; también se ubica la Coordinadora Académica quien pertenece a la institución desde hace 6 años y es la encargada de dirigir la parte profesional, pedagógica y de formación de la institución, por último el portero y la auxiliar de servicios generales quienes realizan funciones propias de su cargo, es importante destacar que ellos fueron

alumnos de la institución y se han logrado vincular a nivel laboral de forma satisfactoria.

En el área operativa se encuentran las personas encargadas de capacitar a los alumnos enseñándoles un oficio (encuadernación, estampados, bisutería, etc.) con la cual se cumple una doble función pues además de servir como capacitación para los alumnos con fines ocupacionales, también funciona como fuente de ingreso para la institución; por otro en este sector también se hallan dos personas que fueron alumnos de la institución y que se han logrado vincular laboralmente de forma satisfactoria.

Las actividades realizadas por equipo psicosocial se consideran como una de las más importantes y están articuladas de la mano con las de tipo educativas desarrollada por la organización en la medida que permite el fortalecimiento financiero de la misma ya que los ingresos de captación por matriculas académica no son suficientes. También resulta importante mencionar que la misma institución depende de las actividades económicas y de de voluntariado aportadas por las damas rosadas, el personal de cooperación y las donaciones conseguidas por medio de gestión interadministrativa e interinstitucional con empresas u organizaciones no gubernamentales, incluso por el Estado, representado por la alcaldía municipal de Bucaramanga y la Gobernación de Santander, en la medida de las posibilidades administrativas de sus directivos.

Por último se encuentra el área de profesionales y practicantes, donde se evidencia el esfuerzo de la institución por mantener un equipo profesionales de diferentes áreas que permitan el desarrollo de los estudiantes; es por esto que ha acudido a las universidades del área metropolitana solicitando alumnos de prácticas de diferentes áreas como Trabajo Social, Psicología, Música, Bellas Artes, Matemáticas, etc. que permitan complementar y armonizar el desarrollo de sus actividades con el uso de enfoques sociológicos, culturales, antropológicos, psicológicos, demográficos, económicos y políticos entre otros aspectos.

Dentro de la actuación que ofrece el Instituto IDEALES se encuentran la desarrollada por profesionales en Psicología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Fisioterapia y Psicopedagogía Especial, de quienes realizan las siguientes actividades profesionales:

- **Asistencia e intervención psicológica**

- Entrevista Inicial
- Diagnóstico
- Intervención individual y grupal
- Apoyo y asesoría familiar
- Talleres temáticos
-

- **Psicopedagogía especial**

- Entrevista
- Evaluación
- Seguimiento Individual
- Apoyo y asesoría familiar
- Orientación a Equipo Humano profesional y de apoyo
- Talleres temáticos
-

- **Fonoaudiología**

- Evaluación ocupacional diagnóstica de los desordenes en la comunicación
- Interpretación terapéutica individual y grupal
- Asesoría a padres y demás Equipo Humano profesional y de apoyo.

La población de estudiantes seleccionada según evaluaciones de diagnóstico realizadas por el área de psicología de IDEALES, se ubica en grupos educativos y en uno de los talleres de formación laboral y actividades deportivas, recreativas y de relajación.

Adicionalmente para fines de autosostenimiento se prestan los servicios de encuadernación de archivos, tesis de grado, restauración de libros, empaste de enciclopedias, y anillado de trabajos, así como bisutería, pintura en madera (Country), Estampado textil y Foamy.

Se observa que dentro de la atención que presta IDEALES no se cuenta con el soporte permanente de un profesional en Trabajo Social, el cual sería muy importante en el estudio interdisciplinario de análisis de variables psicosociales que afecta (positiva y negativamente) el desarrollo y mejoramiento de la situación de discapacidad de los estudiantes.

3.2 TRABAJO SOCIAL EN EL INSTITUTO DE ADAPTACIÓN LABORAL EN SANTANDER IDEALES

Trabajo social realiza actividades en el sector salud: “El Trabajo Social es un quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico-sanitarias a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo que es la institución de salud”⁴⁵.

El profesional de Trabajo Social del INSTITUTO IDEALES analiza variables socioeconómicas que inciden en la etiología, distribución y desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales; para ello se localizan, identifican, controlan o eliminan aquellos aspectos que retardan o impiden el provecho de los objetivos de salud, así como identificando y aprovechando los que aportan en el logro de estos objetivos. Para ello la modalidad establecida por el instituto se basa en la realización de visitas domiciliarias, con el fin de realizar seguimientos socio-familiares y socioeconómicos relevantes entre los estudiantes y sus familias, también se desarrollan actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el marco de la educación no formal

⁴⁵ ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL USAC. área de Formación Profesional Específica “Boletín Informativo”, Guatemala. 1999. p 14.

que permiten el conocimiento de las diversas realidades de las que son parte los estudiantes.

Del mismo modo el profesional de Trabajo Social en salud enfoca su quehacer hacia el cumplimiento de objetivos específicos, como la orientación y capacitación de los estudiantes, sus familias y a la comunidad en general en torno a los problemas consecuentes de la enfermedad, con el fin de que se potencien a estos como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, y promoviendo la salud como un valor colectivo que deben preservar.

También el/la trabajador/a participa en la formulación, la ejecución y la evaluación de programas de salud con orientación hacia la reducción o eliminación de las desigualdades para el acceso a la salud. Esto se hace mediante la realización de talleres informativos a los acudientes de los estudiantes.

Trabajo social también centra su labor en la elaboración, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para la divulgación de los múltiples factores de riesgo y protectores que inciden de manera notable en las desigualdades para el acceso a la salud y suministra información sobre los derechos y deberes de los ciudadanos-usuarios de los servicios de salud, tanto a nivel del instituto como el de la información necesaria para acceder a los programas brindados por las IPS e IPSS.

También Trabajo Social se orienta y capacita a la población sobre el uso de los recursos institucionales que puedan contribuir a asegurar que los individuos alcancen mejor calidad de vida, mediante el fortalecimiento de la unidad familiar y la capacitación a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros. Del mismo modo se entrenan a los voluntarios vinculados al instituto en campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para

que estos actúen como multiplicadores de las actividades institucionales y brinden un mejor acompañamiento a los estudiantes y sus acudientes.

De esta manera las actividades profesionales llevadas a cabo por Trabajo Social exigen niveles adecuados de asertividad, manejo emocional y el cumplimiento de valores éticos propicios para el crecimiento organizacional

3.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR EL INSTITUTO IDEALES.

Dentro de la Caracterización de las personas en el ámbito local, se tiene que el instituto cuenta con 41 estudiantes distribuidos según su sexo en mujeres (17; N=41.5%) y hombres (24; N=59%),

Tabla 4 Distribución de los/las estudiantes por género.

Género	Total
Femenino	17
Masculino	24
Total	41

Fuente: información suministrada por el INSTITUTO IDEALES en el marco de la práctica desarrollada durante el primer semestre académico de 2010.

Se observa que por una diferencia de 18 puntos porcentuales entre hombres y mujeres vinculados (Tabla 4) existe mayor número de población masculina que femenina dentro de los estudiantes, sin embargo, este comportamiento no corresponde a situaciones de discriminación por género, sino por la demanda mayoritaria del servicio por parte de personas en situación de discapacidad de género masculino. No obstante es preocupante que siendo una población tan amplia según datos suministrados no se logre equilibrar el acceso tanto a

hombres como a mujeres, aunque resulta importante agregar que se deben crear criterio de ampliación de la atención para esta población

Tabla 5 Distribución por edad cronológica

Intervalos	Número de personas
10 a 15	4
16 a 20	14
21 a 25	4
26 a 30	7
31 a 35	5
36 a 40	4
Total	41

Fuente: Información suministrada por el INSTITUTO IDEALES en el marco de la práctica desarrollada durante el primer semestre académico de 2010.

En la tabla 5 se clasifica la población por edad cronológica en la cual los estudiantes beneficiarios del INSTITUTO IDEALES se ubican en un intervalo de edad que oscila entre los 12 y 36 años por edad; sin embargo, el mayor porcentaje de población se halla entre el rango 16 y 20 años (N=34%) con 14 personas, seguido del rango 26 a 30 años con 7 estudiantes (N=17%), donde el promedio de edad es de 23,6 años, como se observa en la tabla 5.

Al observar la tendencia de la población se valida que los grupos jóvenes se ubican como tendencia principal, lo cual muestra una interesante oportunidad para el desarrollo de actividades que potencialicen sus facultades humanas de adaptación al medio. De esta manera, el contar con una población joven

infringe una alta responsabilidad para cada uno de los miembros de la organización, en donde se hace necesario revisar metodologías, procesos pedagógicos y resultados a la luz de experiencias exitosas que se hayan desarrollado en otras organizaciones.

Tabla 6 Distribución por tipo de discapacidad.

Tipo de discapacidad	Número de personas
Déficit De Atención E Hiperactividad	1
Discapacidad Cognitiva Leve	7
Discapacidad Cognitiva Leve - Síndrome Convulsivo	1
Discapacidad Cognitiva Leve - Déficit De Lenguaje	1
Discapacidad Cognitiva Moderado	3
Discapacidad Cognitiva Profundo	1
Discapacidad Cognitiva Severo	1
Discapacidad Psicomotriz Por Atrofia Muscular	1
Hidrocefalia Compensada - Discapacidad Cognitiva Severo	1
Progenia	1
Síndrome De Williams	1
Discapacidad Sensorial Auditiva	1
Discapacidad Sensorial Auditiva - Discapacidad Física Miembros Inferiores	1

TDAH - Discapacidad Cognitiva Leve - Conducta Desafiante	1
TDAH - Discapacidad Cognitiva Moderado	1
Sin Información	18

Fuente: información suministrada por el INSTITUTO IDEALES en el marco de la práctica desarrollada durante el primer semestre académico de 2010.

En la tabla 6 se presenta la población que no cuenta con el diagnóstico de su condición de discapacidad, esta información resulta relevante, en la medida que evidencia una clara debilidad institucional al no conocer la situación real de sus educandos, también refleja la deficiencias del sistema de salud en relación a la discapacidad, la falta de conocimiento de mecanismos movilizadores de derechos por parte de las familias y el compromiso de estas en relación con sus hijos y con la institución al no suministrar información que permita una mejor atención para el desarrollo de los procesos de aprendizaje, en la medida que se desaprovecha gran parte de los actividades que realiza o puede realizar la institución con los mismos.

Haciendo referencia a los análisis poblacionales se encontró que la mayor parte de la población se distribuye entre la Discapacidad Cognitiva leve y Moderada, esta hace referencia a una “disminución en las habilidades cognitivas e intelectuales del individuo”⁴⁶. IDEALES aunque es una institución que tiene como objeto social la adaptación laboral de personas en condición de discapacidad de acuerdo con lo mencionado por parte de la coordinación académica, las personas con esta condición no logran ingresar al mercado laboral de la misma forma como lo logran las personas con discapacidad motora y sensorial.

⁴⁶ UNIVERSIDAD DE ALICANTE: REPOSITORIO NACIONAL. [En línea]. <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9906/5/Gilar%20Corbi,%20Raquel_4.pdf .> [Citado el 04 de junio de 2010].

Tabla 7 Distribución por lugar de procedencia

Lugar de procedencia	Número de personas
Bogotá	1
Bucaramanga	23
Cimitarra (Sder)	2
Floridablanca	1
Oiba (Sder)	1
Pamplona	1
Rionegro (Sder)	1
Valledupar	1
Vélez (Sder)	1
Socorro (Sder)	1
Sin Información	8
Total	41

Fuente: información suministrada por el INSTITUTO IDEALES en el marco de la práctica desarrollada durante el primer semestre académico de 2010.

El lugar de donde mayor provienen los estudiantes de IDEALES se ubica en ciudad de Bucaramanga, es decir, la ciudad donde se encuentra ubicada las instalaciones de la institución. Esto implica que el acercamiento de los estudiantes a redes sociofamiliares cercanas es poco o casi nulo, de modo tal

que la problemática demanda mayor acercamiento los grupos y redes familiares cercanas a los estudiantes para garantizar un mejor desempeño en la medida de generar mayor nivel de compromiso por parte de los padres y/o acudientes de los mismos.

Tabla 8 Distribución por Seguridad Social

Seguridad Social	Número de personas
ASMET SALUD	1
CAFESALUD	1
CAPECROM	5
COMFENALCO	1
FAMISANAR	1
NUEVA - EPS	5
SALUD - TOTAL	2
SALUDCOOP	1
SIN INFORMACIÓN	15
SISBEN	3
SOLSALUD	3
TOTAL	41

Fuente: información suministrada por el INSTITUTO IDEALES en el marco de la práctica desarrollada durante el primer semestre académico de 2010.

La afiliación al sistema de seguridad social es un tema importante para conocer la situación de inclusión en salud en los estudiantes de la institución, en ella se observa, (tabla 8) que el 51% (N=21) de la población se encuentra cobijada por el sistema general de salud, esta información resulta importante en la medida que permite establecer mayores acercamientos por parte de los padres y acudientes a la recepción de diagnósticos clínicos en torno a la situación de discapacidad de los jóvenes. No obstante del 36% (N=15) no se cuenta con esa información y es por lo tanto necesario constituir adecuados acercamientos con la institución para desarrollar actividades desde trabajo social como visitas domiciliarias que permitan corroborar si es falta de reporte a la organización o si desafortunadamente el estudiante no cuenta con amparo en salud.

Imagen 1 Celebración de Halloween octubre de 2009.



Fuente: imagen suministrada por el INSTITUTO IDEALES en el marco de la práctica desarrollada durante el primer semestre académico de 2010.

Dentro de las conclusiones principales frente al diagnóstico situacional mostrado, puede observarse que aún subsisten problemas de inclusión familiar y en general, del sistema general de salud, imprimiendo situaciones problemáticas tanto a los estudiantes como a sus familias. Esta situación deja claro que la población-sujeto de intervención se encuentra en grave riesgo

psicosocial si se tienen cuenta las variables marco conceptual tratadas anteriormente.

Una de las razones por las cuales las personas no pueden acceder al Sistema general de salud consiste, básicamente, en la ausencia de información, los bajos niveles de interés por conocer las problemáticas vividas por cada uno de los estudiantes con discapacidad por parte de la familia, esta información se encontró en el marco de la ubicación institucional, pero resulta más relevante mencionarla aquí para articularla con los resultados obtenidos en la caracterización.

4 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EXPERIENCIA ESPECÍFICA EN EL INSTITUTO DE ADAPTACIÓN LABORAL EN SANTANDER - IDEALES

La práctica en Trabajo Social inicia con la ubicación institucional, fase en la cual se conoció la realidad percibida y sentida por parte de los/las profesionales, los estudiantes y sus acudientes. De este modo, la ubicación facilitó información preliminar básica que permitió formular un plan de trabajo dirigido a atender la problemática presentada.

En cumplimiento de las etapas del proceso de práctica profesional, seguidamente se llevó a cabo el proceso de planeación; que se fundamenta en el modelo de gerencia estratégica, por la cual se definen ciertos subprocesos a saber. Diagnóstico inicial (matriz DOFA); análisis situacional; establecimiento de estrategias y diseño del plan operativo.

El diagnóstico inicial se realizó con base en el instrumento metodológico denominado “Matriz DOFA”, en el cuál se consiguió la información abstraída en las reuniones programadas con el equipo psicosocial al inicio del proceso de práctica. También se registró la información brindada por los acudientes, padres y equipo administrativo, quienes aportaron elementos que permitieron un mejor acercamiento a la problemática de los estudiantes en el instituto. Se determinó realizar este tipo de planeación en la medida que el Instituto IDEALES ha desarrollado su plataforma institucional sobre el modelo de gerencia estratégica y la misma brinda elementos para el direccionamiento de estrategias que facilitan el cumplimiento de los objetivos misionales de la institución.

Otra de las razones que exigieron su utilización se deriva de los intereses por las directivas por socializar y articular los datos recolectados desde la experiencia académica y psicosocial de los profesores de modo que ésta sirviera para el establecimiento de verdaderas acciones de mejoramiento y desarrollo organizacional.

Dentro de este eje se hizo la toma de información en el campo específico de la atención psicosocial y ambiental, por parte de trabajo social con la fundamentación recibida durante la formación pre-profesional léase contexto socio-familiar y natural cercano al estudiante. A continuación se observará la información análisis externo (oportunidades/amenazas) y la información de conocimiento interno (fortalezas/debilidades).

Tabla 9 Matriz de análisis interno

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>1 Equipo interdisciplinario de trabajo con vocación de servicio y comprometido con el objeto social de la organización.</p> <p>2 Infraestructura adecuada y adoptada por medio de comodato suscrito entre Ideales y la Secretaría de salud.</p> <p>3 Apoyo por parte de la asociación de las Damas Rosadas.</p> <p>4 Presencia de Personal Voluntario.</p> <p>5 Experiencia por más de 37 años en Bucaramanga que le ha permitido transformarse de acuerdo a los requerimientos de la sociedad</p> <p>6 Presencia de Estudiantes en práctica pre-profesional (Trabajo Social, Psicología, Licenciatura en Español y literatura, Licenciatura en Matemáticas y fonoaudiología).</p> <p>7 Apoyo pedagógico del SENA para la realización de las actividades de formación para el empleo.</p>	<p>1. Desactualización del modelo de planeación vigente</p> <p>2. Ingresos económicos limitados de las familias de los estudiantes.</p> <p>3. Desconocimiento por parte de los acudientes de los procedimientos y asesoría jurídica para brindar orientación a los padres de los estudiantes</p> <p>4. Desconocimiento por parte de la institución del ambiente familiar de los estudiantes y su influencia en el estudiante</p> <p>5. Seguimiento y acompañamiento psicosocial por parte de los padres de los estudiantes</p> <p>6. Desinterés por parte de los padres de alumnos sobre los procedimientos para lograr documentos de identificación.</p> <p>7. Bajos niveles de Información actualizada frente a las actividades psicológicas desarrolladas por Fundación.</p>

<p>8 Modelo educativo y de acuerdo a las necesidades específicas de la población de estudiantes en condición de discapacidad.</p>	<p>8. Disponibilidad de recursos financieros</p>
<p>9 Imagen de la organización.</p>	<p>9. Elevados costos del programa de educación especial</p>
<p>10 Experiencias exitosas de los estudiantes que han ingresado laboralmente luego de cumplir su proceso educativo</p>	<p>10. Actualización tecnológica.</p>
	<p>11. Descuido en los hábitos de salud e higiene por parte de los estudiantes y de responsabilidad de los padres.</p>
	<p>12. Altos niveles de agresión verbal y física entre estudiantes.</p>
	<p>13. Expectativas elevadas de eficacia por parte de los padres de los estudiantes, “quieren resultados a corto plazo”</p>
	<p>14. Estigmatización de los estudiantes por parte de sus padres debido a su situación de discapacidad (sobreprotección y exigencia desmesurada)</p>
	<p>15. Bajos ingresos económicos que no garantizan la continuidad de los procesos de atención y educación por parte de los profesionales.</p>

Fuente: Información recolectada en el marco de la práctica desarrollada en el Instituto IDEALES, durante el primer semestre del año 2010.

Tabla 10 Matriz de Análisi externo

AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Desconocimiento de la condición de discapacidad por parte de población en general. 2. Situación socioeconómica del núcleo familiar del estudiante. 3. los precios ofrecidos por la competencia que prestan servicios similares a la organización. 4. Desarticulación institucional para la inclusión en el mercado laboral de la población en condición de discapacidad. 5. Actitudes reactivas por parte de las instituciones frente a la condición de discapacidad. 6. Desarticulación interinstitucional de las entidades del sector público que brindan atención social, educativa, económica y en salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Constitución Política de Colombia artículos 13 (Igualdad legal), 16 (Libre desarrollo de la personalidad), 25 (Responsabilidad social del trabajo), 47 (Políticas en discapacidad) y 49 (Atención integral en salud). 2. Ley 361 de de 1997 por medio del cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitaciones. 3. Ley 762 de 2002 donde se aprueba la convención interamericana de eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. 4. Existencia de entidades locales que realizan aportes económicos a la institución. 5. Organizaciones internacionales sin ánimo de lucro que apoyan los programas de inclusión educativa y laboral de la población en condición de discapacidad. 6. Cooperación académica y científica de las Universidades situadas en el municipio de Bucaramanga y su área metropolitana. 7. Beneficios tributarios para empresas que apoyan procesos relacionados con las personas en condición de discapacidad (Contratación de personal, ayudas económicas)

Fuente: Información recolectada en el marco de la práctica desarrollada en el Instituto IDEALES, durante el primer semestre del año 2010.

Dentro de los principales que se constituyen en fortalezas en el Instituto es importante resaltar el papel desarrollado por el equipo de trabajo, donde el grado de compromiso y la honestidad profesional de cada uno de los miembros ha favorecido la creación de ventajas comparativas a nivel interno en correspondencia con otras instituciones que presten los mismos servicios. Asimismo se destaca como el trabajo de apoyo llevado a cabo por el equipo de Damas Rosadas, ha permitido el fortalecimiento financiero interno, aunque en este aspecto aún queda mucho por hacer para garantizar el crecimiento institucional deseado y visionado.

Dentro de los programas desarrollados por el INTITUTO IDEALES es importante aclarar que los mismos se encuentran divididos en dos líneas de acción. Por un lado las acciones relacionadas con el fortalecimiento en la formación para el empleo de la población en condición de discapacidad, mediante el desarrollo de herramientas pedagógicas que permiten la inserción de los niños, niñas y jóvenes en el aparato productivo circundante, así como su aceptación y apoyo social por parte de las organizaciones que realizan el acompañamiento. Por otro lado la realización de actividades de autofinanciación, como un mecanismo adaptativo que permite el apoyo de los programas bandera pero cuya subvención depende de otros elementos externos, o mejor, de otro tipo de coyunturas como la situación socioeconómica de las familias, las normas vigentes y las donaciones.

El modelo pedagógico desarrollado se encuentra relacionado con las metodologías de enseñanza inclusiva y con enfoque diferencial, de modo tal que pueda garantizarse los derechos y la accesibilidad a la educación con base en las particularidades de la población, permitiendo establecer mejores mediciones de la evolución en el aprendizaje y por tanto, paulatinamente construir mejores indicadores de gestión. Es importante subrayar que este proceso ha sido acompañado por muchas instituciones de corte estatal y privado por casi 35 años, como el SENA y las Damas Rosadas, que corresponde aproximadamente a la trayectoria de la organización.

De otro lado el convenio de prácticas pre-profesionales realizados con las instituciones educativas de Bucaramanga y su área metropolitana ha generado un mejoramiento de las condiciones de aprendizaje y actualización profesional de la fundación.

La lectura de los aspectos externos e internos (págs. 61-63) deja claro que la intervención con los estudiantes resulta muy importante en gran medida, ya que esta población requiere mayor accionar profesional dada sus condiciones particulares de vulnerabilidad sociofamiliar y socioeconómica. También muestra como las condiciones externas influyen de forma notable en la toma de decisiones en torno a la atención de esta población, los prejuicios sociales, la sobreprotección y el abandono evidente de los niños, niñas y adolescentes, deja claro que se hace necesario desarrollar actividades relacionadas con la educación para salud en el manejo de la discapacidad por parte de los padres y acudientes de los mismos.

Otro aspecto a rescatar es la forma como la organización se debilita en torno al poco acercamiento que el instituto ha establecido con los estudiantes y su contexto inmediato, apreciándose los bajos niveles de compromiso por parte de los acudientes, pues en la medida que esta situación se presenta, aumentan las deserciones, las situaciones problemáticas, el maltrato presentado entre estudiantes, el abandono y negligencia de los padres con sus hijos evidenciado en los seguimientos pedagógicos por parte de los padres en proceso de rehabilitación. De la misma forma, la lectura de la DOFA, muestra la desarticulación existente entre la formación para la rehabilitación recibida por los estudiantes, su contexto inmediato y la incidencia cada vez más profunda de maltrato y violencia entre los estudiantes y sus pares.

Las familias a su vez cumplen un papel de gran importancia en el aseguramiento y continuación de la formación y apoyo recibido por la organización, de este modo, el aporte de hábitos saludables observado por los profesionales está siendo desplazado por otros valores familiares que se hace necesario rescatar con la intervención en Trabajo social. Asimismo la dinámicas grupales evidenciadas por la

mesa de trabajo asigna aspectos de comportamiento agresivo entre los estudiante que muestran *grosso modo* como la situación de abandono en algunos casos o sobreprotección familiar en otros, está influenciando en la manera de generar relaciones humanas por parte de los estudiantes.

Tabla 11 Cruce de variables internas y externas

ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS DO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementación del programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dirigido a la población en condición de discapacidad en Instituto de adaptación laboral en Santander ideales. (F1,F2,F4,F5,F6,F10,F11,O1,O2,O3,O6) 2. Inclusión del componente educativo desde Trabajo Social en el desarrollo de las actividades de promoción de la salud desarrolladas por el Instituto de adaptación laboral en Santander IDEALES. (F6,O6) 3. Ejecución de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en articulación con los/las profesionales vinculados a la institución. (F6,O1,O5,O8,O10,O11) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realización de visitas domiciliarias a padres, madres y/o acudientes de los estudiantes vinculados (D4,D5,D6,D7,D8,D12,D14,D15, O1,O2,O3,O5) 2. Rediseño e implementación del modelo de gerenciamiento estratégico en la entidad. (D1,D2,D3,D11,O1,O2,O3,O4,O5,O) 1. Sensibilización a los usuarios de la organización sobre la importancia de los programas que realiza, mediante el establecimiento de mecanismos de comunicación e información a los usuarios en torno a las actividades desarrolladas por la entidad. (D6,D7,D8,D12,D13,D14,15,D16, O6) 3. Creación de la una base de información psicosocial de los estudiantes. (D5, O6).
ESTRATEGIAS FA	ESTRATEGIAS DA
<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación interinstitucional a fin de brindar información y atención a los/las estudiantes vinculados con la institución. En el marco de la inclusión laboral de la población en condición de discapacidad. (F1,F2,F3,A1,A4,A5,A6) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de hábitos saludable de higiene y aseo personal en los estudiantes y sus familias. (D12,A2) 2. Desarrollo de aactividades de orientación jurídica, en el tema de discapacidad,

	<p>dirigida hacia el personal vinculado a la institución.</p> <p>(D4,D7,D8,A3,A6)</p>
--	---

Fuente: Información recolectada en el marco de la práctica desarrollada en el Instituto IDEALES, durante el primer semestre del año 2010.

Partiendo del análisis del impacto de las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades anteriormente presentado, a continuación se evalúan las estrategias que pueden tener mayor importancia en términos de Impacto, Probabilidad de logro, Presupuesto requerido, Factibilidad para desarrollar la alternativa y Relación costo/beneficio.

Antes de establecer un acercamiento a la tabla 12 (p.68) sobre el proceso de priorización de estrategias se hace necesario entender la organización de la siguiente terminología, por ejemplo, impacto es el efecto que produce la acción profesional del Trabajador Social sobre los sujetos, la institución, el contexto, entre otros; o en sus distintos aspectos yendo en contra de la problemática planteada. Por otra parte, una estrategia tiene probabilidad de logro cuando se cuentan con los diversos recursos humanos, físicos o materiales. A continuación el presupuesto se tomó como un ítem aparte debido a que la financiación permite el establecimiento de la estrategia, en particular, la situación de la institución y los pocos ingresos percibidos. La factibilidad se refiere a la posibilidad de establecer las estrategias con la población sujeto, dadas sus características psicosociales y fisiológicas. Finalmente la relación costo/beneficio se articula al concepto administrativo de la eficiencia que puede ejercer el proyecto.

Cada uno de estos ítems (tabla 12) se evaluó con el equipo psicosocial, administrativo y de docencia en una escala de 1 a 5. Donde 1 es la menos viable y 5 la más probable.

Tabla 12 Matriz de priorización de estrategias

<p style="text-align: center;">Criterios de Selección</p> <p>Estrategias</p>	Impacto	Probabilidad de logro	Presupuesto ⁴⁷	Factibilidad para su desarrollo	Relación costo beneficio	Resultado
Inclusión del componente educativo desde Trabajo Social en el desarrollo de las actividades de promoción de la salud desarrolladas por el Instituto de Adaptación Laboral en Santander IDEALES.	5	5	5	4	5	24
Ejecución de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en articuladamente con los/las profesionales vinculados a la institución.	5	5	5	4	4	23
Realización de visitas domiciliarias a padres, madres y/o acudientes de los estudiantes vinculados.	5	5	4	5	5	24
Diseño e implementación del modelo de gerenciamiento estratégico en la entidad.	1	1	3	3	4	12
Sensibilización a los usuarios de la organización sobre la importancia de los programas que realiza, mediante el establecimiento de mecanismos de comunicación e información a los usuarios en torno a las actividades desarrolladas por la entidad.	5	5	5	5	5	25
Creación de la una base de información situacional de los/las estudiantes vinculados	5	5	5	4	5	24
Acercamiento con las instituciones oficiales encargadas de brindar información y atención a los/las estudiantes vinculados con la institución.	2	3	1	4	4	14

⁴⁷ (1) requerirá una inversión alta y (5) requerirá una inversión baja

Establecimiento de mecanismos de comunicación e información a los usuarios de las actividades desarrolladas por la Entidad	5	4	5	5	4	23
Promoción de hábitos saludables de higiene y aseo personal en los estudiantes y sus familias.	5	5	5	5	5	25
Desarrollo de actividades de orientación jurídica, en el tema de discapacidad, dirigida hacia el personal vinculado a la institución	5	5	5	5	5	25

Cada una de las estrategias producto del cruce DOFA, responden a las necesidades sentidas del Instituto IDEALES, en concordancia con la mediación e influencia de los medios externos e internos percibidas por los diversos actores sociales vinculados con la organización con la orientación de la profesional en Trabajo Social. Luego de organizadas, fueron priorizadas cada una de las estrategias, determinando que las mejores opciones para desarrollar por medio de la profesión y teniendo en cuenta el nivel de impacto, desarrollo profesional y viabilidad técnica y económica serían las siguientes:

Tabla 13 Priorización de estrategias

- a. Promoción de hábitos saludables de higiene y aseo personal en los estudiantes y sus familias.
- b. Desarrollo de actividades de orientación jurídica, en el tema de discapacidad, dirigida hacia el personal vinculado a la institución.
- c. Sensibilización a los usuarios de la organización sobre la importancia de los programas que realiza, mediante el establecimiento de mecanismos de comunicación e información a los usuarios en torno a las actividades desarrolladas por la entidad.
- d. Creación de la una base de información situacional de los/las estudiantes vinculados.
- e. Realización de visitas domiciliares a padres, madres y/o acudientes de los estudiantes vinculados.
- f. Inclusión del componente educativo desde Trabajo Social en el desarrollo de las actividades de promoción de la salud desarrolladas por la Instituto de adaptación laboral en Santander ideales.

Luego de la reunión de socialización de las estrategias con el equipo de trabajo, se continuó con la priorización de las mismas con base en los criterios planteados anteriormente en la tabla 12. Se observó con interés que las mismas podían articularse a tres tipos de ejes estratégicos con el fin de lograr mayor integralidad y efectividad en la intervención profesional. Para ello se reagruparon las estrategias de la siguiente manera:

1. Eje Educativo

- a. Promoción de hábitos saludables de higiene y aseo personal en los estudiantes y sus familias.
- b. Inclusión del componente educativo desde Trabajo Social en el desarrollo de las actividades de promoción de la salud desarrolladas por el Instituto de Adaptación Laboral en Santander IDEALES

1. Eje Comunicativo

- a. Desarrollo de actividades de orientación jurídica, en el tema de discapacidad, dirigida hacia el personal vinculado a la institución.
- b. Sensibilización a los usuarios de la organización sobre la importancia de los programas que realiza, mediante el establecimiento de mecanismos de comunicación e información a los usuarios en torno a las actividades desarrolladas por la entidad.

2. Eje Asistencial

- a. Realización de visitas domiciliarias a padres, madres y/o acudientes de los estudiantes vinculados
- b. Creación de la una base de información situacional de los/las estudiantes vinculados.

Luego de realizado el ejercicio de diagnóstico situacional estratégico interno y externo, priorizadas las estrategias y elaboradas los direccionamientos los parámetros más adecuados que pudieran articular quehacer profesional en el campo de la salud, expectativa institucional y problemática percibida y sentida por la población sujeto de intervención, se procedió a la formulación del objetivo general de práctica pre-profesional que permitiera la satisfacción y conciliación de las expectativas antes planteadas.

• Objetivo de intervención profesional

Establecer acciones de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en el INSTITUTO DE ADAPTACIÓN LABORAL EN SANTANDER IDEALES, mediante el fomento de estilos de vida saludables entre los/las estudiantes vinculados, así como el desarrollo de estrategias experienciales y reflexivas adecuados a sus necesidades particulares de formación, que propicien el desarrollo de planes de vida mancomunados entre padres e hijos, disminuyendo los factores de riesgo

psicosocial y de esta forma mejorando su calidad de vida en el ámbito institucional y familiar.

Para dar cumplimiento al anterior objetivo estratégico, se formulan, a continuación los siguientes objetivos estratégicos secundarios.

- Promover el desarrollo de estilos de vida saludables entre los estudiantes y sus familias.
- Acercar la atención psicosocial prestada por el instituto, identificando las condiciones socioeconómicas y familiares que influyen en los/las estudiantes.
- Desarrollar actividades educativas y de información de orientación jurídica e institucional con los padres, madres y otros familiares acudientes para fortalecer el proceso formativo, mediante el fortalecimiento su compromiso institucional con el papel desarrollado por el instituto.

A continuación se presenta la planeación de manera específica por cada eje estratégico a desarrollar durante la ejecución, que consiste en la presentación de cada eje estratégico conforme corresponde al resultado de la DOFA y su posterior cruce de variables. Se puede adelantar que fueron realizados tres planes operativos en correspondencia a los ejes estratégico determinados con antelación (Educativo, asistencial y comunicativo); en estos se determinan, de forma específica, las actividades desarrolladas para cumplir los objetivos estratégicos y finalmente el objetivo general proyectado con eficiencia, dada la situación socioeconómica de la institución que impide una formulación de mayor impactos, pero también, de mayor inversión; No obstante, esto no significa que el impacto de las misma no corresponda con la realidad circundante del Instituto, por el contrario, los ejes estratégico tienen como pretensión la realización de actividades con enfoque en salud que busquen una activación del apoyo socio-familiar con respecto a la situación de salud de los/las jóvenes.

Se inicia con el plan operativo en educación, se continúa con el de comunicación y se finaliza con el asistencial, para continuar con la descripción de las actividades a nivel de ejecución

Tabla 14 Plan Operativo del Eje estratégico en Educación

Eje estratégico 1 (Educativo): Desarrollar actividades de educación para la salud dirigidas a los estudiantes y sus familias para el fomento de factores protectores.				
Estrategia 1 Promoción de hábitos saludables de higiene y aseo personal en los estudiantes y sus familias.				
Estrategia 2 Inclusión del componente educativo desde Trabajo Social en el desarrollo de las actividades de promoción de la salud desarrolladas por la Instituto de adaptación laboral en Santander Ideales				
Acciones estratégicas	Tareas	Metas	Indicadores o criterios de medida	Responsables
Etapa inicial Proceso de convocatoria e integración con las actividades desarrolladas en IDEALES.	Convocatoria del grupo focal Desarrollo y preparación de las temáticas	Grupo de jóvenes conformado	No. De estudiantes convocados Ideales/No de estudiantes por grupo Ideales x 100.	Practicante de Trabajo Social
Desarrollo de los talleres	Formulación de las actividades de formación. Convocar regularmente	Estrategia educativa desarrollada por medio de sesiones educativas 12 talleres lúdicos reflexivos	No. de estudiantes asistentes/No de estudiantes convocados x 100. Talleres ejecutados	Practicante de Trabajo Social Practicante de Trabajo Social

	al grupo de estudiantes	realizados con la población de estudiantes vinculados a cada uno de los grupos preestablecidos y siguiendo las divisiones psicopedagógicas con base en su situación de aprendizaje particular.	según asistencia.	
	Diseño de 6 talleres de promoción de estilos de vida saludables Socialización del cronograma de actividades. Desarrollo de jornadas de encuentro	Grupos de estudiantes conformados según criterios de la institución 1-5	No. De estudiantes asistentes y participantes al taller/ No. De personas convocadas x100.	Practicante de Trabajo Social

Fuente: Planeación realizada en el marco de la práctica social desarrollada en el Instituto IDEALES durante el primer semestre del 2009.

El plan operativo 1, corresponde al desarrollo del eje estratégico educativo determinado por la institución durante el levantamiento del diagnóstico estratégico. Este eje buscó la promoción de estilos de vida saludables entre los estudiantes y sus familias, haciendo énfasis inicial con el grupo de estudiantes, este eje desarrolló actividades específicas de aprendizaje experiencial en temas como aprender a vestirse y desvestirse sólo, para modelar la conducta mediante a través de sencillos juegos y ejercicios de estimulación con el acompañamiento de la profesional en psicología, asimismo se intentó fortalecer los hábitos de aseo personal, promoviendo la proyección de estos aprendizajes en el ámbito familiar en los momentos más importantes de la organización de la habitación, aseo, alimentación y salud.

El grupo de profesionales, educadoras, promotoras, padres, madres de familia y comunidad fue necesario para constituir el espacio de interlocución para analizar, planificar, controlar y atender a niños/as en condición de discapacidad. El desarrollo de estrategias y/o derroteros consensuados entre acudiente-cuerpo docente y estudiantes como un producto de las experiencias de cada uno de sus miembros.

Cabe agregar que las actividades relacionadas con los talleres, tuvieron un matiz eminentemente preventivo y de atención oportuna. Asimismo dentro del equipo colaborativo se dio refuerzo positivo a los miembros que comparten más tiempo, conocen, asumen y participan cada instante con los niños/as en sus hogares y comunidad educativa. Para que esto actuara como ejemplo de lo necesario para ser aprehendido por los otros acudientes en la formación de sus hijos. Se parte del principio de que son los padres/madres y/o acudientes los que estimulan, proporcionan oportunidades y hacen que sus hijos participen en actividades para que estos mejoren su desarrollo y aprendizaje. Por lo tanto, se aclaraba siempre que ningún proceso colaborativo era posible sin la ayuda y participación activa de la familia pues son los padres y madres de familia los miembros centrales del equipo de trabajo y desarrollo personal de sus hijos/as.

El juego es una de las herramientas de mayor importancia de las que se dispone como profesional en Trabajo Social para el desarrollo de todos los procesos educativos dirigidos hacia niños/niñas con fin de conseguir los objetivos de la planeación, de hecho, pocas técnicas didácticas pueden equiparar la eficacia educativa del juego, debido, a que al mismo tiempo, cuenta con una inestimable práctica a su favor: la positiva propensión de los niños/as a jugar.

Los juegos logran trazarse como una sencilla recreación, pero en las manos de una trabajadora social en su rol de educadora social, y en equipo con la familia, se convierte en una herramienta fundamental para el desarrollo de conceptos, valores y tácticas. Estos aspectos confluyen en que el juego ejerce sobre el progreso psíquico del niño/a y sobre la formación de la personalidad una gran influencia.

A continuación el plan operativo en comulación e información al acudiente corresponde al desarrollo de actividades informativas, de orientación y divulgación por parte de la practicante de Trabajo Social a los padres, madres y/o acudientes, sobre el tema de la discapacidad que vivencia sus hijos/hijas, las instituciones que apoyan a estas poblaciones y los mecanismos legales y de política social a los cuales sus hijos tienen derecho.

Se promovieron espacios de comunicación e intercambio entre padres de hijos en condición de discapacidad. En estos espacios se buscaba por el compartir de las diversas problemáticas y las soluciones que podían encontrarse durante los procesos de socialización primaria, así como el tipo de apoyo se hacía necesario para proporcionar, entre otros asuntos. Este intercambio de experiencias y saberes con la mediación y acompañamiento de Trabajo Social, permitió que los participantes se hicieran conscientes de las posibles alternativas y que disminuyera su sensación de soledad al constatar que otros han pasado por similares situaciones y que han encontrado soluciones positivas.

La participación en programas de fortalecimiento permite a los padres trabajar con grupos de apoyo, ser más asertivos, estar más informados, elevar su autoestima y sentirse más capaces y con más confianza para acceder a los servicios (educativos, laborales, de integración social, de salud y seguridad social, entre otras) y a las políticas que los rigen (leyes y normas).

Tabla 15 Plan Operativo del Eje estratégico en Comunicación.

Eje estratégico 2 (Informativo): Brindar elementos que permitan a los padres y madres de los jóvenes pertenecientes al programa asumir su compromiso frente a los objetivos institucionales.				
Estrategia 1 Orientación jurídica, en el tema de discapacidad, dirigida hacia él a los miembros vinculados a la institución.				
Acciones estratégicas	Tareas	Metas	Indicadores o criterios de medida	Responsable

<p>Proceso de convocatoria e integración con las actividades desarrolladas en la fundación.</p> <p>Evaluación de las actividades educativas por el equipo de trabajo.</p>	<p>Convocatoria del grupo focal</p> <p>Desarrollo y preparación de las temáticas</p> <p>Formulación de las actividades de formación.</p>	<p>Grupo padres, madres y/o acudientes conformado</p>	<p>No. De padres, madres y/o acudientes convocados Ideales/No de padres, madres y/o acudientes por grupo Ideales x 100.</p>	<p>Practicante de Trabajo Social</p> <p>Psicóloga</p> <p>Cuerpo docente</p>
	<p>Desarrollo de las actividades de asesoramiento jurídico.</p>	<p>Estrategia educativa desarrollada por módulos</p>	<p>No. De padres, madres y/o acudientes asistentes/No de padres, madres y/o acudientes convocados x 100.</p>	<p>Practicante de Trabajo Social</p> <p>Psicóloga</p>

	<p>Convocar regularmente al grupo de padres, madres y/o acudientes</p> <p>Diseño de 6 talleres de promoción de estilos de vida saludables.</p> <p>Socialización del cronograma de actividades.</p> <p>Desarrollo de jornadas de encuentro</p> <p>Convocatoria última sesión.</p> <p>Elaboración del formato de evaluación</p> <p>Orientación para el diligenciamiento</p> <p>Elaboración del acta de compromiso institucional con los padres.</p>	<p>6 talleres lúdicos reflexivos.</p> <p>Grupos conformados según criterios de la institución 1-5</p> <p>Firma de compromiso institucional por parte de los padres.</p> <p>Documento de compromiso institucional</p>	<p>Talleres ejecutados según asistencia.</p> <p>No. De padres, madres y/o acudientes asistentes y participantes al taller/ No. De padres, madres y/o acudientes convocadas x100.</p> <p>No. De padres, madres y/o acudientes asistentes a la evaluación del taller/ No. De padres, madres y/o acudientes convocados x100.</p>	<p>Practicante de Trabajo Social</p> <p>Psicóloga</p> <p>Practicante de Trabajo Social</p> <p>Psicóloga</p>
<p>Estrategia 2 Realización de Jornadas de sensibilización e información a los acudientes de los estudiantes sobre la importancia de los programas que realiza la</p>				

institución.				
Acciones estratégicas	Tareas	Metas	Indicadores o criterios de medida	Responsable
Focalización del grupo de acudientes de los estudiantes	Preparación metodológica de los temas a trabajar en cada una de las sesiones. Desarrollo del grupo focal	Realización del 80% de las sesiones programadas con los padres/madres o acudientes de los estudiantes	No de sesiones programadas/No. De sesiones realizadas x 100	Practicante de Trabajo Social Psicóloga
Realización de las jornadas de encuentro con los acudientes de los estudiantes	Coordinación con el cuerpo docente y personal administrativo	Participar en el 100% de las sesiones programadas	No de encuentro realizados/No. de encuentros programados	Practicante de Trabajo Social Cuerpo docente Equipo psicosocial

Fuente: Planeación realizada en el marco de la práctica social desarrollada en el Instituto IDEALES durante el primer semestre del 2009.

Se realizó el proceso de convocatoria de los padres y/o acudientes de los estudiantes, con el ánimo de informarles sobre la situación que implica la condición de discapacidad y los elementos que tienen a favor. La reunión se cumplió en un 78% de asistencia en la medida que fue necesaria la realización de 2 sesiones con los padres/madres y entrega de material informativo.

Inicialmente se establecieron criterios para la construcción de canales informativos que permitieran a los padres tener elementos para tomar decisiones que favorecieran a sus hijos.

Se realizaron jornadas de encuentro con los padres de los/las estudiantes durante las sesiones de visita domiciliaria, de este modo se organizaron actividades asistenciales con los padres en los cuales por motivos de asistencia fue necesaria la realización de sesiones individuales en los hogares de los mismos.

Los padres se comprometieron con la realización de asistencia a las actividades informativas que la institución tenga pensado realizar, de este modo garantizando mayores niveles de compromiso institucional para generar empoderamiento del proceso.

Tabla 16 Plan Operativo del Eje estratégico Asistencial.

Eje estratégico 3 (Asistencial): Acercar la atención psicosocial prestada por el instituto, identificando la información previa verificación de las condiciones socioeconómicas y familiares que rodean a los estudiantes.				
Estrategia 1 Realización de visitas domiciliarias a padres, madres y/o acudientes de los estudiantes vinculados.				
Acciones estratégicas	Tareas	Metas	Indicadores o criterios de medida	Responsables
Etapa inicial Documentación de los procesos desarrollados con cada estudiante	Recopilación de información individual y familiar básica de cada uno de los estudiantes vinculados. Formulación de la ficha social de caracterización en coherencia con la labor profesional de	Información referenciada en el diario de campo. Ficha social realizada y corregida. Listado de visitas confirmadas	Contactos confirmados /contactos programados X 100 Visitas domiciliarias realizadas/visitas domiciliarias convocadas x100	Practicante de Trabajo Social Practicante de Trabajo Social

	Trabajo Social y las necesidades institucionales. Establecimiento del contacto con los padres y/o acudientes de los estudiantes			
Estrategia 2 Creación de la base de información situacional de los/las estudiantes vinculados.				
Acciones estratégicas	Tareas	Metas	Indicadores o criterios de medida	Responsables
Diseño de la base de datos con la información psicosocial recolectada en los talleres	Documentación necesaria para la formulación de la ficha	Base de datos desarrollada y actualizada.	Base de datos actualizada.	Estudiante de Trabajo Social

Fuente: Planeación realizada en el marco de la práctica social desarrollada en el Instituto IDEALES durante el primer semestre del 2009.

La visita domiciliaria en el campo de la salud permitió detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud física y mental de los/las estudiantes y la familia vinculadas al Instituto, para ello, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de los miembros de la familia. La visita domiciliaria, asimismo, constituyó la herramienta ideal para conocer el medio en el que vive la familia, y cómo influye este en la calidad de la salud de quienes habitan en la vivienda, ya sea en el domicilio, el lugar donde los miembros se alimentan, descansan, ocupan el tiempo de ocio e interaccionan con su grupo primario. Su práctica permitió generar mayor confianza y seguridad entre la practicante de Trabajo Social y su grupo familiar frente a los servicios recibidos por la el Instituto IDEALES permitiendo una integración más amplia, sincera y real entre los acudientes de los estudiantes con el programa de salud preventiva desarrollado por la organización.

Asimismo permitió constatar y verificar la información obtenida por la caracterización inicial de psicología a la hora del ingreso al instituto, acerca de las condiciones de salud de la familia identificando los principales problemas y necesidades expresas y ocultas, así como la disponibilidad real de recursos por parte de la familia y su actual manejo.

Se realizaron de 19 visitas domiciliarias a las familias de los estudiantes, el criterio de las visitas a realizar se tomo en una reunión interdisciplinaria (Psicóloga, coordinadora académica y practicante de Trabajo Social) con base en los parámetros de comportamiento del estudiante, evolución de la condición de discapacidad o desconocimiento de la situación sociofamiliar por ser un estudiante nuevo, de esta manera se obtuvo una amplia información en torno a la situación sociofamiliar y económica de sus familias, con el ánimo de lograr una mayor vinculación entre las familias y la institución.

Las sesiones fueron programadas por la institución para determinar las temáticas realizadas, cabe recordar que durante todo el proceso el apoyo recibido por equipo psicosocial y académico así como la coordinación académica fue muy valioso para el proceso.

Se actualizó la base de datos de la institución con la información recolectada por estudiante con respecto a los datos referidos a seguridad social, nivel socioeconómico y tipología de discapacidad. La meta se cumplió al 100%.

4.1 EJECUCION DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL

Para el cumplimiento del análisis desarrollado con base en la información recolectada en el marco de la planeación estratégica se establecieron tres tipos de acciones. Las cuales se desarrollaron de forma paralela en algunos casos.

4.1.1 Plan Operativo 1: Estrategias Educativas

Con el desarrollo de las estrategias para personas con necesidades educativas especiales se buscó el fortalecimiento de la información recibida a diario de sus docentes pero enfocándola hacia el cambio de actitudes y el desarrollo de habilidades y destrezas por parte de los estudiantes. Para ello se diseñaron e implementaron actividades lúdicas con los alumnos, en donde el intercambio de información fortaleció el aprendizaje y la creación de hábitos por parte de cada uno de ellos. Las técnicas respondieron a las particularidades de cada grupo poblacional con respecto a los niveles de aprendizaje elaborados.

Los criterios para el desarrollo de las temáticas de los talleres, respondieron principalmente a las necesidades identificadas por el cuerpo docente, como por el área de psicología, en la medida que se buscaba, ante todo, el mejoramiento de la salud física por medio de la realización actividades lúdicas y recreativas con los estudiantes, como la utilización de plastilina, dinámicas sencillas que permitieran la introspección y en lo posible la creación de hábito en cada uno de personas en cuestión.

Dentro de los logros se realizaron actividades formativas con el 100% de la población estudiantil vinculada a la organización, de este modo logrando mejorar las comunicaciones internas y establecidas para su desarrollo en valores, todo esto fue favorecido por su asistencia a diario en la institución, así como la colaboración obtenida con el cuerpo docente.

Se desarrollaron todos los módulos de la estrategia educativa, las sesiones educativas se realizaron durante la realización de las actividades educativas cotidianas en espacios otorgados por los docentes de los estudiantes que inicialmente fueron informados sobre la intención de los mismos, esta fase fue muy importante en la generación de empatía con los estudiantes, en la medida que al realizar los talleres lúdicos con el acompañamiento del docente, la receptividad fue

mucho mayor que si esta actividad se hubiera realizado de forma individual o sin el apoyo de los mismos.

Dentro de las temáticas en los grupos de estudiantes estuvieron relacionados con la higiene, valores, consumo de SPA, que son relacionadas en las tablas 14, 15 y 16.

Este eje de intervención se ancló con las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en la medida que lograron que los/las estudiantes pudieran generar mayores niveles de independencia desde el mismo cambio actitudinal realizando mejores seguimientos y refuerzos positivos por parte de los docentes; no obstante, la preocupación principal institucional se basa en la continuación de las mismas actividades en el ámbito familiar.

También debe mencionarse que los talleres fueron realizados de manera diferencial, esto significa que dependiendo el grupo con el cual se realizaría el taller, se establecería la metodología, con el acompañamiento constante de la psicóloga y el cuerpo docente para evitar situaciones violentas, que se observan en el diario vivir del trasegar de la institución. Los talleres fueron divididos así:

Tabla 17 Sesiones educativas grupo 1

Taller Nº.	FECHA	HORA	TEMA
Taller 1	Lunes 26 de julio	10:15 a 11:00 AM	Presentación y primer acercamiento
Taller 2	Martes 27 de julio	9:30 a 10:15 AM	Hábitos de vida saludable
Taller 3	Viernes 30 de julio	11:00 a 11:30 AM	Hábitos alimenticios
Taller 4	Lunes 2 de Agosto	10:15 a 11:00 AM	Actividad física de los niños, niñas y

			adolescentes
Taller 5	Martes 3 de Agosto	9:30 a 10:15 AM	Hábitos de sueño
Taller 6	Viernes 6 de Agosto	11:00 a 11:30 AM	Como vestirnos adecuadamente
Taller 7	Lunes 9 de Agosto	10:15 a 11:00 AM	Prevención ludopatías
Taller 8	Martes 10 de Agosto	9:30 a 10:15 AM	Auto-cuidado
Taller 9	Viernes 13 de Agosto	11:00 a 11:30 AM	Consumo de SPA-Alcohol
Taller 10	Martes 17 de Agosto	9:30 a 10:15 AM	Consumo de SPA-Drogas
Taller 11	Viernes 20 de Agosto	11:00 a 11:30 AM	Valores
Taller 12	Lunes 23 de Agosto	10:15 a 11:00 AM	Mi cuerpo como territorio de respeto
Taller 13	Martes 24 de Agosto	9:30 a 10:15 AM	Que debo permitir y que no debo permitir

Fuente: Sesiones educativas programadas en el marco de la práctica desarrollada durante el primer semestre académico de 2010.

Es importante esclarecer que los estudiantes fueron sometidos a procesos diferenciales sencillos en torno a la ejecución de los talleres que tendieron a ser mas de tipo lúdico educativo dada las características de la población, tal y como se mencionó con anterioridad, el grupo uno fue uno de los más sencillos de manejar

pues sus niveles de atención son adecuados para el desarrollo de tareas sencillas, esto significa que pueden cumplir cabalmente con un dibujo o una actividad manual, para este grupo se utilizó como técnica el desarrollo de actividades manuales, como elemento de anclaje de la población, así como la realización de actividades informativas sencillas otorgando premios, representados en juegos, dulces o notas, como refuerzos positivos de los estudiantes y su proceso de aprendizaje.

A nivel de contenidos y tal como lo muestra la tabla 12 se realizaron temáticas específicas para el desarrollo de hábitos saludables así como la prevención del consumo de SPA (Sustancias Psicoactivas), respondiendo principalmente al grado de vulnerabilidad que pueden sufrir incluso en el seno de sus familias, así como darle a este grupo específico, elementos para la prevención de la violencia sexual dentro de los esquemas del auto cuidado, auto detección de abuso, y denuncia temprana de los casos que ellos consideraran como transgresores de su cuerpos, todo desde la prevención.

Tabla 18 Sesiones educativas grupo 2

Taller Nº.	FECHA	HORA	Tema
Taller 1	Lunes 26 de julio	9:30 a 10:15AM	Hábitos de aseo
Taller 2	Viernes 30 de julio	9:30 a 10:15AM	Hábitos alimenticios
Taller 3	Lunes 2 de Agosto	9:30 a 10:15AM	Actividad física de los niños, niñas y adolescentes
Taller 4	Viernes 6 de Agosto	9:30 a 10:15AM	Prevención ludopatías

Taller 5	Lunes 9 de Agosto	9:30 a 10:15AM	Consumo de SPA-Alcohol
Taller 6	Viernes 13 de Agosto	9:30 a 10:15AM	Consumo de SPA-Drogas
Taller 7	Viernes 20 de Agosto	9:30 a 10:15AM	Valores
Taller 8	Lunes 23 de Agosto	9:30 a 10:15AM	Mi cuerpo como territorio de respeto

Fuente: Sesiones educativas programadas en el marco de la práctica desarrollada durante el primer semestre académico de 2010.

Las sesiones del grupo 2 estuvieron relacionadas con la realización de jornadas informativas sobre el desarrollo de hábitos saludables como el aseo personal, hábitos alimenticios, el desarrollo de actividades físicas y valores éticos, así como la mención de la auto detección de actitudes abusivas de esta población. Las sesiones fueron realizadas por medio de juegos manuales y entrega de estímulos a los niños participantes, así como la retroalimentación individual con los casos que pudieran denotar un efecto contrario al esperado. Dentro de los logros se obtuvieron mejores niveles de información tanto para padres como estudiantes en torno a estas temáticas, y su reafirmación por parte de los docentes en cada una de las sesiones subsiguientes a realizar.

Tabla 19 Sesiones educativas grupo 3

TALLER Nº.	FECHA	HORA	TEMA
Taller 1	Lunes 26 de julio	11:00 a 11:30 AM	Hábitos de aseo

Taller 2	Viernes 30 de julio	10:15 a 11:00 AM	Hábitos alimenticios
Taller 3	Lunes 2 de Agosto	11:00 a 11:30 AM	Actividad física de los niños, niñas y adolescentes
Taller 4	Viernes 6 de Agosto	10:15 a 11:00 AM	Prevención ludopatías
Taller 5	Lunes 9 de Agosto	11:00 a 11:30 AM	Consumo de SPA-Alcohol
Taller 6	Viernes 13 de Agosto	10:15 a 11:00 AM	Consumo de SPA-Drogas
Taller 7	Viernes 20 de Agosto	10:15 a 11:00 AM	Valores
Taller 8	Lunes 23 de Agosto	11:00 a 11:30 AM	Mi cuerpo como territorio de respeto

Fuente: Sesiones educativas programadas en el marco de la práctica desarrollada durante el primer semestre académico de 2010.

Tanto el grupo 4 como el grupo 5 también le fueron desarrolladas actividades enlazadas con el ejercicio de actividades con mayor tendencia individual, mayores ejercicios lúdicos, realización de juegos en plastilina, pintura en papel de las situaciones en particular de cada uno de los talleres, apoyo de la psicóloga para detectar casos de ludopatías, abandono en el acompañamiento familiar, o sobreprotección. A partir de la información recolectada e incluirla la hoja de vida de los niños por parte de psicología se pudo concluir que se presentan altos niveles de sobreprotección por parte de los padres, pues la mayoría no permiten que los estudiantes realicen actividades en el hogar, en este grupo los/las estudiantes no

son tenidos/as en cuenta como sujetos de derechos, en la medida que impiden el libre ejercicio de actividades dejadas por los docentes del instituto.

Tabla 20 Sesiones educativas grupo 4

Taller Nº.	FECHA	HORA	TEMAS
Taller 1	Martes 27 de julio	10:15 a 11:00 AM	Hábitos de aseo
Taller 2	Martes 3 de Agosto	10:15 a 11:00 AM	Hábitos alimenticios
Taller 3	Martes 10 de Agosto	10:15 a 11:00 AM	Actividad física de los niños, niñas y adolescentes
Taller 4	Martes 17 de Agosto	10:15 a 11:00 AM	Prevención ludopatías
Taller 5	Martes 24 de Agosto	10:15 a 11:00 AM	Consumo de SPA-Alcohol

Fuente: Sesiones educativas programadas en el marco de la práctica desarrollada durante el primer semestre académico de 2010.

Tabla 21 Sesiones educativas grupo 5

Taller Nº.	FECHA	HORA	TEMAS
Taller 1	Martes 27 de julio	11:00 a 11:30 AM	Ludopatías

Taller 2	Martes 3 de Agosto	11:00 a 11:30 AM	Valores
Taller 3	Martes 10 de Agosto	11:00 a 11:30 AM	Consumo de spa
Taller 4	Martes 17 de Agosto	11:00 a 11:30 AM	Mi cuerpo territorio de respeto
Taller 5	Martes 24 de Agosto	11:00 a 11:30 AM	Auto-cuidado

Fuente: Sesiones educativas programadas en el marco de la práctica desarrollada durante el primer semestre académico de 2010.

Dentro de los logros generales de este proceso se obtuvo, el cumplimiento total de las metas estipuladas, en la medida que se pudieron establecer estrategias de aprendizaje y repetición de los/las estudiantes durante la realización de sus rutinas de clase, esto fue posible en la medida que cada taller realizado retomaba el elementos de los anteriores mediante el juego para conseguir una mayor grado de autonomía en lo respecto a mantener un nivel de auto-cuidado, representado en el cambio de ropa. Realización de actividades de esfuerzo físico y recuperación de la motricidad y temas relacionados con la auto-detección de abuso sexual dada su vulnerabilidad.

4.1.2 Plan Operativo 2: Estrategias informativas

Para ello primero se realizaron acercamiento a nivel interinstitucional para conocer el ámbito legal que rodea la atención a la población en condición de discapacidad y de esta manera obtener mejores niveles de información para brindar durante el desarrollo de las actividades y sesiones de información y asesoramiento legal.

Durante la fase de documentación se convocó al representante de los discapacitados ante el comité municipal de Bucaramanga el cuál informó que actualmente no existe un carnet como tal y que sólo se utilizaba el carné de la EPS o

del SISBEN en la medida que este especifique la situación de discapacidad, sin embargo aclaró que para que las EPS consignen la existencia de discapacidad en el carné de afiliado como lo ordena al artículo 5 de ley 361 de 1997 , generalmente es necesaria la acción de tutela; por otro lado, informó que para la solicitud de implementos y dispositivos para la población en situación de discapacidad se deben llevar a la Carrera 11 N° 33-17 – Casa los nazarenos, la fotocopia del documento de identidad, Fotocopia de SISBEN (Nivel I y II), certificado médico de discapacidad y carta solicitud del implemento dirigida a la secretaría de desarrollo social. Esta situación es preocupante ya que se muestra una clara desarticulación entre las instituciones que prestan servicios de salud y los mecanismos que establecen para el cumplimiento de los derechos de la población en condición en discapacidad, pues al no contarse con instituciones comprometidas con el mejoramiento de la calidad de vida de esta población, poco puede hacerse para conseguir que los padres de los estudiantes puedan comprometerse con la realización de los tratamientos y las jornadas de rehabilitación que de por ley tienen sus hijos.

Por otro lado se consultó al Mayor Alfonso de Batallón de la Quinta Brigada en temas referentes a los requisitos necesarios para la expedición de la libreta militar, este informó que era necesario llevar la fotocopia del documento de identidad, certificado médico de discapacidad y 3 fotos tipo libreta militar, e informó que para las personas en situación de discapacidad no tiene ningún costo. No obstante esta información no es debidamente socializada con los padres y los estudiantes por medio de alguna institución estatal.

Luego de tomada la información se procedió a la realización del taller informativo con los padres de familia, que dado los percances hubo que realizarse en dos momentos, una fecha programada para el 22 de junio y otra fecha para el 05 de agosto, dentro de la información entregada a los padres se contó con la referida a la a los trámites para realizar la vinculación e identificación de los jóvenes a su cargo, tramitar el certificado de discapacidad, tramite de libreta militar para varones y afiliación al sistema de seguridad social, como prioritarios, se les hizo entrega de un folleto en cuál se establecían criterios para la realización de los trámites.

Con respecto al logro de las actividades y la construcción de los indicadores, puede concluirse que hubo mucha dificultad y apatía inicial para el cumplimiento de las metas estipuladas, en la medida que inicialmente se presenta un interés de los padres por conseguir que sus hijos sean tenidos en cuenta por la institución a la hora de recibir el apoyo educativo, pero luego de ingresado se manifiesta un total desinterés frente al quehacer diario de la misma y el nivel de responsabilidades adquirido queda inmediatamente relegado a un segundo plano. De otro lado el rol educativo en Trabajo social, en compañía del equipo psicosocial y educativo resultó fundamental para el fortalecimiento y el cumplimiento de los mismos, en la medida que la orientación recibida como fruto de una experiencia adquirida con años de trabajo, se fortaleció con las metodologías de intervención grupal aprendidas durante la formación profesional, así como las lecturas sociales de acercamiento asertivo a esta población que dado sus niveles de desarrollo psicológico presenta reservas frente a la atención de nuevas personas o sujetos que representen algún nivel de autoridad.

De otro lado, la organización estructural (Física) y el material didáctico de apoyo recibido, también ejerció una gran influencia para el cumplimiento de las metas estipuladas, así como el acercamiento de la metodología de intervención social se utilizó adecuadamente a las necesidades de aprendizaje particulares de esta población.

Con respecto a los logros alcanzados se contó con el reforzamiento positivo del compromiso institucional por parte de los padres, la toma de información frente a la manera en que estos conocen y se interesan por conocer en torno a la situación de sus hijos, ya que en años anteriores reconocían la impotencia experimentada por la discriminación sentida en torno a la crianza de los jóvenes, asimismo aceptaron participar con mayor interés en las jornadas realizadas a posteridad para lograr mayor integración con la realidad de la institución.

4.1.3 Plan Operativo 3: Estrategias Asistenciales

Se realizó el acercamiento psicosocial realizado por medio de las visitas familiares o tradicionalmente conocidas como visitas domiciliarias. Para ello se contó con la realización de la visita domiciliaria con el fin de identificar el comportamiento de las variables relacionadas con la composición familiar, relaciones interpersonales del estudiante, dinámica familiar (hábitos y costumbres), vivienda familiar, seguridad social y apoyo educativo y otras identificadas en la visita domiciliaria.

Las visitas domiciliarias permitieron la caracterización situacional en salud individual y familiar de los estudiantes vinculados. Esta tuvo como fin conocer aspectos sociofamiliares en el área de psicología, frente al manejo de tratamiento médico, o identificar la posibilidad de abuso sexual y en drogas a la que esta población llega a ser vulnerable y muchas veces es vulnerada.

Del mismo modo se realizaron 19 jornadas individuales de retroalimentación con los estudiantes clasificados por psicología como casos críticos, de esta forma se establecieron acercamientos con la realidad sociofamiliar de los jóvenes en cuyo cruce de información con los datos recolectados por la ficha social, pudo evidenciarse la importancia de realizar procesos mucho más completos con las familias de los estudiantes, se pensó en la realización continua de un programa que permitiera el seguimiento y el aumento del interés por parte de los padres en cada una de las actividades realizadas por sus hijos.

Las jornadas asistenciales permitieron establecer un mayor acercamiento y actualización de información psicosocial y familiar necesaria para enfocar las acciones educativas, y más aun, las de educación. Dentro de otros logros se pudo generar mayor confianza y seguridad en los jóvenes y su grupo familiar frente a la oferta de servicio educativo realizado por IDEALES, logrando una relación interpersonal más sincera, real y activa entre el equipo psicosocial y el grupo familiar. También se facilitó el desarrollo de las acciones propuestas por el eje educativo y el eje asistencial para el cumplimiento de los objetivos propuestos. Ya

que la familia accedería con menor resistencia y con mayor flexibilidad frente al cumplimiento con los compromisos contraídos con Trabajo Social

4.2 EVALUACIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN EN EL INSTITUTO IDEALES.

Luego de finalizado el proceso de intervención profesional desarrollado en el Instituto IDEALES, se hace necesario realizar un diagnóstico final que permita comprender el escenario actual de atención de los estudiantes en condición de discapacidad, atendidos por esta organización, mediante el análisis de los diversos factores que influyeron de manera positiva y negativa en la consecución de las metas y objetivos propuestos en la práctica profesional.

Dentro de los aspectos transversales de la actuación profesional, cabe mencionar el rol de capacitador/a, promotor/a para la salud y facilitador/a de procesos sociales, rol esperado de Trabajo Social en el instituto IDEALES en el cuál se desarrolló satisfactoriamente, haciendo énfasis en la salud familiar y educación para población especial.

Frente al cumplimiento de los objetivos esperados se menciona que todos los aspectos previstos en el planeación fueron cumplidos a cabalidad ya que estos estuvieron enmarcados en el desarrollo de los ejes estratégicos asistenciales, educativos e informativos que a su vez cumplieron una función integral dentro de la del cumplimiento de los objetivos y pertinencias de los mismos. No obstante aunque se presentaron algunas dificultades en cuanto al bajo interés y participación por parte de los padres, madres y/o acudientes de los estudiantes.

Dentro de los aspectos organizacionales evidentes desde el mismo momento de la ubicación institucional se destaca la dificultad que siempre estuvo latente frente a la desactualización de los objetivos misionales y de visión que impidieron el desarrollo de mayores actividades de gestión bajo el apoyo de entidades de corte nacional que juegan un papel importante en el desarrollo de políticas de apoyo a la población en condición de discapacidad como la Fundación Saldarriaga-Concha. En un sentido específico, IDEALES aun mantiene una visión limitada de la potencialidad y las capacidades de los estudiantes ya que los programas que ofrece aunque inicialmente buscaban sus potenciaron económica y productiva se rezagaron a la

educación formal, de alguna manera actuando como discriminativos frente a la propia concepción de sus educandos. Se hace necesario replantear los objetivos estratégicos de la entidad, vinculando para ello a todas las personas vinculadas con el Instituto. En el aspecto político se hace necesario lograr mayor incidencia en la formulación de programas de promoción de la salud con respecto a la población atendida en las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, pues solo en la medida que los sujetos sean reconocidos en sus derechos dada su capacidad organizativa, será posible que el Estado vuelque sus ojos, representado en compromiso y apoyo económico a este tipo de organizaciones. La vinculación interinstitucional, se hace necesaria en todo momento.

Esto se puede lograr mediante la evaluación de los objetivos organizacionales para los cuales se estableció inicialmente el instituto, pues es considerable la desorientación, el abandono financiero y la escasez de estrategias que puedan viabilizarla para mejorar e incluso ampliar los horizontes del mismo en cuanto a la prestación de servicios de mejor calidad, de mayor cobertura y que garanticen mayores niveles de accesibilidad de esta población que también va en ascenso, en proporción con el crecimiento de la población santandereana.

Finalmente en el campo del aprendizaje académico aun quedan muchas acciones de responsabilidad social universitaria respecto a la deuda social que se tiene con estas organizaciones, específicamente cada uno de los estudiantes participantes en el proceso no tuvieron formación básica en estos tópicos tan importantes en la actuación profesional, como resulta el tema de las discapacidades, que pudiera verse como una manera implícita de discriminación por los bajos niveles de investigaciones desarrolladas en la misma, no sólo la Universidad Industrial de Santander sino las otras Instituciones de Educación Superior (IES) que participan de manera voluntaria en el proceso. Asimismo estas organizaciones requieren mayor compromiso y participación de las IES mediante el suministro de talento humano que ayude en la actualización profesional y mejoramiento de las técnicas de aprendizaje, apoyo familiar y desarrollo institucional de estas organizaciones, en donde el voluntariado marca una fuerte incidencia. Frente a Trabajo Social este proceso de

práctica fue bastante prometedor y potenciador del crecimiento profesional ya que en conjunto se lograron establecer respuestas integrales a la problemática planteada por la institución. También se pudieron apelar a nuevas formas de anclar los procesos metodológicos haciéndolos más articulados y conexos garantizando que el funcionamiento de una estrategia pudiera ayudar a desarrollar y garantizar la participación en las dos siguientes, un mecanismo necesario dada la situación de desinterés inicial por parte de los miembros primarios de esta organización: los padres, madres y acudientes. Las actividades desarrolladas y las constantes actividades de divulgación para la promoción de la salud de esta población en el seno de sus familias, permitieron la evitación de patrones errados de crianza, sobrestimación o subestimación de la población estudiantil, en la medida que pueda favorecer su desarrollo pleno e integral en cada uno de los aspectos generadores de nuevas oportunidades de adaptación laboral, social y económica.

La carencia de mecanismo de información, así como de metodologías sociales de intervención para la promoción de la salud, impone nuevos retos a la profesión, pues genera mayores interrogantes sobre el desarrollo de estrategias educativas y comunicativas en proporción con la situación de discapacidad; vincular con mayor ahínco a los padres en el desarrollo de actividades que en conjunto promuevan mejores niveles de calidad educativa, tanto por parte de la institución como su respectivo seguimiento en las familias. Pues si la educación no se hace vivencial y comprometida tanto del personal docente, psicosocial y las familias, es poco probable encontrar mejores niveles de aprendizaje y acción. Es así como la visita domiciliaria debe continuarse para mantener una constante retroalimentación con las dinámicas familiares, pautas de crianza, situación económica, presencia de riesgo familiar, seguimiento docente, que puedan aportar en la recolección de información de los estudiantes pues el hogar actúa como el principal donde los estudiantes se alimentan, descansan, desarrollan actividades de ocio y recreación así como el lugar donde se suplen las necesidades psicológicas, sociales, culturales y biológicas de sus miembros.

Es importante resaltar que la visita domiciliaria sirvió para prestar asistencia sistemática, también permitió ampliar la información inicialmente recolectada en la consulta psicológica, de este modo poder hacer trato más individualizado y en algunos casos diferencial, en el marco de la equidad y el respeto.

Dentro de los resultados de la misma se pudo obtener que se lograron mayores niveles de información para promover el autocuidado, del mismo modo se vinculó con mejores resultados a las familias en el proceso de aprendizaje y potencializarían de las capacidades desarrolladas por la institución en los estudiantes. Por consiguiente se favoreció la comunicación entre el equipo psicosocial, docente y administrativo con las familias.

Del mismo modo se identificaron redes familiares importantes, se construyó información básica con el ánimo de establecer indicadores de gestión a futuro, con los cuales se crearon elementos necesarios para el diligenciamiento de fichas sociales más actualizadas, estas actividades no se habían desarrollado con anterioridad pero fue fundamental para garantizar mejores sesiones educativas, más enlazadas con la situación real de los estudiantes.

Dentro de las actividades de divulgación e información a las familias, se puede concluir con mayor facilidad su articulación a las actividades generales de educación con respecto a los/las estudiantes. El fortalecimiento de estos programas es fundamental en todo el proceso que realice el Instituto.

5 PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL E INFORMACIÓN AL ACUDIENTE- PIA

5.1 JUSTIFICACIÓN

El modelo de intervención psicosocial se basa en el carácter interdisciplinar y de complementariedad entre las diversas disciplinas de las ciencias sociales y humanas implicadas, en su articulación con las aportaciones que el Trabajo Social y la psicología clínica y social ofrece para el manejo de la salud ambiental, la atención sociofamiliar, el manejo de crisis familiares, las asesorías académicas en procesos de aprendizaje con una población que presenta una alta prevalencia de situaciones de dependencia, sobreprotección, manejo inadecuado de las emociones y bajos niveles de adaptabilidad social, tanto a nivel institucional como familiar.

Uno de los principales objetivos que se ha planteado en torno a la organización a partir de la intervención realizada y la información recolectada es que el modelo de intervención debe ofrecer a través de un equipo de profesionales competentes, organizados interdisciplinariamente, una atención profesional, complementaria a la relación familiar y social, de alta calidad, a la vez que muy profesional, muy cercana, personalizada y humana, incorporando al voluntariado y considerando a la familia como el eje central de la intervención con la familia beneficiaria y la población estudiantil.

Es por ello que dada la valiosa información recolectada por la visita domiciliaria al proceso de intervención realizado y mencionado con anterioridad, se hace necesario a nivel institucional, el agotamiento de todos los recursos humanos, económicos, materiales y físicos necesarios para garantizar el mantenimiento de esta técnica psicosocial, en la medida que permite mejores niveles de actualización de la información suministrada, así como el seguimiento de los procesos educativos desarrollados; en este ámbito, la familia cumple un rol de gran importancia que antes se había descartado del accionar educativo. La familia permite la continuidad u

apocamiento de los esfuerzos profesionales elaborados con los estudiantes, es por esta razón que la familia de aquí en adelante debe volverse eje de intervención social.

Este proceso guarda sentido de acuerdo con el sistema general de salud, y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE⁴⁸, en el cual se menciona que el 28,6% de la población colombiana está condicionada por algún tipo de discapacidad, de los cuales el 56% no tiene los elementos y medio necesarios para afrontarla sea de forma cognitiva (Tratamiento psicológico) o de manera física (prótesis, muletilas, entre otras), si a este se le suma los bajos niveles de ingresos económico⁴⁹, la vulnerabilidad social de la familia regente⁵⁰ y las tipología familiares, puede sobreentenderse que la familia guarda una fuerte relación correlacional con el mejoramiento de las intervenciones a que pueda someterse el implicado en el nivel psicosocial de intervención.

5.2 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer el proceso de intervención psicosocial en las familias vinculadas con el INSTITUTO DE ADAPTACIÓN LABORAL EN SANTANDER IDEALES, por medio de los modelos de aprendizaje significativo, pautas de crianza, y la detección oportuna de factores de riesgo y protectores, que permitan la articulación y complementariedad de cada uno de los actores (estudiante, su familia y la institución).

⁴⁸ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Información estadística de discapacidad. Julio de 2009, [Online]. 2009, [citado 2010-08-14], Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/inform_estad.pdf. p. 56.

⁴⁹ *Ibíd.*, p. 34

⁵⁰ Ochenta y cinco de cada cien colombianos con alguna discapacidad permanente no reciben la rehabilitación que necesitan, la mayoría por falta de recursos. Esa es una de las razones por las cuales el 78,2 por ciento de estas personas asegura que no se están recuperando. Diario el Tiempo: Bogotá Colombia septiembre de 2010, [Online]. 2010, [citado 2010-09-4], Tomado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7545247>

5.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Orientar en el nivel psicosocial a las familias de los estudiantes vinculados al instituto a partir de estrategias edu-comunicativas que promuevan la reflexión y adecuadas a sus patrones de crianza.
- Establecer mecanismos para el intercambio de saberes entre los padres y/o acudientes de los estudiantes con el cuerpo de educandos.
- Desarrollar escenarios de participación grupal, con el ánimo de detectar factores de riesgo y factores protectores en la dinámica familiar.
- Permitir el acercamiento conceptual al tema de la discapacidad por parte de los padres mediante mecanismos de empoderamiento social.
- Conformación de la escuela de padres

5.4 PROCESO METODOLÓGICO

El enfoque de salud desde su perspectiva integral, impele necesariamente la conjugación de métodos informativos y comunicativos a lo largo de toda intervención de carácter social. De esta manera, se han establecido los siguientes momentos:

El proceso metodológico desarrollado en el contexto del Instituto IDEALES será planificado y ejecutado de manera precisa desde un inicio. Se proyecta en dos momentos, como un conjunto de herramientas, estrategias y técnicas de intervención que permiten desde la participación de las familias usuarias y los(as) funcionarios(as) el acercamiento, la comprensión y el aprendizaje de las temáticas abordadas en el quehacer profesional. Para ello se han determinado las siguientes:

5.4.1 Momento 1: Acercamiento institucional.

Este momento inicia con el levantamiento del diagnóstico social en torno a la situación socioeconómica, familiar y de conocimientos sobre la discapacidad de la población. Este diagnóstico preliminar cumple con una labor de descubrimiento y por consiguiente permite orientar y enfocar la intervención hacia los aspectos más relevantes sin crear soluciones definitivas, asimismo se sistematizan los datos e

información sobre la situación-problema de la realidad vivida por las familias de los estudiantes vinculadas/os, determinando la naturaleza y magnitud de las necesidades y problemas que afectan a la situación de aprendizaje, las pautas de crianza, las condición de ingresos, entre otros. Luego de establecido el diagnóstico se procederá a socializar los resultados y retroalimentarlo con aspectos que no hayan sido abordados.

Objetivo Estratégico: Establecer la línea de base en torno a la situación de conocimiento y trato de personas en condición de discapacidad.		
Estrategia 1: Levantamiento del diagnóstico social.		
Acciones estratégicas	Meta	Indicador de logro
Fase 1: Identificación de la situación-problema.	Elaboración del instrumento de recolección de información.	Instrumento elaborado.
	Aplicación del instrumento de medición.	No. Instrumentos aplicados.
	Análisis de hallazgos.	Documento de diagnóstico.
	Socialización de los resultados	Retroalimentación de las estrategias.
Fase 2: Planeación de las actividades con el equipo psicosocial.	Determinación de las unidades de intervención. Identificación del perfil de los sujetos	Documento de la Planeación de las actividades previamente socializado con las directivas de la institución.

Informar a los profesionales del equipo psicosocial, administrativo, educativo y padres de familia y/o acudientes vinculados al instituto.

5.4.2 Momento 2: Implementación del programa integral de atención psicosocial y de información al acudiente PIA.

Al término del diagnóstico se consolida la información y luego de realizada la socialización con el grupo de pares, se procede a la implementación del *Programa Integral de Atención Psicosocial e Información al Acudiente PIA*, con el fin de establecer estrategias de flujo de información permanente para la toma de decisiones de cara a los estudiantes, los acudientes y sus familias. El programa PIA, pretende establecer seguimientos psicosociales permanentes en aras de garantizar una mejor rehabilitación, asesoramiento preventivo, detección temprana de abuso o maltrato, mayor retroalimentación con los acudientes de los estudiantes y asegurar su compromiso institucional.

Durante la ejecución del programa se establecerá con base en el diagnóstico una línea base de mejoramiento, con el fin de tener mejores elementos para el desarrollo de apoyo interdisciplinario según se descubran las mismas, de esta forma canalizando recursos y activando espacios antes poco explorados por la institución y sus profesionales. PIA asimismo busca la elaboración de planes familiares y el establecimiento de compromiso por parte de los padres para sus hijos.

El programa estará coordinado por Trabajo Social, y asesorado por el área de psicología, pertenece con prevalencia al campo de la salud y específicamente de la salud mental, actúa como una programa potenciador de las capacidades de los estudiantes dentro de una enfoque humanizado y humanizador. Se compone de las fases principales de visita familiar, elaboración de planes familiares y distribución de la atención.

<p>Objetivo Estratégico: Implementar con los padres, madres y/o acudientes de los estudiantes el programa de Atención Integral de Atención Psicosocial e Información al Acudiente - PIA</p>		
<p>Estrategia 1: Diseño e implementación del programa PIA.</p>		
Acciones estratégicas	Meta	Indicador de logro
Divulgación de medios comunicativos sobre las garantías de las población en condición de discapacidad	Diseño e impresión de la campaña informativa	Campaña informativa diseñada y aprobada por las directivas del Instituto.
Convocatoria de los padres, madres y/o acudientes	Participantes identificados según base de datos establecida	Base de datos actualizada
	Participantes nuevos agregados a la base de información	
	Envío de información enviada con los estudiantes de manera escrita y por medio de llamada telefónica.	Participantes convocados/participantes identificados x 100 Hojas de invitación entregadas a los/las estudiantes
Desarrollo de talleres programados	Realización del 100% (N=8) de los talleres programados durante las sesiones mensuales, dadas las características socioeconómicas de los	Listas de asistencias Participantes asistentes/Participantes convocados x 100

	acudientes	
	Evaluación y seguimiento de cada una de las actividades. Aplicación de la Evaluación pretest con el fin de conocer la situación inicial de conocimientos Aplicación de posttest para revalidar los conocimientos aprendidos.	Prestest y Postest de conocimientos adquiridos Cuadros estadísticos comparativos elaborados.

Estrategia 2: Relacionar a los padres, madres y/o acudientes con el programa integral de atención psicosocial e información al acudiente. PIA

Acciones estratégicas	Meta	Indicador de logro
Elaboración de visitas socio familiares que permitan la elaboración y seguimiento de planes familiares con los aprendizajes adquiridos por los estudiantes	Visitar a acudientes del programa PIA, inicialmente siguiente criterio profesional	Listados de visitas realizadas
	Elaboración del plan familiar de seguimiento con base en las particularidades de cada estudiantes y sus situación socioeconómica	Planes familiares elaborados por visita
	Elaboración de las jornadas de atención integral con el equipo de nutrición, psicología, enfermería, fisioterapia y	Jornadas mensuales realizadas/Jornadas programadas x 100

	Trabajo Social	
--	----------------	--

Para el cumplimiento de este objetivo se considerará a la familia inmersa en una fluctuación de relaciones con diferentes sistemas y subsistemas con los que interactúa motivando cambios y retroalimentándose en esa relación. Se rompe de esta manera el reduccionismo de identificar los problemas sociales con problemas de la persona. Tal y como se enfocaba con anterioridad.

Se buscarán y valorarán las diversas situaciones de necesidad, no a la persona (estudiante, padre, madre y/o acudiente) aislada de su medio. Para la realización del diagnóstico con este enfoque globalizador se hace necesario tener en cuenta a la persona, al medio social y a las relaciones que se establecen entre uno y otro.

Este diagnóstico sociofamiliar, al igual que las necesidades, no se observan de forma estática, se espera que siempre cambien o se modifiquen en la medida que el estudiante interactúa, aprende, lograr acercamiento con su núcleo familiar cercano, se moviliza, y el medio social recibe y devuelve la presión ejercida por la persona modificando también sus condiciones primarias. Desde el enfoque sistémico se espera que pueda lograrse establecer la influencia del medio social cercano al estudiante con el éxito o no en las actividades de formación de esta población.

Para determinar los impactos generados por el desarrollo del programa se hace necesario utilizar la escala de medición obtenida en la línea base del programa, para ello se acudirán a las siguientes herramientas:

- a) Comparación de los datos las asistencias por parte de las familias a las sesiones de apoyo psicosocial desarrollados por Trabajo Social y Psicología.
- b) Seguimientos de los compromisos adquiridos mediante visita domiciliaria bimensual a cada una de las familias vinculadas.
- c) Listados de participación en cada una de las sesiones educativas y de asesoramiento psicosocial grupal a las familias de los estudiantes.

Luego de obtenida esta información se establecerán los acercamientos necesarios para ajustar los objetivos y las actividades con base en la interlocución interpersonal

establecida entre el profesional de Trabajo Social y las familias. Asimismo para evaluar el impacto de las acciones establecidas en el mejoramiento de la calidad de vida de los núcleos familiares se aplicará nuevamente el documento de línea base con las familias vinculadas a la institución durante el año siguiente a la implementación.

5.5 CRONOGRAMA

ACCIONES ESTRATEGICAS		MES 6				MES 6				MES 6				MES 6				MES 6				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Momento 1 Diagnóstico social	Elaborar el instrumento de recolección de información																					
	Aplicación del instrumento																					
	Tabulación y análisis de la información																					
	Socialización de resultados																					
	Elaboración de las líneas de intervención del programa PIA																					

CONCLUSIONES

El proceso desarrollado en El INSTITUTO DE ADAPTACION LABORAL EN SANTANDER IDEALES, permitió el desarrollo de habilidades y destrezas de intervención con la población en condición de discapacidad, que impuso nuevos retos a la labor desarrollada por la profesión de Trabajo Social. Es de aclarar que aunque la institución ha realizado fervientes esfuerzos por atender esta problemática, aun su responsabilidad histórico-social impone mayores y profundas acciones que conlleven a un mejor acompañamiento de esta población mediante la disminución de la factores de riesgo y protectores detectados desde el modelo biopsicosocial.

Los términos: deficiencia, incapacidad, invalidez, minusvalía y discapacidad están relacionados entre sí más no son sinónimos. Deficiencia es toda alteración o pérdida de una estructura orgánica o de su funcionamiento que ocasiona una incapacidad, es decir, la limitación o restricción para la realización de actividades del modo considerado “normal”, dichas situaciones traen como consecuencia la falta de capacidad para llevar a cabo una actividad específica, esto es la invalidez; en relación, el padecimiento de una alguna deficiencia y por lo tanto, de sus consecuencias (incapacidad e invalidez) es a lo que se le denomina discapacidad. Por último, minusvalía es la discapacidad socializada, esto significa, la desigualdad social, las desventajas que enfrentan en relación con su entorno las personas que la padecen.

La condición de discapacidad influye notoriamente en la dinámica familiar y a la vez la situación sociofamiliar influye en la atención y seguimiento del sujeto con discapacidad.

La legislación sobre discapacidad, si bien ha evolucionado hasta llegar a leyes especializadas en la materia, aún tienen carencias, en tanto que la integración social y la incorporación al desarrollo del que tanto se habla aún no es una realidad.

Discapacidad no significa imposibilidad; las personas con discapacidad también tienen capacidades, y en relación a ellas están posibilitados para trabajar, por lo tanto deben tener acceso a un empleo digno y productivo, sin discriminaciones debidas a sus circunstancias que viven.

Si bien existen normas jurídicas y programas gubernamentales que apoyan a las personas con discapacidad, es más importante la creación de una cultura de respeto y sensibilización de las necesidades de las personas con discapacidad, así como un trato digno y respetuoso hacia ellas; dicha cultura debe comenzar desde la infancia, en cada uno de los hogares y darle continuidad en los diferentes niveles de educación a través de programas concernientes en el tema.

De la misma forma a nivel de contextualización social es importante tener en cuenta que las diversas políticas sociales que existen por parte del Estado, atribuyen mayores retos en el marco de las intervenciones sociales por parte de las instituciones que atienden esta problemática, en la medida que les exigen la información constante sobre los derechos que la población en condición de discapacidad y sus familias deben generar a bien de permitir el mejor aprovechamiento de los programas y proyectos que existan para mejorar la calidad de vida de esta población.

En el nivel de intervención social se encontró que la información social constante, el acercamiento a la problemática, la detección temprana de factores de riesgo y factores protectores y la retroalimentación con el equipo de trabajo, fueron acciones que permitieron un mejor nivel de actuación profesional, así como la asesoría constante con la asesora de práctica profesional en la medida que construyeron los derroteros necesarios para el crecimiento personal y profesional.

RECOMENDACIONES

IDEALES debe reevaluar y ampliar su capacidad financiera con el fin de ampliar sus servicios y cobertura, pues en la medida que logre diversificar sus servicios o especializarlos puede, progresivamente, trascender las limitaciones económicas que afronta en la actualidad y le impide mejorar procesos necesarios para el desarrollo +optimo de nuevas intervenciones en el campo de lo social pero siempre asumiendo la sostenibilidad de sus programas.

Asimismo se hace necesario establecer un cronograma adecuado a las necesidades y expectativas de los estudiantes, pues en el instituto se finalizan clases en el mes de noviembre y no pueden dar continuación a su proceso hasta el próximo mes de marzo, esta situación, pedagógicamente no es recomendable para permitir el seguimiento de los procesos. De la misma forma la responsabilidad social de la Universidad impone tener en cuenta este aspecto para la asignación de los practicantes y así lograr mejores resultados.

Las políticas asumidas por parte del Estado deben contar con mejores canales de réplicas en las organizaciones que trabajan con y para la población en condición de discapacidad, se hace necesaria una mayor articulación entre estas instituciones para ampliar su eco y demandas en el ámbito oficial

A nivel metodológico se debe crear un plan de inducción para los nuevos estudiantes y sus familias, con el ánimo de generar mejores niveles de compromiso institucional.

Ampliar el horizonte académico hacia la formación en los grupos socialmente excluidos, como el caso de la discapacidad, a fin de obtener verdaderos elementos de juicio en las diversas intervenciones desarrolladas, evidenciándolo en su inclusión en el plan de estudios.

Se hace necesario continuar con los procesos por parte de la escuela, en la medida que favorece el conocimiento de temáticas referidas a la discapacidad, el replanteamiento de las metodologías pedagógicas, y el crecimiento profesional.

BIBLIOGRAFÍA

AMMERMAN, R.T. Nuevas tendencias en investigación sobre discapacidad. 2000., Limusa: Barcelona.

ARIAS Claudia y TOBARES Elizabeth. EL ASPECTO SOCIAL DE LA INTEGRACIÓN ESCOLAR DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD: INTERACCIONES. Revista Chilena online Redalyc. [Online]. 2009, [citado 2010-06-13], Disponible en: http://www.redalycs.net._hdgjjsk=index.gjk.

ARNAIZ SÁNCHEZ, P. El reto de educar en una sociedad multicultural y desigual. En: A. Sánchez Palomino y otros (coord.). Los desafíos de la educación especial en el umbral del siglo XXI. Mc GrawHill. México, 2007.

BRENNAN, W. K. El currículo para niños con necesidades especiales. Madrid: Siglo XXI. 1990.

ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. La declaración Universal, de los derechos humanos. 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

CÁCERES RODRÍGUEZ, Celsa. SOBRE EL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD. UNA REVISIÓN DE LAS PROPUESTAS DE LA OMS. Dpto. de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de la Laguna. Tenerife. Islas Canarias. España. [Online]. 2008, [citado 2010-07-14], Disponible en: <http://www.auditio.com/revista/vol2/3/020304.pdf>

CIDDM-2 (1999). Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. (Documento).

CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. 2000. [Online]. 2007, [citado 2010-06-16] Disponible en: <http://www.oas.org/Juridico/spanish/tratados/a-65.html>

COOK, Raymond. El derecho internacional y la salud en la mujer. Publicación científica N° 542. Organización Panamericana de la Salud. México: OPS. 1993.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA DANE. CENSO 1993. [Online]. 2010, [citado 2010-06-16] Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=103&Itemid=76/censo_1993.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA DANE. Información estadística de discapacidad. Julio de 2009, [Online]. 2009, [citado 2010-08-14], Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/inform_estad.pdf.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA DANE. Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad [Online]. 2010, [citado 2010-06-16] Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=103&Itemid=76/censo_2005

INSTITUTO DE ADAPTACIÓN LABORAL EN SANTANDER - IDEALES. Documento interno de la organización.

EL TIEMPO: Bogotá Colombia septiembre de 2010, [Online]. 2010, [citado 2010-09-4], Tomado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7545247>

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. COLOMBIA. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 [Online]. 2010, [citado 2010-10-30] Disponible en: <http://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones.php?id=3112>

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS OMS. 138 Sesión del comité ejecutivo. La discapacidad: Prevención y rehabilitación en el contexto de los derechos al goce del máximo grado de salud que se pueda lograr y otros aspectos relacionados. [Online]. 2010, [citado 2010-08-09] Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?navid=11&pid=520>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS, OPS. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Ministerio de trabajo y asuntos

sociales. Secretaria general de asuntos sociales. Instituto de migraciones y servicios sociales. 2001.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la salud: glosario. Ginebra; 1998.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS, Estudio sobre la condición de discapacidad en América Latina [Online]. 2009, [citado 2010-08-24], Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Discapacidad-SPA.pdf>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe mundial sobre la situación de discapacidad en Latinoamérica [Online]. 2009, [citado 2010-06-16] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/SAP21.pdf>

TOSCANO, María Astrid. La ciudad un obstáculo más: La situación de los discapacitados en Bucaramanga [Online]. 2010, [citado 2010-10-30] Disponible en: <http://unab.edu.co/portal/page/portal/UNAB/Actualidad-UNAB/Desarrollo?codigonoticia=800&envia=PCOM>

UNIVERSIDAD DE ALICANTE: REPOSITORIO NACIONAL. [En línea]. <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9906/5/Gilar%20Corbi,%20Raquel_4.pdf .> [Citado el 04 de junio de 2010].

VERDUGO, M.A. Investigación en discapacidad: prioridades del futuro inmediato. Ariel: Madrid. 2000., p. 233.

ANEXOS

ANEXO A FORMATO DE FICHA SOCIAL PARA VISITA DOMICILIARIA



INSTITUTO DE ADAPTACIÓN LABORAL EN SANTANDER
FICHA DE VISITA DOMICILIARIA
ÁREA DE TRABAJO SOCIAL

Fecha: _____ Hora de Inicio: _____ Hora de Finalización: _____
Ficha social No _____
Visita No. _____

1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo estudiante: _____

Documento de Identidad: RC __ T.I. __ C.C. __ N° _____ de _____
Libreta Militar _____ Distrito _____
Lugar y fecha de nacimiento: _____ edad _____
Dirección residencia: _____
Teléfono _____ Cel: _____ Correo _____
Escolaridad _____
Instituciones Anteriores: _____
Tiempo en IDEALES _____
Dignóstico _____

Nombre del padre: _____
Edad: _____ C.C. _____ de _____ Estado Civil: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Empresa: _____
Dirección _____ Tel: _____ Cel: _____

Nombre de la madre: _____
Edad: _____ C.C. _____ de _____ Estado Civil: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Empresa: _____
Dirección _____ Tel: _____ Cel: _____

Nombre del Acudiente: _____
Edad: _____ C.C. _____ de _____ Estado Civil: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Empresa: _____
Dirección _____ Tel: _____ Cel: _____

2 COMPOSICIÓN FAMILIAR

Personas que viven con el estudiante

Nombre completo	Parentesco	Edad	Escolaridad	ocupación

Tipo de Familia

Familia Nuclear Familia Extensa Familia Mono Parental
Familia Reconstituida Otro tipo de familia ¿cuál? _____

FAMILIOGRAMA

3 RELACIONES INTERPERSONALES DEL ESTUDIANTE

Cómo es la relación del estudiante con:

El Padre

La Madre

Hermanos

Los demás miembros de la familia

Los vecinos

4 DINÁMICA FAMILIAR

4.1 HÁBITOS Y COSTUMBRES

Que hace el estudiante en el tiempo libre (tarde, noche y fines de semana)

¿Con quien pasa el tiempo libre?, ¿conoce las personas con las que permanece? ¿Qué opinión tiene de ellas?

Que hace el estudiante en las vacaciones

¿ Tiene un horario establecido para dormir? Si | ____ | No | ____ | Ns/Nr | ____ |

Hora de dormir _____ Hora de levantarse _____

Duerme solo Si | ____ | No | ____ |

Me podría mostrar la habitación

¿ Qué responsabilidades tiene el estudiante en la casa?

¿ Cómo se ejerce el control cuando el estudiante presenta conductas de desobediencia?

Señale el tipo de sanción se da cuando el estudiante comete una falta

¿ Quién toma las decisiones en la casa?

Tienen horario para ingerir los alimentos Si | ____ | No | ____ | Ns/Nr | ____ |

Hora de Desayuno | ____ |

Hora de Cena | ____ |

Hora de Almuerzo | ____ |

Lugar | ____ |

¿ Cual es el alimento favorito del estudiante?

10.

108

5 VIVIENDA FAMILIAR

Tenencia de la vivienda

Propia | | Arriendo | | Familiar | | Inquilinato | | otro |

Tipo de vivienda

Casa | | Apartamento | | Inquilinato | | habitación | | otro |

Funcionalidad de la vivienda

Número de habitaciones | | Cocina | | Sala | | Comedor | | Patio |
baños | | otro |

Servicios Públicos

Agua | | Gas | | luz | | Teléfono | | Alcantarillado |

Material de la vivienda

Hace cuando vive en esta casa _____

La última vez donde vivía _____

Cuanto tiempo vivió allá _____

6 SEGURIDAD SOCIAL

- Afiliación a servicio de salud _____
- Tipo de vinculación Afiliado/a | | Beneficiario/a | | Vinculado | | Otro/a |
- En el carné de afiliado al Sistema de Seguridad en Salud está clasificada la situación de discapacidad de acuerdo al artículo 5 de ley 361 de 1997 Si | | No |
- IPS donde atienden al estudiante por urgencias _____
- IPS Lugar donde atienden al estudiante por medicina general _____

En el último año se le han realizado al estudiante análisis médicos a nivel:

Especialidad	Si	No	Novedad del analisis
Neurologico			
Psiquiatrico			
Psicologico			
Odontologico			
Oftalmologico			
Otorrinolaringologico			
Otras especialidades ¿Cuál?			

- El estudiante se encuentra recibiendo tratamiento médico Si No
- Si no recibe tratamiento cual es la razón

- Que tipo de tratamiento

Medicamentos _____ otros _____ ¿Cuáles? _____

Nombre del medicamento	Formula medica

- Como suministra usted la fórmula médica al estudiante
- De acuerdo a la formula médica De acuerdo a su criterio
- ¿Por qué? _____

- ¿Al estudiante le han realizado pruebas de inteligencia?
- Si No ¿Cuáles?

- Tiene registro de los exámenes realizados al estudiante
- Si No ¿Porque?

7 APOYO EDUCATIVO

¿Cuenta con certificado de discapacidad? Si No ¿Por qué?

Cuenta con algún beneficio del gobierno o de entidades no gubernamentales por la situación de discapacidad. Si No ¿Por qué?

Como califica el comportamiento del estudiante últimamente

Si le pidiera que me describiera IDEALES ¿Que me diria?

ANEXO B CITACIÓN REUNIÓN PADRES, MADRES Y/O ACUDIENTES

Bucaramanga, Agosto 3 de 2010.

Señores Padres de Familia, Cordial Saludo:

La presente es para invitarlos cordialmente, a la reunión de padres de familia y taller de Trabajo Social el jueves 5 de Agosto de 2010 a las 7:30 a.m. en IDEALES.

Es importante, asistir a estas reuniones ya que ustedes son los primeros educandos de sus hijos, deben hacer cumplir sus derechos como ciudadanos con eficiencia y responsabilidad; y así contribuir favorablemente a la formación integral que él (ella) esta recibiendo en nuestra institución. Los esperamos sin falta, es importante contar con cada uno de ustedes.

Atentamente,
LAURA M. URIBE C.
Coordinadora Académica



ANEXO C INVITACION TALLER PADRES DE FAMILIA

Bucaramanga, Julio 19 de 2010.

Señores Padres de Familia, Cordial Saludo:

La presente es para invitarlos cordialmente, a la reunión de padres de familia y taller de Trabajo Social el jueves 22 de Julio de 2010 a las 7:30 a.m. en IDEALES.

Es importante, asistir a estas reuniones ya que ustedes son los primeros educandos de sus hijos, deben hacer cumplir sus derechos como ciudadanos con eficiencia y responsabilidad; y así contribuir favorablemente a la formación integral que él (ella) esta recibiendo en nuestra institución. Los esperamos sin falta, es importante contar con cada uno de ustedes.

Atentamente,
LAURA M. URIBE C.
Coordinadora Académica
