

RIESGOS PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DISCAPACIDAD EN NIÑOS(AS)  
DEL BARRIO SAN JOSÉ DE LOS CAMPANOS DE LA CIUDAD DE CARTAGENA

MARTHA ELENA MÁRQUEZ ACEVEDO

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EDUCACIÓN  
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL  
CARTAGENA, D.T. y C.  
2010

RIESGO PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DISCAPACIDAD EN NIÑOS(AS)  
DEL BARRIO SAN JOSÉ DE LOS CAMPANOS DE LA CIUDAD DE CARTAGENA

INFORME FINAL DE PROCESO DE PRÁCTICA.

Presentado a la docente

YOLANDA RIBON DE RODRIGUEZ

MARTHA ELENA MÁRQUEZ ACEVEDO

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EDUCACIÓN  
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL  
CARTAGENA, D.T. y C.  
2010

# CONTENIDO

Pág

<b>RESUMEN</b>	<b>v</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	2
<i>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA A RESOLVER</i>	3
<i>JUSTIFICACIÓN</i>	3
<b>1. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN</b>	<b>4</b>
1.1 <i>OBJETIVO GENERAL</i>	4
1.2 <i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	4
<b>2. INFORME DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA</b>	<b>5</b>
2.1 <i>MARCO DEMOGRÁFICO</i>	5
2.2 <i>DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL OBJETO DE INTERVENCIÓN</i>	6
2.2 <i>MARCO INSTITUCIONAL DE PRÁCTICA</i>	8
2.2.1 <i>Fundación Instituto de habilitación El Rosario</i>	8
2.2.1.1 <i>Misión</i>	8
2.2.1.2 <i>Visión</i>	9
2.2.1.3 <i>Objetivo general de la Institución “El Rosario”</i>	9
2.2.1.4 <i>Objetivos específicos de la institución</i>	9
2.2.1.5 <i>Principios</i>	10
2.2.2 <i>El talento humano de la institución</i>	11
2.2.3 <i>Recursos de la institución</i>	12
2.2.4 <i>Marco legal</i>	12
2.3 <i>FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS Y LEGALES DE LA INSTITUCIÓN</i>	13
<b>3. MARCO TEÓRICO</b>	<b>15</b>
3.1 <i>DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD</i>	15
3.2 <i>LA DISCAPACIDAD EN NIÑOS Y NIÑAS</i>	20
3.3 <i>TIPOS DE DISCAPACIDAD</i>	21
3.4 <i>LA DISCAPACIDAD Y EL FORTALECIMIENTO DE SU DERECHOS</i>	22
3.4.1 <i>Discapacidad y familia</i>	24
3.4.2 <i>Factores de riesgo psicosociales asociados al maltrato infantil</i>	25
3.4.3 <i>Tipología del maltrato infantil</i>	26
3.4.4 <i>Abuso infantil y prejuicios sociales</i>	28
3.4.5 <i>Mitología del maltrato infantil</i>	28
3.4.6 <i>Incidencia del maltrato en niños/as con discapacidad</i>	30
3.4.7 <i>Política pública nacional de discapacidad y compromisos de implementación</i>	32
3.4.8 <i>Estado de la discapacidad en Colombia</i>	34

<b>4. MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>39</b>
4.1 COBERTURA POBLACIONAL	39
4.2 INDICADORES DE GESTIÓN	39
4.3 PLAN DE INTERVENCIÓN	39
PRIMERA ETAPA: RECONOCIMIENTO DEL CONTEXTO	40
SEGUNDA ETAPA: PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN	40
TERCERA ETAPA: EJECUCIÓN Y GESTIÓN	40
CUARTA ETAPA: EVALUACIÓN	41
<b>5. INFORME DE RESULTADOS</b>	<b>43</b>
<b>5.1 TIPOLOGÍA DE LA POBLACIÓN</b>	<b>43</b>
<b>5.2 ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN</b>	<b>49</b>
5.2.1 Resultados Etapa I: Reconocimiento del contexto	50
5.2.2 Resultados Etapa II: Promoción y sensibilización del contexto	51
5.2.3 Resultados Etapa III: Ejecución y gestión	51
Momento 1: Los factores de riesgo psicosociales	51
Momento 2: Derechos de los niños/as	51
Momento 3: Salud Comunitaria	52
5.2.4 Resultados Etapa IV: Evaluación	52
<b>5.3 RESUMEN DE RESULTADOS DE INTERVENCIÓN</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>60</b>

## **LISTA DE TABLAS**

Pág

Tabla 1. Distribución por género	43
Tabla 2. Resultado de Tipología familiar	44
Tabla 3. Tipología de padres, edad y estado civil	45
Tabla 4. Frecuencias del estado civil	46
Tabla 5. Distribución por tipo de discapacidad	48
Tabla 6. Jerarquización de factores de riesgo	54
Tabla 7. Recursos utilizados en el proceso de intervención	56
Tabla 8. Cronograma de actividades de investigación 2007/2009	57
Tabla 9. Plan operativo y actividades	57

## **LISTA DE ANEXOS**

Pág

Anexo A. Formato de encuesta	63
Anexo B. Formato de encuesta	64
Anexo C. Formato de Control de asistencia	65
Anexo D. Formato de Registro Vacunación	66

## RESUMEN

El trabajo se encamina por lo que es la visión de la Universidad de Cartagena, al interior de las comunidades haciendo aplicación de la metodología, fundamentos, técnicas y recursos del Trabajo Social para la acción profesional.

Este Informe de Intervención Social trata del abordaje a una problemática y unos objetivos para su solución que se sintetizan en la pregunta de investigación acerca de ¿Cuáles han de ser las características de un plan de estrategias de promoción y prevención de los factores de riesgo psicosociales propios de niños y niñas discapacitados del barrio San José de los Campanos, que permitan implementar programas de sensibilización y educación a las familias con el fin de reducir las situaciones de violación a los derechos de este tipo de población infantil?

Con base en ello, el análisis situacional del sector, con unas 300 personas discapacitadas entre niños, niñas, jóvenes y adultos, indica discriminación y vulneración de derechos de estas personas, dificultades de acceso a servicios de atención y tratamiento adecuados para las limitaciones físicas y psicológicas, evidencia de despreocupación de los familiares que muestra un conjunto de violaciones a los cuatro grupos de derecho en supervivencia, participación, protección y desarrollo.

Por tanto, el objetivo general del trabajo de intervención fue desarrollar estrategias de promoción y prevención de los factores de riesgo psicosociales a los que están expuestos los niños(as) en situación de discapacidad del barrio San José de los Campanos, a través de programas encaminados a la sensibilización y educación de las familias con el fin de reducir las principales situaciones de amenaza o violación de derechos que afectan a los niño(as) discapacitados.

Los objetivos específicos buscaron actividades de sensibilización, identificación de factores de riesgo psicosociales amenazantes de violación de derechos, información a las familias sobre instituciones públicas o privadas de apoyo, bases de organización de una red comunitaria de prevención y orientación ante la problemática tratada, abordaje de los factores de riesgo que emergen desde los diferentes niveles de vulnerabilidad y, en general, clarificación y fortalecimiento de los derechos de los niños y niñas con discapacidad en la comunidad objeto de estudio

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se acoge a los lineamientos generales de la Universidad de Cartagena como institución pública de educación superior, líder en el Caribe colombiano desde su fundación en el año de 1827. En el compromiso de formar ciudadanos y ciudadanas con idoneidad, ética científica y humanística, competentes para aportar a la construcción de una mejor sociedad en el marco de la responsabilidad social, el desarrollo de la ciencia y la tecnología, la justicia y la democracia, la universidad ha alcanzado reconocimientos nacionales e internacionales.

De acuerdo con estas premisas, la visión de la Universidad de Cartagena, es ser actor social de desarrollo, liderar procesos de investigación científica en el área geográfica de influencia, a la vez que orientar los procesos de docencia y extensión que hagan posible el desarrollo armónico en esta zona de gran importancia económica y estratégica del país.

La misión de la institución se puede alcanzar al impartir educación como medio eficaz para la realización plena del hombre colombiano, de una sociedad más justa, equilibrada y autónoma, enmarcada dignamente dentro de la comunidad internacional, como también al elaborar y proponer políticas, planes, programas y proyectos orientados a resolver problemas regionales de la comunidad.

El trabajo es resultado del programa de Trabajo Social y, por lo tanto acoge la misión de que su autora busque un nivel de “alta calidad profesional, con capacidad de invertir de manera responsable y creativa en espacios y proyectos de interacción social en la localidad, la región y el país, en razón de una sólida fundamentación epistemológica, ética, política, teórica y metodológica, a partir de procesos académicos flexibles, investigativos, de docencia problematizadora, de proyección social y compromiso con el desarrollo humano integral”.

Con conciencia de lo que es la visión de la universidad, se busca realizar trabajos dentro de la comunidad que hagan aplicación de la metodología, fundamentos, técnicas y recursos del Trabajo Social para la acción profesional. La ética y la responsabilidad, valorando la diversidad y condición de los seres humanos son fundamentales para la comprensión de las problemáticas específicas de un grupo social, en este caso, niños y niñas discapacitados. Igualmente, en concordancia con la visión de la facultad de Trabajo Social, se busca con el proyecto ya realizado haber podido aplicar alguna capacidad de trabajar en equipo, para diagnosticar y analizar problemas sociales y para plantear alternativas de manera fundamentada, mediando la autoevaluación y entendiendo la profesión como un aprendizaje continuo sobre la realidad social del país.

Este Informe de Intervención Social trata del abordaje a una problemática y unos objetivos para su solución, que son los siguientes:

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El presente es un proyecto de intervención social y gestión comunitaria que a partir de la identificación de situaciones de amenaza o violación de derechos, busca no solo la promoción sino también la prevención de los factores de riesgo psicosociales asociados a la discapacidad del barrio San José de los Campanos, teniendo en cuenta que los índices de vulnerabilidad en estos niños son mayores en comparación con un niño en condiciones “normales” debido a sus limitantes diferenciales.

Por lo cual se hace necesario trabajar sobre la base de derechos para fortalecer aquellos que han sido vulnerados y no tenidos en cuenta ya que la falta de protección de sus derechos limita el desarrollo social e integral de la persona, por lo tanto el propósito que subyace el proyecto es la inclusión social de los niños y niñas que sufren discapacidades y la prevención de las situaciones de riesgo mediante la formación y capacitación de las familias en temas sobre situación de riesgo de discapacidad, derechos del niño(a) y prevención de la discapacidad.

Por otro lado, el proyecto también busca la creación de una red comunitaria de prevención y atención de situaciones de riesgo del menor discapacitado con el propósito, que luego de haberse implementado su capacitación a nivel de comunidad, sea ella misma y los propios padres de familia quienes se apersonen de la previsión de situaciones futuras, creando programas y estrategias que contribuyan el desarrollo social y cultural del barrio.

Finalmente, y luego de empoderar a las familias sobre las situaciones de riesgo que son específicas de la comunidad, se sientan las bases de organización para que ellos mismos atiendan estas problemáticas con bases teórico – prácticas actualizadas.

A la comunidad se le debe “institucionalizar”, en el sentido de proveerles la información acerca de las instituciones públicas y de los programas institucionales que velan por la protección del menor ante amenazas de diversa índole y violación de los derechos constitucionales del niño. Esta información debe obrar como una práctica base de datos para la remisión de casos que se puedan presentar en la comunidad, ante los cuales cuenten con los recursos para su solución inmediata.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA A RESOLVER**

¿Cuáles han de ser las características de un plan de estrategias de prevención de los factores de riesgo psicosociales propios de niños y niñas discapacitados del barrio San José de los Campanos, que permitan implementar programas de sensibilización y educación a las familias con el fin de reducir las situaciones de violación a los derechos de este tipo de población infantil?

## **JUSTIFICACIÓN**

Teniendo en cuenta los factores de riesgo psicosociales a los que están expuestos los niños y niñas en situación de discapacidad, dentro de comunidades menos favorecidas y desde la perspectiva de Trabajo Social en un enfoque pedagógico familiar, comunitario y/o de intervención, se parte de que el desarrollo de procesos formativos de orientación para padres, madres, niños y niñas y contexto comunitario, se comprende que un proceso de intervención a estos mismo niveles permite aportar espacios solucionadores al mapa de riesgos que se prevé en el contexto social de estudio.

Se entiende que la labor preventiva es más propia de la trabajadora social que la misma acción de atención a las crisis que se presentan en la comunidad de atención.

Es así como este proyecto centra su radio de acción en el caso específico de la comunidad de San José de los Campanos, donde el análisis situacional del sector, con unas 300 personas discapacitadas entre niños, niñas, jóvenes y adultos, indica discriminación y vulneración de derechos de estas personas.

La comunidad en mención adolece de accesos a servicios de atención y tratamiento adecuados para las limitaciones físicas y psicológicas de sus habitantes. No se cuenta con un centro médico en el sector, además de la evidencia de despreocupación de los familiares de los niños y niñas asociada a los muy bajos recursos económicos disponibles y a factores de idiosincracia y cultura. Ello configura un panorama que muestra un conjunto de violaciones a los cuatro grupos de derecho en supervivencia, participación, protección y desarrollo.

Junto a los factores de anomalía social se encuentran aquellos muy propios de la situación de discapacidad en grupos sociales específicos que exigen intervención comunitaria, se encuentran otros que requieren atención focalizada de tipo familiar.

# 1. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

## 1.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar estrategias de prevención de los factores de riesgo psicosociales a los que están expuestos los niños(as) en situación de discapacidad del barrio San José de los Campanos, a través de programas encaminados a la sensibilización y educación de las familias con el fin de reducir las principales situaciones de amenaza o violación de derechos que afectan a los niño(as) discapacitados.

## 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sensibilizar a las familias sobre la importancia de empoderar la condición de su hijo o hija en situación de discapacidad para prevenir los factores de riesgo y los estados vulnerables de amenaza o violación de derechos a los que pueden estar expuestos, a través de encuentros formativos de orientación y educación familiar
- Identificar factores de riesgo psicosociales que evidencien situaciones de amenaza o violación de derechos y que afectan a los niños en situación de discapacidad a partir de la clasificación de los derechos por categorías.
- Informar a las familias sobre la existencia de instituciones públicas o privadas comprometidas con la defensa y protección del menor
- Organizar una red comunitaria de prevención y orientación ante la violación y/o amenazas de derechos de los niños(as) en situación de discapacidad dentro la comunidad
- Abordar los factores de riesgo que emergen desde los diferentes niveles de vulnerabilidad que las diversidades contextuales, sociales, económicas, políticas, religiosas y culturales imponen en los modos de satisfacer las necesidades básicas.
- Clarificación y fortalecimiento de los derechos

## 2. INFORME DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

### 2.1 MARCO DEMOGRÁFICO

El barrio San José de los Campanos se constituye como epicentro del proyecto para la identificación de los factores de riesgo y la vulneración de derechos en los niños y niñas en situación de discapacidad de la comunidad. Para la optimización del trabajo y la puesta en marcha del proyecto se consideró necesario hacer un acercamiento al contexto para conocer las generalidades del mismo y, de igual forma, establecer contactos que corroboraran la información obtenida.

El barrio San José de los Campanos está ubicado al suroccidente de la ciudad de Cartagena. Alberga una población aproximada de 14.300 habitantes, los cuales cuentan con servicio de acueducto en cobertura de 100% y 10.700 residentes cuentan con servicio de alcantarillado, lo cual significa una cobertura de 75%<sup>1</sup>.

Este barrio debe su nombre a los primeros habitantes que lo veían rodeado de campanos, árboles centenarios de más de 20 metros de altura, que los hace parecidos a “la ceiba, la acacia y el carito”<sup>2</sup>.

Tiene aproximadamente 20 años de fundado. Como todo barrio en proceso de crecimiento presenta múltiples necesidades, pues principalmente no cuenta con un puesto de atención médica, ya que los enfermos deben ser trasladados al puesto de salud de Ternera o El Socorro. Tampoco cuenta con una estación de policía y presencia protectora de fuerza pública. Requiere de más vías de acceso a la carretera principal, ya que en épocas de lluvia las calles se tornan imposibles para permitir el paso de los transeúntes.

De igual forma, la comunidad necesita de la canalización de los caños para prevenir inundaciones. Como se mencionó, posee todos los servicios públicos domiciliarios, pero algunos con mayor cobertura que otros.

El barrio se divide en dos sectores: sector alto y sector de atrás, o “legalizado” y “subnormal”. En uno, las condiciones del servicio son adecuadas, mientras que en el otro siempre hay padecimientos de toda índole. El subnormal, principalmente, presenta un nivel económico de sus familias que está clasificado en el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales, SISBEN, como 1 y 2.

---

<sup>1</sup> EL TIEMPO. Periódico, martes 27 de mayo de 2008

<sup>2</sup> PABÓN pájaro, Daniel. Código rural Cartagena. El tiempo.com/ educación. Marzo 22 de 2007

El ingreso económico de las familias está por debajo de un (1) salario mínimo mensual legal vigente, s.m.m.l.v. Solo con algunas pocas excepciones de familias cuyos ingresos alcanzan a dos (2) salarios mínimos.

Por otro lado, el barrio sustenta sus recursos en negocios de economía informal como la venta de minutos en llamada a celulares, tiendas en su mayoría de ciudadanos paisas, restaurantes, ferreterías, carpinterías, venta de apuestas de chance o loterías, entre otros.

El nivel educativo está por debajo del nivel de media básica, con algunos aislados casos de nivel superior y nivel técnico, que les permite ocupar empleos en algunas de las empresas e instituciones de la ciudad.

Los núcleos familiares están conformados por más de cuatro a diez miembros. Se configuran estructuras de familia nuclear, mono parental y/o reconstituida.

Las casas del sector alto son construidas de materiales adecuados y su infraestructura se halla en buenas condiciones. No obstante en el sector de atrás o subnormal, se encuentran casas de maderas y en proceso de construcción, en su mayoría habitadas por sus propios dueños. Cabe anotar que no se evidencia la presencia de población de desplazados en el período reciente.

Actualmente la comunidad no cuenta con escenarios deportivos, ni lugares de esparcimiento, aunque en algunas épocas del año se organizan maratones de atletismo, ciclo vías, festivales y bingos con el fin de recoger fondos para los próximos eventos y para solución de algunas necesidades del barrio.

## **2.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL OBJETO DE INTERVENCION**

San José de los Campanos se muestra como un sector multifactorial, con presencia de problemas sociales que no dejan de manifestarse pues constituyen un factor característico dentro de la dinámica humana de resolver y salir adelante en medio de las necesidades.

La problemática de mayor magnitud en el sector hace referencia a factores de salud y sanitarios. Una de las principales preocupaciones de los habitantes es la ausencia de un puesto de salud de atención inmediata. Otros factores prevalentes son la drogadicción, la inseguridad, las riñas callejeras y la niñez desvalida.

Es característica la problemática que la comunidad enfrenta con la existencia de una población discapacitada que se convierte en preocupación general. Una

minoría se enfrenta a la discriminación pues hace parte de un número de aproximadamente 300 personas entre niños, niñas, jóvenes y adultos discapacitados. Parte de la comunidad observa la discapacidad como una enfermedad y no como una condición inherente al ser humano.

Resulta un tanto inexplicable el sentimiento y la forma como se refieren al discapacitado sus mismos familiares. Para algunos de ellos conocer o darse cuenta que su hijo o hija presenta alguna limitación cognitiva o física produjo sentimientos de tristeza, preocupación e impresión emocional de toda índole. Existe falta de conocimiento e información al respecto del manejo de este tipo de situaciones al interior del núcleo familiar. Hay por tanto altos niveles de inexperiencia ante esta condición.

Las madres desean, como es de lógica deducción, que sus hijos nazcan sanos, crezcan bien y que su proceso de desarrollo sea igual o mejor al de los otros niños. Sin embargo, el mayor afectado ante el nacimiento de una persona discapacitada es su propio núcleo familiar. Existe una falta de conciencia social y cultural ante el problema de la discapacidad de un miembro familiar.

De acuerdo con ello, es urgente preparar a las personas para crear una conciencia de la importancia que constituye la integración de las diferencias de los discapacitados, así como el respeto a sus derechos humanos y ciudadanos.

Igualmente, la comunidad debe aprender a reconocer las necesidades específicas de la población discapacitada, pero también sus potenciales y su capacidad de contribución a la sociedad y, sobre todo, poder satisfacer de manera eficiente requerimientos y necesidades concretas de estos individuos y las familias que son afectadas por sus condiciones de discapacidad.

En la realidad de San José de los Campanos, ni la comunidad ni las familias con miembros discapacitados a su interior están preparados o han tomado conciencia de dicha situación. La poca aceptación de la condición de discapacidad de su miembro familiar los hace vulnerables y los pone a estos mismos en desventaja ante los demás miembros, quienes se ven amenazados ante la probabilidad del deterioro de la calidad de vida familiar.

Por otra parte, los casos de discapacidad que más se presentan en la comunidad son los problemas de aprendizaje, retardo mental leve y síndrome de Down. Según las entrevistas realizadas a las familias hay más casos de discapacidad en las niñas que entre los niños.

Se puede afirmar que ninguno de estos niños y niñas están recibiendo un tratamiento adecuado de carácter interdisciplinario de habilitación funcional, pues muchos de ellos ni siquiera están en una escuela de atención especializada, lo

cual, de hecho, representa la vulneración de los derechos de los niños discapacitados de la comunidad.

Se han evidenciado casos de niños o niñas que han estado toda su vida encerrados en su casa, sin salir a la calle, negándoseles el derecho de libertad e integración social de la que debe gozar todo niño o niña, a partir de los Derechos Humanos y de los derechos y garantías fundamentales consagrados en la misma Constitución Política colombiana, así como los que consagra la ley orgánica de protección del niño, mediante la doctrina de la protección integral.

## **2.2 MARCO INSTITUCIONAL DE PRÁCTICA**

### **2.2.1 Fundación Instituto de habilitación El Rosario**

Esta fundación es una entidad de carácter privado, sin ánimo de lucro, fundada por Marcia Cabarcas de Raish, con el apoyo de un grupo de damas voluntarias. Desde el año 1971 habilita a niños, niñas, adolescentes y adultos, que presentan déficit cognitivo. Esta trayectoria le ha llevado a ser líder en la habilitación y rehabilitación de las personas con déficit cognitivo favoreciendo su integración socio – familiar, educativa y/o laboral.

La institución tiene convenios con entidades oficiales como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, la Alcaldía Distrital a través de sus secretarías de Educación y de Desarrollo y Participación Ciudadana, así como las facultades de Medicina, Odontología y Ciencias Sociales y Educación de la propia Universidad de Cartagena. Con entidades privadas como la corporación Universitaria Rafael Núñez con el Programa de Pedagogía Especial y del Sinú con sus respectivos Programas de Psicología.

#### **2.2.1.1 Misión**

La Fundación Instituto de Habilitación El Rosario, es una entidad privada sin ánimo de lucro, que a partir de los derechos humanos y de la niñez, garantiza a los niños, niñas, adolescentes y adultos con Déficit Cognitivo de Criterios Moderado y Leve, y Trastornos específicos del aprendizaje, programas escolarizados y semiescolarizados, con proyección comunitaria para la integración familiar, social educativa y laboral, de acuerdo a sus potencialidades facilitando su desarrollo armónico y pleno permitiendo la adquisición de valores para una convivencia armoniosa. En consulta externa garantiza habilitación y rehabilitación en áreas específicas del desarrollo.

### **2.2.1.2 Visión**

La Fundación Instituto de Habilitación El Rosario, teniendo como fundamento los derechos humanos y de la niñez, se constituirá en el año 2010 Centro Líder de la Región Caribe, en atención a la población con Déficit Cognitivo de Criterios Moderado y Leve, y Trastornos específicos del aprendizaje, con acciones que les garanticen un adecuado desarrollo biopsicosocial y cultural. Se proyectará como Centro de Estudios e investigaciones en Habilitación, Rehabilitación y Pedagogía Especial, favoreciendo así mismo la práctica de profesionales en formación, en áreas afines con la Misión Institucional.

### **2.2.1.3 Objetivo general de la Institución “El Rosario”**

Garantizar a partir de los derechos a la vida, y a la supervivencia, a la protección, al desarrollo y a la participación, que el Estado, la familia, la comunidad y la Institución faciliten el proceso de desarrollo integral de los niños, niñas, adolescentes y adultos con Déficit Cognitivo de Criterio Moderado y Leve.

### **2.2.1.4 Objetivos específicos de la institución**

- Promover en el medio Institucional y Social el conocimiento de los derechos establecidos por el Estado y el cumplimiento de éstos para garantizar la creación de condiciones favorables para el respeto a la vida y a la supervivencia de los niños, niñas, adolescentes y adultos.
- Implementar, con la participación de la familia y el apoyo del Estado, programas pedagógicos, terapéuticos, deportivos, recreativos, familiares, sociales y comunitarios para que los niños, niñas, adolescentes y adultos alcancen el máximo desarrollo de sus potencialidades.
- Facilitar procesos de investigación – acción a través de convenios interinstitucionales con centros de formación profesional y técnicas en las áreas requeridas por la Fundación.
- Realizar convenios interinstitucionales e intersectoriales que permitan garantizar los derechos humanos y de la niñez.
- Gestionar recursos financieros con entidades nacionales e internacionales que garanticen la sostenibilidad económica.
- Vincular a la empresa privada con estrategia de mercadeo que permitan acceder a recursos financieros.

- Desarrollar proyectos de prestación de servicios que generen financiación.
- Favorecer dentro del marco legal vigente, que la familia participe en todos los procesos que afectan a sus hijos e hijas.
- Promover en la familia la comunidad y el estado el cumplimiento de la Ley 361 del 7 de Febrero de 1997, por el cual se establecen mecanismos de integración social de las personas adultas con discapacidades en sus derechos fundamentales.
- Posibilitar el acceso al servicio de salud integral.
- Desarrollar programas para el desarrollo mental y productivo de los niños y niñas con Déficit Cognitivo.
- Realizar acciones educativas y preventivas en salud integral.

#### **2.2.1.5 Principios**

- El Proceso de Desarrollo:

Se concibe como garantías Institucionales para que los niños, niñas, adolescentes y adultos, vivan según los derechos a salud, nutrición, atención médica, al desarrollo, a la participación y ser protegidos contra toda forma de maltrato, abuso, explotación y discriminación. Así mismo asumir deberes en corresponsabilidad con la familia, la Comunidad y el Estado.

- El Proceso de Formación y Educación:

Se concibe como un proceso permanente que se va adquiriendo a través de vivencias y experiencias que brinda el entorno familiar, institucional y social, posibilitándoles la adquisición de valores, habilidades sociales y conocimientos que le sean útiles en las diferentes etapas de su vida, de modo que conlleve a su independencia y máximo desarrollo como persona.

- El Proceso de Protección:

Se concibe como el derecho de gozar de seguridad, cuidado y atención especial a través del desarrollo de estrategias conjuntas con el Estado, Institución, Familia y Sociedad Civil, para garantizar la protección integral de niños, niñas, adolescentes y adultos con Déficit Cognitivo de Criterio Moderado y Leve.

## 2.2.2 El talento humano de la institución

El perfil de funcionarios y funcionarias de la Fundación Instituto de Rehabilitación "El Rosario" es de un profesional con altos valores éticos, morales y espirituales, con habilidad para el trabajo en equipo, capacidad de iniciativa e innovación, con un gran sentido de pertenencia que lo conlleva a la optimización del Proceso de Atención Institucional.

Las áreas de atención son:

1. Junta Directiva,
2. Dirección
3. Secretaría Administrativa
4. Coordinaciones:

Coordinadora Terapéutica,  
Coordinadora Pedagógica,  
Coordinadora Programa Salud Oral,  
Coordinadora Programa Atención Médica

5. Profesionales y especializaciones

Médicos, Odontólogos, Nutricionista Dietista, Psicóloga, Trabajadora Social, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogas, Fisioterapeuta, Educadores Especiales.

6. Personal auxiliar

Instructores de Talleres, Auxiliares de Aula,

7. Personal de servicios

Mensajero, Personal de Mantenimiento en Aseo, Cocina y Celaduría.

8. Damas voluntarias

A la Institución lo apoya un loable grupo de Damas Voluntarias quienes dedican parte de su tiempo a la organización de actividades y gestión de recursos para beneficio y continuidad de los programas con proyección a la comunidad.

### **2.2.3 Recursos de la institución**

La Fundación posee una sede propia con 4.500 metros cuadrados de superficie y una infraestructura adecuada a las necesidades de la población atendida:

Salones de clases, salones-talleres pre-vocacionales, talleres vocacionales, consultorios médicos, odontológico, terapéuticos, oficinas, biblioteca, un salón múltiple, rincón lúdico, cocina, 12 baños, parque infantil, amplias zonas deportivas y recreativas, parqueadero y zonas verdes.

Recursos:

Materiales, didácticos, terapéuticos, médicos y odontológicos en dos jornadas que se ofrecen.

Oferta de programas:

Escolarizados, semiescolarizados y desescolarizados en los siguientes campos:

i. Educación Integral

ii. Estimulación Adecuada para niños y niñas de 0 a 30 meses de edad que presentan Retraso en el Desarrollo Psicomotor y del Lenguaje.

### **2.2.4 Marco legal**

Fundación privada sin ánimo de lucro, legalmente constituida. Para el funcionamiento y desarrollo de cada uno de sus programas, cuenta con los siguientes requisitos:

Personería jurídica, Gob. de Bolívar No. 81 de febrero 4 de 1971.

Licencia de Funcionamiento, Gob. de Bolívar No. 777 de julio 31 de 1971.

Licencia del MEN No. 26929 de diciembre 23 de 1982.

Licencia de funcionamiento ICBF No. 000641 de mayo 17 de 2006.

Reconocimiento oficial de la Secretaria de Educación Distrital Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias. Resolución No. 0242 del 16 de diciembre de 1999.

Reforma Estatutaria Resolución 2204 del 31 de mayo de 2002, Gob. de Bolívar.

Secretaria Distrital de Salud (DADIS) certificado de registro para el Sistema Unico de Habilitación 1300101580 de diciembre 17 de 2004.

## **2.3 FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS Y LEGALES DE LA DISCAPACIDAD**

Para profundizar en la práctica y comprender la coherencia del trabajo de intervención se requiere conocer el paradigma dominante que sustenta el quehacer profesional por lo que necesariamente se deben hacer reflexiones epistemológicas, para entender la realidad en la que la investigadora se encontraba inmersa.

Es importante saber que en la práctica no hay un solo Trabajo Social, sino diversos trabajos sociales desarrollados a partir de una raíz común, configurada por el valor del respeto a la dignidad de la persona humana<sup>3</sup>

En la Fundación Instituto de Habilitación El Rosario, su paradigma dominante es el funcionalista, en el cual la trabajadora social se apoya para sustentar su intervención social; ya sea que se trabaje en la comunidad o en la institución. Se basa en que la conducta humana es el resultado de las relaciones entre las personas y afirma en que la conducta desviada es una conducta patológica por lo tanto de ser tratada e incorporada al orden, de igual forma se basa en el empirismo para observar la realidad social que se investiga para la búsqueda del equilibrio en la sociedad.

Se trata entonces y, desde esta perspectiva del Trabajo Social, de cubrir las necesidades básicas del individuo teniendo en cuenta, circunstancias personales que se manifiestan en cada etapa de su vida<sup>4</sup>.

Ahora bien, en aras de su misión y en la búsqueda de aportar al equilibrio de la sociedad y de mejorar las conductas patológicas de los niños y niñas en situación de discapacidad, la Fundación El Rosario:

- Implementa programas pedagógicos, terapéuticos y de habilitación funcional para el desarrollo de potencialidades y de inclusión social,
- Garantiza procesos integrales a partir del respeto por los derechos de supervivencia, protección, desarrollo y participación del menor,

---

<sup>3</sup> AYLWIN, Nydia y Solar, M<sup>a</sup> Olga solar. Trabajo social familiar. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2002.

<sup>4</sup> BLANCO E., Pérez. Discapacidad, Rehabilitación y sociedad actual.

- Ofrece calidad en sus servicios y se evidencia la sensibilidad y preocupación del ser por el ser,
- Tiene claro su objetivo de actuación y por el cual sus integrantes luchan y gestionan para mejorar cada día la calidad en sus servicios,
- Promueve la integración de la familia, la inclusión social y la participación del estado por la igualdad del menor discapacitado.

Sin embargo, la metodología de intervención en Trabajo Social en la Fundación El Rosario se fundamenta en el estudio de caso, o trabajo social de caso, ya que mediando este se debe descubrir lo que le interesa al individuo, aprovechar sus actitudes bien para reanudar los lazos o vínculos rotos, o bien para ayudarlo a modificar su existencia y darle una finalidad; se interesa por la interdependencia y particularidad del niño o niña discapacitado para fortalecerlo.

Mary Richmond conceptualiza el Trabajo Social como un conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando y modificando sus actitudes, promoviendo el desarrollo a través de una mejora en sus relaciones con los demás. Por lo cual en la institución se manifiesta claramente la búsqueda del equilibrio y el ajuste del individuo al entorno, se apoya en el diagnóstico a través del método clínico orientados por “el uso del concepto de diagnóstico<sup>5</sup> en el campo de la medicina y su traspaso a las ciencias sociales y a las metodologías de intervención social”.

Siendo así, la aplicabilidad de la trabajadora social del Instituto El Rosario, desde su articulación de lo clínico con lo social, es quien aporta fundamentalmente métodos de acción social para una intervención adecuada. Siendo en últimas el quehacer de la Trabajadora Social en el instituto, a partir del diagnóstico, realizar la prevención de los factores de riesgo psicosociales asociados a la discapacidad y su objeto de proyección comunitaria.

El rol que asume la Trabajadora Social es de educadora y orientadora, para hacer referencia a soluciones de una situación problemática mediante el diagnóstico previo de algunos síntomas observables.

---

<sup>5</sup> RICHMOND, Mary. Social Diagnosis. Russell Sage Foundation. New York.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD

La discapacidad corresponde a una condición o función que se considera deteriorada respecto del estándar general de un individuo o de su grupo. El término de uso frecuente, se refiere al funcionamiento individual incluyendo la discapacidad física, sensorial, cognoscitiva, la debilidad intelectual, enfermedad mental y varios tipos de enfermedad crónica.

Las discapacidades pueden aparecer durante la vida de las personas o desde el nacimiento<sup>6</sup>; para empezar a entender el tema de la discapacidad y su relación con los factores de riesgo a los que están expuestas las personas en situación de discapacidad, se hace necesario comprender el interés en este proyecto por fortalecer los derechos de los niños y niñas con discapacidad, en sectores vulnerables. Se parte de principios de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la igualdad de todos los seres humanos por acceder a la educación, a un empleo, a la vida cultural, entre otros. Se trata también de mostrar modos eficaces de asegurar que las personas con una discapacidad pueden participar y contribuir a la sociedad en todas las esferas de su vida.

Por otro lado, el ICBF indica que una variedad de modelos conceptuales se han propuesto para entender y para explicar la discapacidad y el funcionamiento, que intenta integrar a cada uno de ellos. Existen dos modelos de analizar la discapacidad: el modelo social y el modelo médico.

El enfoque social de la discapacidad considera la aplicación la “discapacidad” principalmente como problema social creado, y básicamente como cuestión de la integración completa de individuos en sociedad (la inclusión, como los derechos de las personas con discapacidad). En este enfoque la discapacidad, es una no cualidad del individuo, si no algo como una colección compleja de condiciones muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto la responsabilidad colectiva de la sociedad es hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación completa de personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social.

El enfoque médico mira la discapacidad como una enfermedad, causada directamente por el sistema biológico y que genera una deficiencia (o trauma), u otra condición de la salud, que por lo tanto, requiere de la asistencia médica sostenida, proporcionada bajo la forma de tratamiento individual por parte de los profesionales correspondientes. En este modelo la discapacidad es un problema

---

<sup>6</sup> BLANCO E., Pérez. Op. Cit.

individual y significa que la persona es minusválida<sup>7</sup>. Es curación dirigida o curación eficaz.

Como trabajadores(as) sociales en nuestra intervención a una población discapacitada debemos integrar los dos enfoques. Esto se hace necesario ya que el ser humano es un ser social y debe ser estudiado en todas sus dimensiones sin que se le aisle totalmente del contexto que lo rodea.

El uso y la intencionalidad dan a la palabra "discapacidad" varios significados. Por ello, es recomendable aclarar algunos términos mencionados con frecuencia cuando se habla en general de las discapacidades.

La Asamblea General de Naciones Unidas utilizó en el año 1975, la palabra "impedimento" para referirse a la deficiencia. Asimismo, esta misma Asamblea definió a las "personas impedidas" en la Declaración de los Derechos de los Impedidos, como "las personas incapacitadas de subvenir por sí mismas, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal, como consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales". Hoy en día, el término impedido está en desuso<sup>8</sup>.

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDD, o, ICIDH (del inglés International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps), que es publicada por la Organización Mundial de la Salud, OMS, si bien no describe o modela el proceso de discapacidad, proporciona varios significados para trazar las diferentes "dimensiones" y "campos" de la discapacidad<sup>9</sup>. Ha sido de gran valor durante todo este tiempo habiéndose utilizado ampliamente en esferas tales como la rehabilitación, la educación, la estadística, la política, la legislación, la demografía, la sociología, la economía y la antropología.

Otro aspecto importante de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDD es que se comenzó a poner el acento en el entorno físico y social como factor fundamental, que además de hacer más integral el enfoque de discapacidad, permite señalar las propias deficiencias de diseño (al interior de toda actividad que afecte arquitectónica, industrial, ergonómica o estéticamente al discapacitado) como causas generadoras de limitaciones y reducción de oportunidades.

---

<sup>7</sup> OLIVAN Gonzalvo, Gonzalo. Proyecto Daphne infancia, discapacidad y violencia. Facilitar el desarrollo de estrategias de prevención.

<sup>8</sup> ONU. Organización de Naciones Unidas. [www.webdelamujer.com/03asesorias/07discapacidad/01info/01/01.htm](http://www.webdelamujer.com/03asesorias/07discapacidad/01info/01/01.htm),

<sup>9</sup> OMS. Organización Mundial de la Salud, en [www.info-handicap.lu/freedom/glossasp.html](http://www.info-handicap.lu/freedom/glossasp.html), consulta de noviembre 19 de 2002

Esta primera clasificación se orientaba a entender el fenómeno de la discapacidad, en términos generales, desde experiencias de salud enfocadas hacia tres aspectos negativos o de restricción: 1) las **deficiencias** que se presentan en lo corporal, fisiológico u orgánico; 2) la **discapacidades**, entendidas como las restricciones en la actividad de un individuo debido a cualquier deficiencia; y 3) las **minusvalías**, entendidas como situaciones desventajosas, derivadas de deficiencias o discapacidades, que limitan o impiden participar o desempeñar roles sociales en niveles considerados normales<sup>10</sup>.

No obstante, muchos usuarios expresaron preocupación por el hecho de que algunas definiciones en la clasificación, como la del término minusvalía, además de implicar ciertas connotaciones negativas, podían aún considerarse de carácter demasiado médico y centrado en la persona, y no aclaraban suficientemente la relación recíproca entre las condiciones o expectativas sociales y las capacidades de la persona.

De acuerdo con ello, la OMS hizo una reformulación conceptual radical que se expresa en la CIDDM-2, que en versión beta, o última versión en prueba, la OMS puso a disposición de los interesados y se tuvo en cuenta en el texto definitivo de esta clasificación, a publicar desde el año 2001<sup>11</sup>. A continuación se presenta una conjugación de dichas definiciones a nivel corporal, social y personal en la primera CIDDM.

### **Nivel corporal**

Se debe diferenciar dos conceptos: condición de salud y deficiencia.

Condición de salud. Es la dimensión en la que algo ocurre en el individuo, como cambios patológicos; manifestaciones (síntomas y señales).

Deficiencia. Fue definida como la pérdida permanente o temporal de una estructura o función psicológica o anatómica, lo que incluye la aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano, estructura corporal o defecto de algún mecanismo del ser humano. Además, es aquella dimensión en la cual alguien es consciente de este trastorno y las señales se exteriorizan, es decir, la enfermedad clínica es evidente.

Existen varios tipos de deficiencia:

- Física: la padecen aquellas personas que necesitan ayudas técnicas para superar problemas de amputaciones, malformaciones, enfermedades crónicas, etc.

---

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> OMS. Versión beta de CIDDM-2, en <http://www.who.ch/icidadh>, consulta noviembre 22 de 2002

- Sensoriales: agrupa a las personas con problemas de audición, visión y lenguaje. Dentro de éstas las deficiencias visuales y auditivas, que ocurren de manera parecida, provocando retrasos en el desarrollo y/o en el habla y/o el lenguaje, generan como una de las mayores consecuencias el aislamiento del mundo en gran parte de los casos.
- Psíquicas: engloba a personas que padecen trastornos mentales. Para la Organización Mundial de la Salud, la deficiencia mental es "el funcionamiento intelectual inferior al término medio, con perturbaciones en el aprendizaje, maduración y ajuste social, constituyendo un estado en el cual el desarrollo de la mente es incompleto o se detiene".
- De relación: se refiere a las personas que presentan graves problemas a la hora de relacionarse con su entorno.

### **Nivel social**

Minusvalía. La persona se encuentra en una desventaja respecto a otros y hay una respuesta de la sociedad a la experiencia personal, por ejemplo, mediante una limitación de la participación.

La definición de la OMS dice: "Es la situación desventajosa en que se encuentra una persona determinada como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el cumplimiento de una función que es normal para esa persona, según la edad, el sexo y los factores sociales y culturales". Existen varios tipos de minusvalías:

- De orientación
- De independencia física: depender de otra persona para realizar las acciones de la vida diaria.
- De movilidad
- De ocupación
- De integración social: surgen problemas en la relación con la sociedad.

### **Nivel personal**

Discapacidad. La Organización Mundial de la Salud estableció en el año 1980 que es "toda restricción o ausencia debido a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma, o dentro del margen considerado normal para el humano". Es decir, consiste en una limitación funcional que surge como consecuencia de una deficiencia. Es relevante dejar claro que las discapacidades

"se tienen", pero no significa que la persona que la posee sea discapacitada<sup>12</sup>. Las discapacidades pueden ser de diferentes tipos:

- De movilidad o desplazamiento
- De comunicación
- De relación o conducta

Es decir que, además del lenguaje, también es importante la actitud de las personas ante el discapacitado. Una persona discapacitada es aquella que sufre una deficiencia, lo que no significa que no pueda desarrollarse en otros ámbitos como cualquier otra persona. Las deficiencias no son una cualidad de la persona, sino una limitación que le impide relacionarse con su entorno en determinados campos.

El concepto que debe transmitirse a la sociedad es que la discapacidad significa poca adaptación entre la persona que padece la discapacidad y su entorno social.

Dentro del concepto de discapacidad se puede encontrar otra subdivisión o clasificación: mental, física, psíquica, auditiva y visual. En una sola de ellas o en su combinación, el rendimiento del individuo puede verse alterado, produciéndose una limitación de actividad objetivada por alteración de patrones o aparición de fenómenos de enfermedad. Entre éste tipo de discapacidades están las de aprendizaje y las discapacidades físicas como tales.

En cuanto a la discapacidad de aprendizaje, que puede ser catalogada como de comunicación o relacional y es una condición permanente que no puede ser superada, por ser resultado de daño o malformación del cerebro, que podría funcionar a un nivel de capacidad (habilidad, aptitud) significativamente más bajo sin alcanzar la plena capacidad mental adulta normal, las personas afectadas pueden ser ayudadas para cumplir su potencial y participar en la sociedad, pero serán dependientes en términos de asistencia y apoyo en diferentes grados durante sus vidas.

Por su parte, la discapacidad física más común, en términos de movilidad o desplazamiento, es la movilidad reducida y surge de alteraciones morfológicas en el esqueleto, en los miembros, articulaciones, ligamentos, tejidos, la musculatura y del sistema nervioso que limita la capacidad de movimiento.

Esta discapacidad puede ser temporal o permanente, dependiendo del origen y del grado de gravedad, puede ser catalogada, dentro del anterior esquema, como una dimensión de tipo personal de la discapacidad humana.

---

<sup>12</sup> *Ibid.*

Sin embargo, la CIDDM-2 habla de "Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad". Para evitar las connotaciones negativas el término "discapacidad" ha sido reemplazado por el término neutro "actividad" y las circunstancias negativas en esta dimensión se describen como "limitaciones de la actividad"; el término "minusvalía", ha sido reemplazado por el de "participación", y las circunstancias negativas en esta dimensión se describen como "restricciones de la participación".

### **3.2 LA DISCAPACIDAD EN NIÑOS Y NIÑAS**

El abandono y la estigmatización pueden llevar a la exclusión de los niños y niñas con discapacidades. En el mundo hay alrededor de 150 millones de niños y niñas con discapacidades, la mayoría de los cuales afrontan la realidad de la exclusión.

En los países en desarrollo la gran mayoría de estos niños y niñas con discapacidades no tienen acceso a algún tipo de servicio de rehabilitación o apoyo, como tampoco acceso a la educación oficial. En muchos casos, los niños y niñas discapacitados viven retirados de la esfera comunitaria, e incluso a pesar que no se les rehúya o no se les maltrate de manera activa, carecen a menudo de la atención que requieren.

Cuando se toman medidas a favor de los niños y niñas discapacidades, a menudo se les segrega en instituciones. Por ejemplo, la proporción de niños y niñas que viven bajo instituciones públicas ha aumentado en los países de Europa Central y del Este desde el comienzo de la transición política. Muchas discapacidades se pueden atribuir directamente a las privaciones de bienes y servicios esenciales, especialmente durante la primera infancia.

La falta de atención prenatal aumenta el riesgo de discapacidad, mientras que la nutrición inadecuada o de la falta de vacunas deben abordarse mediante la acción conjunta y el apoyo de los donantes. El asalto en todo el mundo contra la poliomielitis (una importante causa de discapacidad en el pasado) ha producido una reducción la poliomielitis, a menos 1.255 a finales de 2004. Entre 250.000 y 500.000 niños y niñas aun pierden la vista todos los años debido a la carencia de vitamina A, un síndrome que se puede evitar fácilmente mediante una capsula anual que no es costosa.

Los niños y niñas que realizan trabajos peligrosos o que han sido reclutados como soldados, en muchos de los conflictos internos que se presentan en países de todo el mundo, corren un mayor peligro de sufrir lesiones, algunas de por vida. Las minas terrestres y los restos con explosivos siguen lesionando y discapacitando a los niños incluso en aquellos países donde ya han terminado los conflictos.

De los 65 países donde hubo víctimas infantiles debido a las minas entre 2002 y 2003, en cerca de dos terceras partes no había un conflicto activo durante ese periodo. Independientemente de la causa, los niños y niñas con discapacidades necesitan una atención especial. Si no es así, corren el riesgo de que se les excluya de la escuela y de sus sociedades, sus comunidades e incluso de sus hogares<sup>13</sup>.

### **3.3 TIPOS DE DISCAPACIDAD**

Existen los siguientes tipos de discapacidad humana: física, psíquica, sensorial e intelectual o mental. Cada uno de estos tipos puede manifestarse en distintos grados y una persona puede tener varios tipos de discapacidades al mismo tiempo.

- **Discapacidad física**

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 piernas. Las causas de la discapacidad física muchas veces están relacionadas a problemas durante la gestación, a la condición de prematuro del bebé o a dificultades al momento del nacimiento. También pueden ser causadas por lesión medular en consecuencia de accidentes o problemas del organismo.

- **Discapacidad sensorial**

Corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas de comunicación y el lenguaje, o sordomudez. Son patologías muy importantes de considerar dado que conlleva graves efectos psicosociales. Producen problemas de comunicación del paciente con su entorno lo que lleva a una desconexión del medio y poca participación en eventos sociales.

- **Discapacidad psíquica**

Se considera que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta “trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes” puede ser provocada por diversos trastornos mentales, como la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los trastornos de pánico, trastorno esquizomorfo y el síndrome orgánico.

---

<sup>13</sup> SAVE THE CHILDREN. Los niños y niñas con discapacidad y el abuso sexual. Studio exploratory, Suecia.

- **Discapacidad intelectual o mental**

Es una función intelectual que es significativamente por debajo del promedio, que coexiste con limitaciones relativas a dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, auto cuidado, habilidades sociales, participación familiar y comunitaria, autonomía, salud y seguridad, funcionalidad académica de ocio y trabajo. Se manifiesta antes de los dieciocho años de edad<sup>14</sup>.

### **3.4 LA DISCAPACIDAD Y EL FORTALECIMIENTO DE SUS DERECHOS**

Este fortalecimiento se da fundamentalmente a través de la justicia y la inclusión social. La discapacidad como concepto se ha estudiado en detalle durante el siglo XX y XXI, ofrece la oportunidad de la reflexión crítica para contribuir a la base de conocimientos ya existentes.

Ahora bien la dimensión humana desde su interior debe reconocer que la discapacidad es una categoría social y política, en cuanto implica prácticas y luchas por la posibilidad de elección, la participación y la afirmación de los derechos. Es esta sin lugar a duda, una forma diferente de entender la discapacidad por que conlleva un conjunto de supuestos, como Hahn lo demuestra al afirmar que “la discapacidad surge del fracaso de un entorno social estructurado a la hora de ajustarse a las necesidades a las necesidades y aspiraciones de los ciudadanos con carencias, más que de la incapacidad de los individuos discapacitados para adaptarse a las exigencias de la sociedad”.

John Rawls, desde su teoría de la justicia, sostiene que la plena realización del ser humano deriva de la más completa integración de los individuos en su comunidad y es un sustento base para poder asegurar que es esa misma comunidad, quien se convierte en factor positivo o negativo en la relación o participación de las actividades de las personas<sup>15</sup>.

Es así como aparecen instituciones de atención exclusiva a personas discapacitadas, como la Fundación El Rosario, que buscan a partir de los derechos abrir al discapacitado espacios donde verdaderamente se reconozca tal condición no como un acto de culpabilidad por quien la padece, sino como reconocer a una persona con características distintas pero que de igual forma tiene y merece el derecho de desarrollarse libremente en la sociedad. Esto, sin escogerles los espacios o las actividades que deben realizar y mucho menos con rechazo o discriminación. Esta discriminación se refleja en otros términos aislados,

---

<sup>14</sup> ONU. Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Naciones Unidas, 1994.

<sup>15</sup> RAWLS J. Teoría de la justicia. 2ª edición. México. F.C .E., 2002

porque dichas personas no actúan de manera similar a los demás, sumados a las condiciones de pobreza y vulnerabilidad a los que están expuestos al no haber participado de los derechos que tienen como ciudadanos.

Desde este punto de vista se puede afirmar “que desde una concepción moral y política las instituciones deberían maximizar los bienes primarios sociales para aquellas personas que en condición de discapacidad presenta niveles escasos o diferentes de los bienes primarios naturales”<sup>16</sup>. Así que no se recompensa el déficit, sino que se maximiza la oportunidad.

Cabe resaltar la posición de Amartya Sen para aludir a que resulta moralmente cuestionable tomar en cuenta los estados subjetivos, para preguntar sobre lo que quiere la población que está en severas privaciones, ya que aceptarían más lo básico a su alcance. Cohen a este respecto dice “el hecho de que una persona haya aprendido a vivir con la adversidad a sonreír con coraje enfrentando a tal situación, no debería anular su reclamo por la justicia”. Sin embargo desde la teoría de justicia se precisa primero reconocer la discapacidad desde una categoría moral y política y segundo repensar las acciones institucionales articuladas con el hecho social de la discapacidad transformándose ellas mismas y reconociendo y haciendo más visible a las personas de manera que se evidencie que “personas es alguien que participa en la vida social o cumple algún papel en ella, por tanto puede ejercer y respetar sus diversos derechos y deberes”.<sup>17</sup> si la sociedad es vista como un sistema equitativo de cooperación, las personas con discapacidad pueden desempeñarse como miembros cooperativos.

Se destaca entonces que la principal problemática en el tema de la discapacidad es la situación de exclusión social que padecen las personas discapacitadas en diferentes instancias y pobreza en la mayor parte, dada la inexistencia de igualdad de oportunidades a las cuales se ven enfrentados los sujetos con discapacidad ya sea física, mental o sensorial. Se puede ver así que en las condiciones de vida se van entrecruzando múltiples factores limitantes que no permiten un desarrollo normal y conveniente para las personas con discapacidad.

La ignorancia, el miedo, el abandono, la lástima son factores sociales que se han presentado a lo largo de toda la historia en relación al tema de la discapacidad, lo cual genera conflictos educacionales, laborales, culturales entre otros que afectan directamente la integración social de sujetos con discapacidad.

Todas y cada una de las diferentes dimensiones de exclusión por las que atraviesan las personas discapacitadas van a repercutir directa e indirectamente en la familia y en su entorno.

---

<sup>16</sup> SEN, Amartya. Discapacidad y bienestar, 1996.

<sup>17</sup> Ibid.

### 3.4.1 Discapacidad y familia

“El nacimiento de un niño trae consigo alegría, esperanza, dicha y gozo al interior de una familia, es una nueva vida, es una sonrisa y algún día sus primeros pasos recorrerán inseguros la casa, sus primeras palabras, apenas balbuceos se escucharan. Cuando un niño con discapacidad nace... trae consigo miedos y desesperanzas, dudas y algunas veces sentimientos de culpa”.

No es difícil suponer estas cosas cuando hablamos o entrevistamos a una persona con un familiar discapacitado. En san José de los campanos lugar donde se llevó a cabo el proyecto, ante la pregunta sobre cuáles sentimientos experimentó en el momento en que recibió la noticia o se dio cuenta de que su hijo(a) presentaba una limitación, como si retrocedieran en el tiempo su rostro cambió de aspecto y para algunos, volviendo a la escena del llanto que en esos momentos les produjo tal noticia, manifestaron que en esos momentos sintieron como si el mundo se les viniera encima, que no sabían qué hacer y que sentían pena de lo que pudieran decir los vecinos en el barrio.

Todo esto resumía en ellos el temor al rechazo que pudieran padecer por parte de la sociedad o del contexto en el que viven y aun de ellos mismos y de su familia ante la presencia de un miembro distinto en sus casas ya que tal situación producía en ellos cambios y reajustes al interior de la misma. “existen algunos factores desfavorables que rompen en mil pedazos la unidad familiar y otras veces crean o generan lazos que jamás se rompen, lazos de amor y solidaridad que abren caminos para que estos niños(as) puedan algún día integrarse visible y adecuadamente a la sociedad<sup>18</sup>, fortalecen la dinámica familiar.

Por otro lado, si se hace referencia al artículo 42° de la Constitución Política, que define a la familia como núcleo fundamental de la sociedad, que se constituye por vínculos naturales o jurídicos por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por voluntad responsable de conformarla. El estado y la sociedad deben garantizar la protección integral de la misma.

Sin embargo, se torna bastante complejo llegar a vislumbrar que tipo de concepto subyace las políticas orientadas hacia la integración de las personas con discapacidad, ya que son pocos los elementos que define a la familia, que características trae consigo. Se hace necesario entonces emplear un concepto amplio que no excluya ninguna tipología familiar y como no se explicita ninguna característica clara, no se asume ninguna perspectiva en particular para definir la

---

<sup>18</sup> PALACIOS, Jesús, et. al. Malos tratos a los niños en la familia, e María José, Rodrigo y Jesús palacios (coord.), 2001

familia. Por lo que se puede concluir que existe una preocupación por abordar la problemática de la discapacidad en el contexto familiar.

### **3.4.2 Factores de riesgo psicosociales asociados al maltrato infantil**

Las recientes conceptualizaciones acerca de la etiología<sup>19</sup> del maltrato se han basado en los modelos, que plantean la interrelación entre los factores individuales y situacionales (Belsky 1980). El modelo teórico es referido como un modelo Proceso-Persona-Contexto-Tiempo (PPCT). Belsky retomó el modelo original de Bronfenbrenner y lo aplicó al abuso infantil.

Así vemos que ciertas características de los niños y determinadas actitudes de los mismos son precipitantes de abuso, aumentando la influencia de otros factores presentes en la familia como pobreza, pobre repertorio de habilidades, padres con historias de malos tratos.

En nuestra sociedad existen muchos factores de riesgo a los que constantemente se encuentran expuestas las personas discapacitadas. Especialmente, los factores de riesgo relacionados con el maltrato durante la infancia, como la prematuridad, bajo peso al nacer y complicaciones médicas.

“Algunos nacimientos de niños con discapacidades requieren cuidados médicos especiales y largas internaciones con las consecuentes separaciones de sus madres lo cual produce una ruptura en el apego/ vínculo lo que supone un efecto negativo en la formación del vínculo temprano” (Klauss y Kendel 1970). Los factores que pueden contribuir al desarrollo de un apego inseguro en los niños con discapacidades incluyen:

1. El shock inicial y la falta de experiencia en problemas de discapacidad de los padres
2. De privación materna como causa del nacimiento con tales características
3. Retracción materna y actitud hostil hacia el niño(a)
4. Déficit en las conductas del niño(a) con discapacidades que impiden un adecuado ajuste
5. Presencia de inadecuadas expectativas respecto a los logros y al desarrollo del niño(a).

Por lo tanto, un factor importante que puede contribuir al maltrato es el planteamiento de expectativas no realistas e inadecuadas respecto al desarrollo del niño niña. En muchos casos los padres suponen que será posible la

---

<sup>19</sup> BELSKY, J. Child maltreatment: An ecological approach. *American Psychology*, 35, 1980, pp. 320-335.

superación de tales discapacidades con el tiempo y les cuesta asumir sus limitaciones.

En otros casos se renuncia a esperar cambios y se estimula pobremente al niño(a); tal frustración contribuye al maltrato y abandono, como también genera estrés en la familia, lo cual repercute en el abuso físico y la negligencia, que en este sentido, influyen también una serie de factores como el nivel socioeconómico bajo, desempleo, aislamiento social y familia mono parental. Se dan desajustes por que estos requieren cuidados especiales y mayor tiempo y dedicación, mayor supervisión, cuidados médicos, frecuentes visitas hospitalarias y sobre todo dinero para hacer frente a los cuidados y traslados.

En la misma forma se dan otros factores como los problemas de pareja, aislamiento, fatiga, poco dormir. El estrés produce un fuerte impacto en el cuidado de los niños con discapacidades; muchos de estos niños tienen actitudes perturbadoras que producen rechazo en sus padres y dificultades para controlarlos, lo que incluye agresión, sobre estimulación e inapropiadas verbalizaciones y tono de voz fuertes factores conducentes al abuso (Kadushin y Martín 1981)<sup>20</sup>.

La violencia siempre va a existir y siempre se va a dar con mayor o menor frecuencia en los niños con discapacidades, pero también se podría ayudar un poco a las familias si hubieran políticas de prevención constante encaminadas a la sensibilización no solo de la familia si no de la sociedad donde se prepare a la misma para enfrentar estas situaciones, o que al menos estén diseñadas para intentar aminorar las causas de violencia en los niños discapacitados y que el maltrato ocurra de nuevo.

### **3.4.3 Tipología del maltrato infantil**

Son víctimas de maltrato infantil y abandono aquellos niños, niñas y adolescentes, es decir menores de 18 años, que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o fuera de éste. Son las acciones u omisiones con la intención de hacer un daño inmediato al niño/a; el agresor concibe el daño como el fin principal de su agresión, crea un síndrome en la víctima que sobrevive conocido como “síndrome del maltrato infantil”. Se conocen tres formas principales de maltrato infantil: físico, emocional o psicológico y por abandono o negligencia.

- **Maltrato físico:**

Toda agresión que puede o no tener como resultado una lesión física, producto de un castigo único o repetido, con magnitudes y características variables.

---

<sup>20</sup> Citado en: DUNN, Judy. Estrés y cambio en las familias, en entorno familiar y social, 2001.

**Leve:** tirar el pelo o las orejas, empujar o zamarrear, cachetadas o palmadas, patear, morder.

**Grave:** quemar con algo, golpear con objetos, golpizas, amenazar o agredir con cuchillos o armas.

- **Maltrato emocional o psicológico:**

El hostigamiento verbal habitual por medio de insultos, críticas, descrédito, ridiculizaciones, así como la indiferencia y el rechazo explícito o implícito hacia el niño, niña o adolescente. También se incluye el rechazo, el aislamiento, atemorizar a los niños o niñas, ignorarlos y corromperlos. Por ejemplo, decirle que no se le quiere, encerrarlo, insultarlo o decirle garabatos, burlarse de él frente a terceros, amenazarlo con golpearlo.

- **Abandono y negligencia:**

Se refiere a la falta de protección y cuidado mínimo por parte de quienes tienen el deber de hacerlo y las condiciones para ello. Existe negligencia cuando los responsables de cubrir las necesidades básicas de los niños no lo hacen.

- **Violencia sexual:**

Conductas sexuales, coercitivas o no, impuestas a una persona menor de edad, por una persona mayor, que puede ser físicamente superior, con más experiencia, que utiliza incorrectamente su poder o autoridad. En la violencia sexual se hace referencia a:

**Abuso sexual:** puede llevarse a cabo sin necesidad de tener contacto físico con la víctima o bien teniendo ese tipo de contacto. el abusador busca tener gratificación sexual.

**Explotación sexual comercial de niños y niñas:** supone la utilización de las personas menores de 18 años para relaciones sexuales remuneradas, pornografía infantil y adolescente, utilización de niñas y niños en espectáculos sexuales donde exista además el intercambio económico o pago de otra índole para el menor o para un tercero intermediario.

### **3.4.4 Abuso infantil y prejuicios sociales**

A través de temas tan dolorosos como el abuso, tenemos la posibilidad de comprender el terrible daño que los prejuicios y preconceptos pueden causarle a los distintos sectores de la sociedad. Tanto el imaginario popular como nuestra propia responsabilidad cotidiana en la construcción de una sociedad inclusiva pueden influir enormemente.

Esto ha quedado en evidencia en un estudio realizado por la organización SAVE THE CHILDREN de Suecia, la cual dio a conocer un diagnóstico alarmante sobre la situación del otro gran grupo de riesgo; el de los niños/as con discapacidad.

En este caso se trató de un trabajo de campo realizado en Perú y Paraguay, según los resultados se señaló que “los niños, niñas y adolescentes con discapacidad están expuestos a mayores condiciones de riesgo, tanto en su integridad física como mental, tanto en el ámbito familiar como en su entorno social cotidiano”.

Los testimonios del estudio mostraron una diversidad de casos de maltrato físico, explotación y abandono y un profundo desarrollo de los mitos y factores que aumentan las posibilidades de abusos. El estudio expone que mientras subsistan mitos en torno a la sexualidad de los niños y niñas con discapacidad, se subestimen sus capacidades como seres humanos y se les siga viendo como incapaz, los esfuerzos de prevención y protección pueden resultar estériles.

### **3.4.5 Mitología del maltrato infantil**

Entre los mitos y factores contra prevención y protección de la niñez y adolescencia con discapacidad se pueden destacar:

- **El niño/a discapacitado olvida superando la experiencia**

Experiencias de los profesionales de la salud señalan que muchos padres no denuncian el hecho ni buscan atención psicológica para el niño/a con discapacidad abusado(a) porque creen que el niño/a no se da cuenta de lo que pasó o que su discapacidad le hará olvidar la agresión.

- **El niño/a discapacitado no tiene vida sexual ni necesita orientación en el tema**

Según algunos expertos, los padres de familia no se preocupan ni se interesan por ofrecer orientación o educación sexual a sus hijos con discapacidad; “cuando se les da un diagnóstico, por ejemplo de retardo mental muchos piensan que el niño/a es un incapaz y no lo estimulan ni orientan para que se desenvuelvan con autonomía en todos los planos, incluida su dimensión sexual”.

El problema es que la sexualidad es aun un tabú; si hay dificultades para que los padres ofrezcan orientación a los hijos que no tienen discapacidad, con más razón la tienen para abordar el tema con quienes consideran “enfermitos” que no necesitan información ni orientación sobre el tema.

- **El niño/a con discapacidad no se desarrolla sexualmente**

Muchos padres de niños/as que sufren discapacidades intelectuales piensan que sus hijos/as siempre seguirán pequeños. La psiquiatría expresa que esta idea es errónea. Además gran parte de las personas con discapacidad mental tienen retardo leve o moderado, los casos de retardo severo son los menos. Por otro lado los niños/as con retardo mental son capaces de entender muchísimas cosas; “en ese sentido son educables en todo, pueden desarrollar aptitudes y habilidades en diversos aspectos de la vida, pero muchos sobreprotegen la dimensión sexual, como si el niño/a con retardo mental no tuviera sexualidad”.

Existe una tendencia de los padres a negarse a reconocer que sus hijos/as con discapacidad mental o intelectual, física y sexualmente son adolescentes, y que poco a poco se irá convirtiendo en adultos. Muchos padres prefieren creer que sus hijos/as, aunque tengan 16 o 18 años, siguen siendo niños. Otros especialistas señalan al respecto “claro que edad mental puede ser menor, pero física y sexualmente siguen creciendo, se desarrollan y maduran como cualquier otra persona”.

- **No se prepara al niño/a con discapacidad mental para enfrentar riesgos de agresión sexual**

Debido a que los padres creen que se curará y que al curarse se podrá proteger; algunos siquiátras comentan “algunos padres agobiados por la situación de discapacidad de sus hijos/as fantasean y se dicen: pronto será mayor y se curará, cuando sea mayor ya se cuidará solo”. En opinión del especialista esta idea genera mayor riesgo especialmente en las niñas; para muchos padres de familia la

preocupación por la sexualidad de sus hijas se manifiesta cuando ellas llegan a la pubertad. El temor al embarazo les hace pensar que solo ellas corren riesgo, sin embargo el número de casos de varones abusados demuestran todo lo contrario.

### **3.4.6 Incidencia del maltrato en niños/as con discapacidad**

Lo anterior nos da un panorama de cuanto han sido vulnerados en sus derechos los niños/as con limitaciones, realmente es alarmante encontrar cuanto nos aprovechamos de estos niños(as), en lugar de darles un buen trato lo que hacemos es maltratarlos sin medir las consecuencias de lo que podríamos estar causando en ellos. Es tiempo de pensar que ni la pobreza, ni la desesperación deben ser factores causantes de maltrato en los niños con o sin discapacidad; los niños no escogen donde nacer ellos solo están allí porque nosotros con deseos o no los traemos al mundo, es un pecado maltratarlos o discriminarlos por su condición y porque nos damos cuenta que no estamos preparados para enfrentar la situación que se nos presenta en el momento.

Varios estudios han señalado la relación entre discapacidad y abuso o negligencia. Johnson y Morse (1968) señalan que el 70% de 100 niños maltratados estudiados presentan déficit físico o mental. Gil (1970), en un estudio de 12.000 niños, detectan un 22% de discapacitados maltratados.

Otro grave problema es la posibilidad de reconocer el maltrato en los niños con discapacidades, muchos de estos niños no pueden expresar la ocurrencia la ocurrencia de episodios de abuso físico o sexual (Morgan1978). También contribuye a esta dificultad el hecho que muchos golpes o hematomas se deban a las propias dificultades de los niños en sus movimientos y no a situaciones de malos tratos.

Calcular el número de casos de niños discapacitados maltratados dentro de la población de maltratados es una manera indirecta de acceder al problema; los estudios mencionados indican la situación de alto riesgo en que se encuentran los niños con discapacidades. Por otro lado el diagnóstico se complica en los casos de múltiples discapacidades.

El maltrato infantil en todas sus formas constituye un problema de salud pública originado por múltiples causas: psicológicas, familiares, económicas y sociales. Su incidencia es similar a la de otras causas de mortalidad y morbilidad infantil como el cáncer o los accidentes, siendo causante de diversas secuelas físicas y psíquicas.

La prevalencia real del maltrato infantil se desconoce, ya que la mayor parte de los casos no son identificados. Se estima que sólo son detectados entre el 10 – 20% de casos de maltrato existentes según los datos obtenidos en distintas

comunidades autónomas de nuestro país. Representa la segunda causa de muerte en los primeros 5 años de vida (excluido el período perinatal), debiéndose fundamentalmente a traumatismos craneales.

#### ▪ **Magnitud del problema**

La investigación concluye que a pesar de que la mortalidad es semejante entre ambos sexos, los niños sufren más daños físicos, emocionales y negligencia (86% de los tipos de maltrato) mientras que las niñas padecen más abusos sexuales (2% del total). Con relación al abuso sexual, en Colombia el 15% de los hombres y el 22% de las mujeres adultas declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia (cifras estadísticas según DANE 2005). El maltrato es 15 veces más frecuente en familias donde uno de los progenitores recibió maltrato de niño. La mortalidad es producida tanto como consecuencia directa de los malos tratos, como indirectamente por las graves consecuencias psicosociales en la adolescencia y en la edad adulta, ya sea por lesiones, complicaciones o por suicidio.

Independientemente de las secuelas físicas que desencadenan directamente las agresiones, todos los tipos de maltrato dan lugar a diversos trastornos. La importancia, severidad y cronicidad de las secuelas depende de:

- Intensidad y frecuencia del maltrato.
- Características del niño/a.
- El uso o no de violencia física.
- Relación con el agresor.
- Apoyo intrafamiliar a la víctima.
- Acceso y competencia de los servicios de ayuda sanitaria, social y psicológica.

#### ▪ **Consecuencias del problema**

Los niños y niñas víctimas o testigos de maltrato con frecuencia experimentan trastornos en el desarrollo físico, social y emocional. Los que sufrieron maltrato son más proclives al abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, intentos de suicidio, o a mostrar conductas violentas o criminales. Se conoce que el maltrato es un fenómeno regular y que la probabilidad de que los hechos maltratantes se repitan es bastante alta. Se trata así mismo de un fenómeno cuya intensidad suele aumentar con el tiempo.

Se sabe, además, que la probabilidad de que el maltrato afecte a otros miembros de la familia, hermanos u otras personas vulnerables es alta. Es decir, la

frecuencia y la intensidad de los malos tratos aumentan, a no ser que se intervenga a tiempo.

El maltrato de manera global, a corto y largo plazo tiene consecuencias físicas, conductuales, emocionales y sociales. Algunas de ellas son: Pesadillas y problemas del sueño, pérdida de control de esfínteres, secuelas anatómicas y funcionales, hiperactividad, bajo rendimiento académico, delincuencia juvenil, fugas del domicilio, consumo de drogas y alcohol, miedo generalizado, culpa y vergüenza, conductas auto lesivas, síndrome de estrés postraumático, problemas de relación interpersonal, mayor probabilidad de ser víctima de violencia doméstica (mujeres), mayor probabilidad de ser agresor de esposa e hijos (hombres), aislamiento social, etc.

La dificultad de la detección del maltrato reside en la privacidad del suceso, en que frecuentemente ocurre en el medio familiar por lo que pasa desapercibido al profesional. Nuestro objetivo en este proyecto irá encaminado a estar alerta ante los indicadores de existencia de maltrato por eso se plantea la creación de un organismo en la comunidad que trabaje y vele por que realmente se disminuyan los índices de violencia y maltrato en los niños discapacitados de la comunidad, a través de políticas encaminadas a:

- Educación y sensibilización pedagógica a padres
- Detección y notificación de los casos
- Diagnóstico y tratamiento a las víctimas
- Seguimiento de la salud de los niños en riesgo y de familias vulnerables
- Elaboración de informes de la situación de salud cuando se requiera
- Coordinación interinstitucional para la atención y seguimiento de los menores en situación de riesgo o con medidas de protección.

Es muy importante saber identificar el maltrato es los niños(as) discapacitados ya que ellos tal vez no sabrían como manifestar el maltrato o el abuso del que ha sido víctima es importante hablar y decirles cuando ocurre un acto de violencia contra ellos o cuando están siendo víctimas de algún suceso en contra de su persona, establecer formas de comunicación verbal y no verbal para saber qué es lo que quieren decir o a que se están refiriendo, toda la familia debe identificar y conocer esas formas de comunicación.

### **3.4.7 Política pública nacional de discapacidad y compromisos de implementación**

Los enfoques del Manejo Social del Riesgo, MSR, y del Sistema de Protección Social, SPS, permiten replantear las áreas tradicionales sobre las cuales se ha

venido desarrollando el tema de la discapacidad el enfoque del MSR se basa en la idea de que todas personas, hogares y comunidades son vulnerables a diferentes riesgos, centra sus herramientas más allá de los instrumentos que permiten manejar adecuadamente el riesgo(informal, mercado y publico); concibe tres estrategias para abordar el riesgo: reducción del riesgo, mitigación del riesgo y superación.

En consecuencia para los fines de la presente política, se considera a la condición de discapacidad y al riesgo de padecerla, como el conjunto de condiciones ambientales, físicas, biológicas, culturales, económicas y sociales que pueden afectar el desempeño de una actividad individual, familiar o social en algún momento del ciclo vital. Es decir la discapacidad tiene una dimensión superior a la de un problema de salud individual, y por lo tanto afecta al individuo en relación con su familia y en su integración social. La discapacidad no necesariamente es desventaja; es la situación que la rodea y la falta de oportunidades para superar el problema lo que genera tal condición.

Por otro lado la ley 361 de 1997, ley de discapacidad por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras consideraciones determina el conjunto de derechos de las personas en situación de discapacidad. Establece intervenciones a nivel de prevención, educación y rehabilitación, integración laboral, bienestar social y, accesibilidad para las personas con discapacidad.

Esta ley se fundamenta en los artículos 13, 47, 54 y 68 de la Constitución Nacional que reconocen la dignidad propia de las personas con limitación en sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales. Busca la normalización social plena y la total integración de las personas con limitación de manera armónica con disposiciones legales expedidas sobre la materia como la declaración de los derechos humanos proclamada por las Naciones Unidas en el año 1948, la declaración de los derechos del deficiente mental aprobada por la ONU el 20 de diciembre de 1971, la declaración de los derechos de las personas con limitación, aprobada por la resolución 3447 de la misma organización entre otras disposiciones con relación al tema legalmente constituidas.

En Colombia se han avalado y aprobado los diferentes convenios internacionales relacionados con la niñez pero es a partir de la constitución de 1991 que se ha venido consolidando un Marco Jurídico que determina los derechos de la población con discapacidad y al mismo tiempo las obligaciones de la sociedad y del Estado. En nuestra constitución se encuentran varios artículos que hacen mención expresa a la protección, el apoyo e integración social de las personas con discapacidad. Adicionalmente se definen otros derechos fundamentales, sociales, económicos y culturales que tienen un carácter universal y por tanto cubren a las personas y especialmente a los niños/as que presentan limitaciones o discapacidad.

En desarrollo del mandato constitucional se han expedido normas importantes que establecen claramente las obligaciones de todo carácter frente a las personas con discapacidad, en la medida en que el Estado ha ido asumiendo sus obligaciones ha ido dejando de lado la capacitación y sensibilización que requieren las familias para la comprensión de la discapacidad. No quiere decir con esto que la capacitación Estatal no debería existir, por el contrario esta allí latente para ser ejercida pero al mismo tiempo, la familia debe desempeñar su rol esencial, el de conservar la unidad basada en el amor.

La discapacidad vista desde el corazón no es más que una situación en la cual los niños se encuentran en condiciones diferentes ante su familia y comunidad, la diferencia al contrario de enfrentarnos, nos enseña a conocer más al otro, a conocer sus necesidades, a valorar ese porcentaje que algunas veces los médicos y terapeutas olvidan, el porcentaje del “sí se puede”. La discapacidad ha sido entendida como una consecuencia que puede surgir de una enfermedad o traumatismo, sin embargo el término ha ido evolucionando a través de los años.

La OMS, Organización Mundial de la Salud publicó en 1980 la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías que en su momento fue de suma importancia pero que ahora ha sido reemplazada por la nueva clasificación internacional de funcionamiento.

Claramente aparece la palabra funcionamiento ya que de hecho es positiva, esto quiere decir que desaparece del lenguaje la connotación negativa; el término discapacidad es tomado como una especie de “sombra” que abarca y cubre los demás términos utilizados hasta ahora. Socialmente se ha concebido al niño/a con discapacidad como un ser incapaz, objeto de compasión y de acciones paternalistas sin tener en cuenta el “sí se puede” que se mencionó anteriormente y el porcentaje de “capacidad” que tiene; la discapacidad si bien es cierto, disminuye el accionar del niño/a en su entorno, no le merma en ningún momento sus derechos y el ejercicio de ellos siendo entre otros, la familia el garante de los mismos, la comunidad en segunda instancia y el Estado como último en esta línea.

### **3.4.8 Estado de la discapacidad en Colombia**

El estado actual de la discapacidad en Colombia con base en los resultados del censo de población y vivienda 2005 adelantado por el departamento nacional de estadísticas, (DANE) se presenta los principales resultados sobre la situación de discapacidad en Colombia. A partir de la precisión sobre el número de personas con por lo menos una limitación, el censo 2005 estableció para el país una prevalencia de discapacidad del 6,4%. Esta situación contiene importantes diferencias regionales, es decir mientras en el promedio nacional por cada 100

colombianos 6,4 presentan limitaciones permanentes en los departamentos de Cauca, Nariño, Boyacá, Huila, Caquetá y Tolima este promedio es más alto. En efecto por cada 100 personas de estos departamentos entre 7,8 y 9,5 tienen limitaciones permanentes<sup>21</sup>.

Al realizar el análisis de la Ley 361 de febrero de 1997, que establece mecanismos e integración social a las personas con limitación en Colombia, se descubren diez planos de interés en su contenido: Plano constitucional y jurídico, de la seguridad social, de la prevención, la educación y la rehabilitación, de la integración laboral, del bienestar social, de la accesibilidad, del transporte y, finalmente, de las comunicaciones.

Estos planos temáticos que dan tratamiento a la integración social de la persona con discapacidad, y que están incluidos en el articulado de la ley, no corresponden estrictamente a los capítulos en los cuales está dividida ésta. Sin embargo, permiten un intento de correlación con los modelos de Wilber y Beck. El trabajo de cotejar los planos de observación que han tenido en mente los legisladores acerca del tema de la persona con discapacidad, con los modelos de espiral y cuadrantes busca descubrir el grado de visión integral que contiene la misma ley, así como su capacidad integradora de la persona con discapacidad a la sociedad circundante.

La ley en sí misma siempre será en cualquier ordenamiento social una representación de sus valores, sus principios éticos y su visión acerca de lo normatizado, en una coyuntura social dadas.

**Plano constitucional y jurídico:** los contenidos de la ley buscan dar cumplimiento a la letra constitucional colombiana, a las proclamas de las Naciones Unidas, a los convenios de la Organización Internacional del Trabajo, respecto a los derechos fundamentales de las personas con limitación. En este aspecto, la Ley 361 se encuentra revela un estadio holístico en el modelo de Beck. La visión del todo se debe en este plano de la ley a las respuestas necesarias que el país está dando, por lo menos en lo formal, al proceso de apertura, internacionalización y globalización en que está inmerso desde 1991.

**Plano de la seguridad social:** a partir de la privatización de gran parte del sistema de seguridad social y salud en Colombia a partir de la ley 100 de 1993, los regímenes contributivo y subsidiado compiten para responder a las necesidades de los ciudadanos. Si el ciudadano con discapacidad pertenece a estratos socioeconómicos bajos, o se encuentra desempleado, la ley prevé que haga uso del Régimen Subsidiado de Seguridad Social o del POS (quizá amparado por su calificación a través del Sisbén).

---

<sup>21</sup> FONADIS. Política Nacional para la integración social de las personas con discapacidad. [www.fonadis.cl](http://www.fonadis.cl). Disponible en: [www.inclusioneducativa.cl/documentos1](http://www.inclusioneducativa.cl/documentos1) e [www.inclusioneducativa.cl/documentos2](http://www.inclusioneducativa.cl/documentos2)

Si de personas con discapacidad, pero con empleo, se trata, las EPS les atenderán como retribución a sus cotizaciones. Igualmente lo harán las ARP. Sin embargo quedan rastros de subsidios para la adquisición de prótesis, aparatos ortopédicos u otros elementos necesarios, a través del POS con cargo a presupuestos municipales.

Este plano de la norma podría representar su ubicación en un estadio seis de desarrollo (verde) de consenso. La combinación de facilidades privadas y estatales, bajo regímenes contributivos y subsidiados, que aún no funcionan plenamente bien en la realidad, permite afirmar que este plano de integración no se puede incluir como demostración de un pensamiento de segundo grado. La legislación colombiana en salud es aún muestra de pensamiento de primer grado.

**Plano de la prevención y la educación:** se acude en la ley, de manera persistente, a proponer cambios curriculares por parte de las instituciones de educación superior en temas de atención y prevención de las enfermedades y demás causas de limitación y minusvalías. Igualmente, se expone reiteradamente el derecho constitucional a educación y capacitación. Insiste en la necesaria estrategia de información, educación, prevención y formación alrededor de la temática de la persona con discapacidad. En resumen, la ley sugiere e indica al sector privado, pero no puede ir más allá de las sanciones pecuniarias o en dinero y sólo en el caso de instituciones de orden público.

El poder de la ley en este sentido es muy claro al interior de las funciones del Estado, pero un tanto menor con relación al sector privado en el cual sus sugerencias pueden tener solamente visos orientadores e indicativos. Aquí el modelo integral es de pensamiento de primer grado pues correspondería a un meme seis (verde) en el cual la ley busca el consenso, presionar los sentimientos y la solidaridad espontánea de las instituciones y la comunidad.

**Plano de la rehabilitación:** en este plano, la ley acude a los planes de atención contenidos en el POS, prestados por las EPS y ARP. La ley es indicativa no dirigista y ello deja al individuo con discapacidad al azar de su estratificación de ingresos. Acá la ley se representa por un meme azul en el cual la fuerza de la verdadera situación social de la persona, que ha entrado a una situación de discapacidad, le propone un proceso de rehabilitación acorde a sus individuales posibilidades. La disciplina y tradición sociales pesan así en el destino rehabilitador para la persona con discapacidad.

**Plano de la integración laboral:** se acude en la ley 361 a la recordación de los derechos ya adquiridos por el trabajador colombiano dentro de la legislación laboral existente desde el siglo pasado. La protección frente al despido injustificado, las prestaciones parafiscales como el servicio del Sena, entre otras prebendas que igualan al trabajador con discapacidad con el que no la tiene.

En la parte patronal, propone en este caso la ley, ayudas arancelarias y de exenciones parciales en el impuesto a la renta para las empresas que contraten personas con discapacidades.

Podría catalogarse de estar en un meme verde de consenso todo lo relacionado con el trabajador discapacitado que, de toda forma, no cuenta con ventajas diferenciales respecto al trabajador común. En la parte patronal, dado que el incentivo es estratégicamente orientado a disminuir los costos del trabajador, el meme en que se contiene la ley es naranja: el esfuerzo por generar puestos de trabajo desempeñable por personas con discapacidad representará menores costos a los empresarios que los logren.

**Plano del bienestar social:** se reitera la existencia del ICBF para los hijos de discapacitados. Se proponen facilidades de uso del espacio público cultural y deportivo para la población con discapacidad. La ley podría ubicarse entre verde y amarilla pues los memes del consenso y la ecología humana prevalecen en este tema del bienestar.

**Plano de la accesibilidad:** es un tema en el que la ley es más concreta y parece haber logrado más efectos reales. La conciencia arquitectónica, con arreglos ergonómicos fiables al discapacitado, en los nuevos proyectos urbanísticos, muestra que han sido influenciados fuertemente por la conciencia de la accesibilidad.

Lógicamente esta afirmación se refiere a la nueva construcción de espacios públicos y privados. Es menos notorio el ritmo de cambio espontáneo en la accesibilidad en las infraestructura menos recientes o antiguas.

La accesibilidad es catalogable como amarilla o turquesa. En este punto, las políticas estatales han sido más visibles. La ciudadanía, no sólo en la capital, es más colectivista. Los principios y el conocimiento ecológico (en lo referente a la naturaleza y el recurso humano) son una realidad más palpable que irá a beneficiar al discapacitado. Quizá el influjo de esta ley sobre la sociedad colombiana sea del tipo de pensamiento de segundo grado tipificado en el modelo de espiral dinámica.

**Plano del transporte:** en este aspecto podría calificarse la ley de igual manera al tema de la accesibilidad. En alguna forma son aspectos colindantes para la persona discapacitada. La accesibilidad es de corto alcance mientras el transporte se supone de largo alcance.

La conciencia del ciudadano promedio demuestra que la ley entra en un terreno avanzado. Hacia el futuro inmediato no se duda que todo transporte tiende a incorporar ayudas para limitados físicos y que la accesibilidad para el mismo se

tiene en cuenta en cada proyecto. La ley toca el tema de forma que pudiera catalogarse de amarilla tendiente a turquesa. Del meme ecológico al holístico.

**Plano de las comunicaciones:** la ley insiste de manera persistente en los traductores para los limitados auditivos y en el derecho a la información y la comunicación equitativos para las personas con toda clase de discapacidad. El meme verde contiene el tema tal como está tratado en la ley pues se acude a los sentimientos y la solidaridad, menos concretos que normas más obligantes en este sentido.

## **4. MARCO METODOLÓGICO**

El proyecto de promoción de estrategias y prevención de los factores de riesgo psicosociales con base en el fortalecimiento de los derechos está dirigido a niños y niñas en situación de discapacidad, sea esta cognitiva, sensorial, física y/o múltiple del barrio San José de los Campanos de la ciudad de Cartagena.

### **4.1 COBERTURA POBLACIONAL**

El trabajo cubrió aproximadamente 35 familias del sector, con niños y niñas en condición de discapacidad y que son beneficiarios del programa de habilitación de la Fundación para el Desarrollo del Discapacitado, FUNDEDISC.

### **4.2 INDICADORES DE GESTIÓN**

- Promoción y prevención de la discapacidad
- Sensibilización y empoderamiento de las familias sobre el tema de la discapacidad
- Factores de riesgo psicosociales
- Red comunitaria de prevención
- Niveles contextuales de vulnerabilidad

### **4.3 PLAN DE INTERVENCIÓN**

El presente proyecto no solo busca trabajar sobre la base de riesgos psicosociales y los estados vulnerables de las personas en situación de discapacidad, también busca promocionar y desarrollar actividades de prevención para el fortalecimiento de los derechos ante una situación de amenaza o violación de los mismos en el contexto familiar y social.

La metodología con la que se trabajara en la comunidad para el abordaje de las familias será la de Trabajo Social de grupo, TSG, de Ezequiel Ander –Egg; con técnicos como “la lluvia de ideas” ya que es un método de trabajo grupal donde los

participantes van generando ideas en respuesta a una determinada pregunta y la jerarquización de los problemas o situaciones de amenaza o violación de derechos que afectan a los niños(as) de la comunidad.

Debido a lo anterior se establecerán encuentros grupales interaccionales para el desarrollo de talleres formativos de promoción y prevención de los factores de riesgo psicosociales a los que están expuestos los niños discapacitados en san José de los campanos. Por lo cual para la puesta en marcha del mismo se dispuso dividir el proyecto en cuatro etapas cronológicas; para el control y optimización de las actividades a desarrollar.

### **PRIMERA ETAPA: RECONOCIMIENTO DEL CONTEXTO**

En esta primera etapa se busca un acercamiento al contexto objeto de estudio y a la población con la cual se llevara a cabo la propuesta de intervención. Aquí características de la población; ubicación espacial y algunas generalidades del contexto, a partir del diagnostico situacional.

### **SEGUNDA ETAPA: PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN**

Luego de la formulación de la propuesta objeto de intervención se busca promocionar la s acciones a ejecutar en la misma y sobre todo sensibilizar a las familias sobre la importancia de empoderar la condición de su hijo(a) discapacitado, con el fin de darle sentido a la pertinencia e intencionalidad del mismo en la comunidad y lograr la motivación para su asistencia a los encuentros programados.

### **TERCERA ETAPA: EJECUCIÓN Y GESTIÓN**

Una vez se establezcan los contactos y se tienen bases de apoyo en la comunidad se da inicio a la ejecución del proyecto con encuentros formativos y talleres lúdicos que muestren la realidad del niño(a) y los factores de riesgo psicosociales a los que estén expuestos en la sociedad y en el núcleo familiar con el fin de dar pautas de prevención ante la violación o amenaza de derecho.

Esta etapa se compone de tres momentos:

## **Promoción y Prevención de los Factores de Riesgo Psicosociales**

Busca sensibilizar sobre la necesidad de conocer los estados vulnerables en los que se encuentran las personas discapacitadas en la comunidad como factores de riesgo limitantes para su desarrollo integral.

## **Derechos de los Niños/As**

A partir de la promulgación de los derechos del niño/a este momento busca mostrar que no importa raza, color, sexo, religión y mucho menos condición física y psicológica para hacer valer y respetar sus derechos.

Para trabajar los derechos con los niños se empleara la lúdica a través de la metodología de “Barullo” de la (**fundación hogar juvenil**); que busca velar por el cumplimiento de los derechos de la infancia, por medio de talleres que identifican y muestran problemas sociales.

## **Salud Comunitaria**

Es una propuesta de gestión comunitaria e Intervención social con el apoyo de entidades públicas y privadas de atención básica.

Para determinar las condiciones físicas y de salud en los que han sido vulnerados en sus derechos los menores discapacitados.

## **CUARTA ETAPA: EVALUACIÓN**

En un proyecto la evaluación es un proceso constante que dista desde que este se inicia hasta la consolidación del mismo: por lo tanto en cada etapa se hará un seguimiento que evalué la actividad programada, los logros alcanzados y los obstáculos encontrados en cada proceso para hacer correctivos a tiempo.

Por otro lado dentro de las estrategias a utilizar para el proceso de divulgación del proyecto está la realización de carteleras informativas, plegables, invitaciones y visitas domiciliarias. De igual forma nos apoyaremos en las escuelas del sector como puntos de encuentros para la realización de los talleres y la ejecución del programa en general; se programaran actividades tanto con los padres de familia, como con los niños/as discapacitados y reuniones con ambos grupos, se dictaran talleres de capacitación sobre factores de riesgo, promoción y prevención; y abordaje de los mismos.

Cabe anotar que la sostenibilidad de un proyecto esta enmarcad no solo por la movilización o gestión de la persona que lo coordina, si no también por una serie de factores que hacen que este sea viable. Como un equipo o recurso humano dispuesto, propositivo y dinámico que fortalezca las acciones a emprender en el mismo.

Finalmente el objetivo último de este proyecto es sentar bases para la creación de una red comunitaria de atención a población discapacitada que involucre a la comunidad, líderes comunitarios, instituciones del sector y padres de familia como los primeros canalizadores de la problemática en cuestión.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

- Participación activa y sostenibilidad del proyecto en la comunidad
- Desarrollo cabal de las actividades programadas con resultados positivos
- Institucionalización del proyecto en la fundación el Rosario como entidad que respalda la puesta en marcha del proyecto y ejecución del mismo en otros sectores de la ciudad
- Logro total de los objetivos propuestos al inicio del proyecto
- Creación de espacios de integración en las familias con miembros discapacitados.
- Organización de una red de apoyo contra el maltrato en las comunidades

## **METAS**

- Informar y prevenir sobre los factores de riesgo psicosociales a los que están expuestos los niños en situación de discapacidad
- Convocar en cada encuentro el número total de familias estipuladas en la propuesta de intervención
- Creación de una red de para la prevención, intervención, análisis y atención a la vulneración de los derechos del menor discapacitado.
- Brindar herramientas y bases pedagógicas tanto a las familias como a las personas en situación de discapacidad sobre cómo prevenir y a donde acudir en caso de vulnerabilidad de los derechos del menor discapacitado.

## 5. INFORME DE RESULTADOS

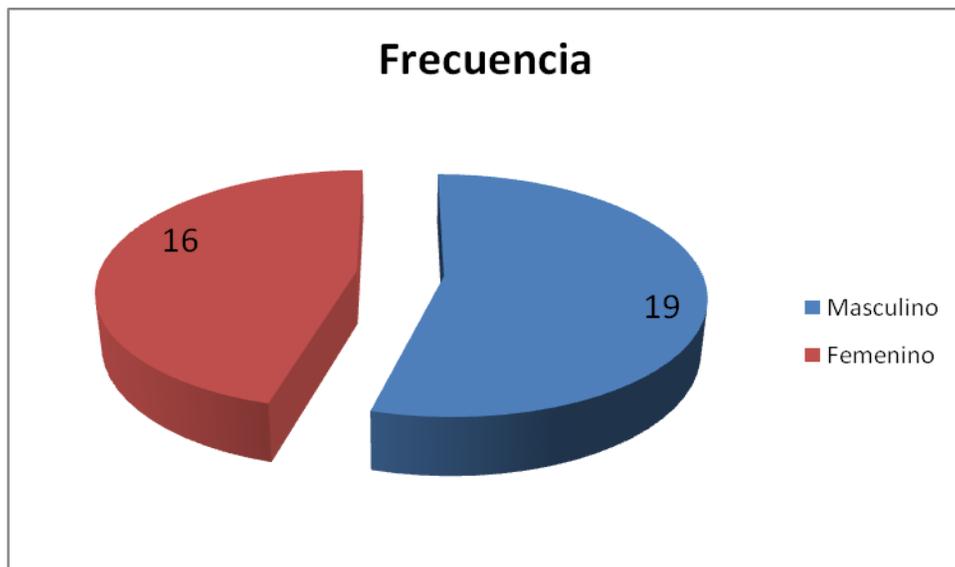
### 5.1 TIPOLOGÍA DE LA POBLACIÓN

Los resultados arrojan que de los 35 niños un 54,28% son hombres y el 45,71 mujeres:

#### 5.1.1 Distribución por género

	Frecuencia	%
Masculino	19	54,29
Femenino	16	45,71
Total	35	100,00

Fuente: la autora



#### 5.1.2 Tipología Familiar

En cuanto a la tipología familiar, se encontró que las familias de estos niños y niñas discapacitados en la comunidad fueron los siguientes<sup>22</sup>

<sup>22</sup> Intervenc. Sistémica y T. Familiar Esc. Vasco-Navarra y Sant-Pau de TF Disponible en: [www.mailxmail.com/curso-trabajo-infantil-familia/tipos-familia](http://www.mailxmail.com/curso-trabajo-infantil-familia/tipos-familia) y [www.evntf-santpau.com](http://www.evntf-santpau.com)

Familia nuclear simple: integrada por una pareja sin hijos.17, 14%

Familia nuclear mono parental: integrada por uno de los padres y uno o más hijos.17, 14%

Familia extensa: integrada por una pareja o uno de sus miembros, con o sin hijos, y por otros miembros, parientes o no parientes.14, 24%

Familia extensa mono parental: integrada por uno de los miembros de la pareja, con uno o más hijos, y por otros parientes.14, 29%

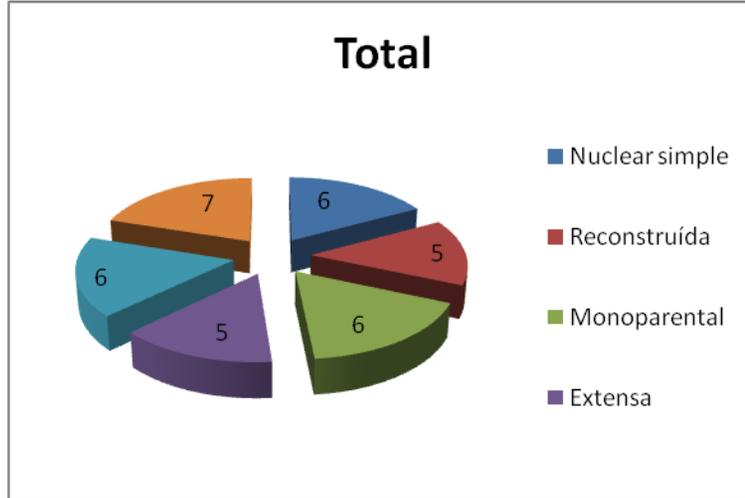
Familia Reconstituida (o también llamada ensambladas): es decir, uno de los padres vuelve a formar pareja, luego de una separación o divorcio, donde existía a lo menos un hijo de una relación anterior.14, 29% y 17,14

La distribución de frecuencias fue la siguiente:

**Tabla 5.1.2.1 Resultado de Tipología familiar**

Tipología familiar	Miembros por familia		Subtotal	%
	3 a 5	6 o +		
Nuclear simple	4	2	6	17,14
Reconstituida	4	1	5	14,29
Mono parental nuclear	3	3	6	17,14
Extensa	1	4	5	14,29
Reconstituida extensa	6	0	6	17,14
Mono parental extensa	4	3	7	20,00
Total	22	13	35	100,00

Fuente: la autora



### 5.1.3 Edad y estado civil de los Padres

La tabulación de resultados del estado civil de los padres muestra que en su mayor parte se encuentra entre los 30 y 50 años de edad:

**Tabla 5.1.3.1 Tipología de padres, edad y estado civil**

Padre	Madre	Estado civil / tipo de unión	No registrado	No.
42	38	U.L		1
35	43	U.L		1
47	37	C		1
-	-		1	1
-	-		1	1
nr	41	V		1
nr	42	S		1
47	42	U.L		1
nr	45	S		1
nr	36	S		1
45	43	U.L		1
44	55	U.L		1
36	38	U.L		1
-	-		1	1
54	-			1
49	46	C		1
-	-			1
61	47	C		1

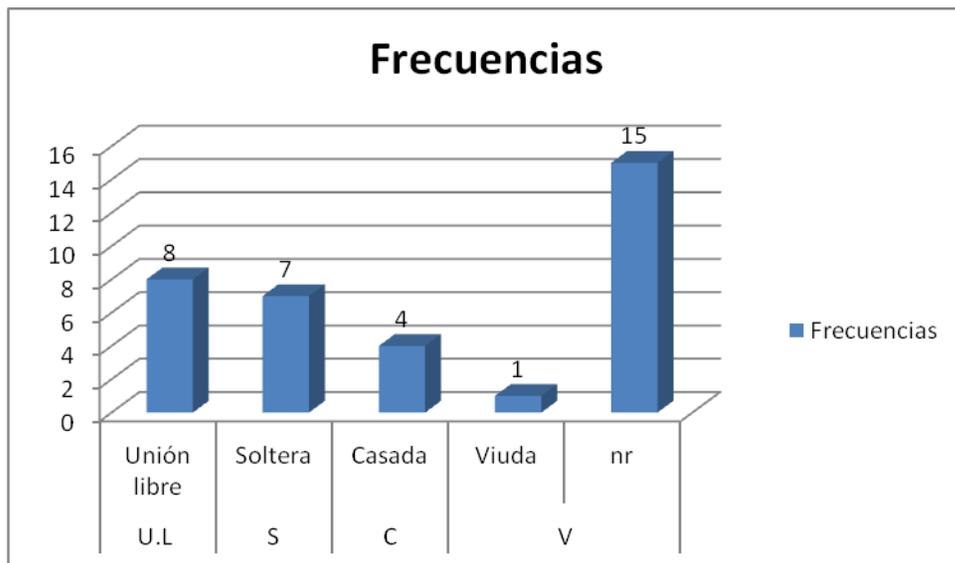
30	24	U.L		1
36	29	S		1
nr	20	S		1
-	-		1	1
-	-		1	1
48	40	U.L		1
71	65	C		1
52	55	S		1
nr	64	S		1
-	-	-	8	8
Total				35

Fuente: la autora

**Tabla 5.1.4 Frecuencias del estado civil**

Convención		Frecuencias	%
U.L	Unión libre	8	22,86
S	Soltera	7	20,00
C	Casada	4	11,43
V	Viuda	1	2,86
	nr	15	42,86
Total		35	100,00

**5.1.4.1 Frecuencias del estado civil**



### **5.1.5 Tipología de discapacidades**

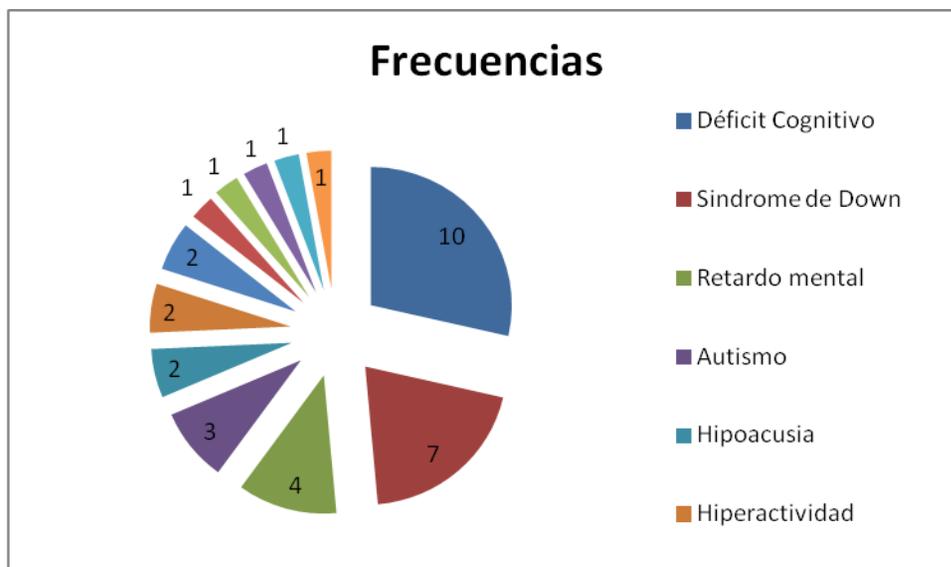
En cuanto a la tipología de discapacidades, la mitad (48,47) de los niños presentan déficit cognitivo y síndrome de Down.

El retardo mental corresponde al 11,43% de los niños y niñas. Luego en orden de frecuencias, están el autismo, la hipoacusia, la hiperactividad, problemas del habla, la hidrocefalia, la parálisis cerebral, el síndrome epiléptico, el síndrome del alto del gato y la paraplejía.

**Tabla 5.1.5.1 Distribución por tipo de discapacidad**

Discapacidad	Edades																		Frec.	%	% Acum.
	3	4	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
Déficit Cognitivo			1				2	2	2		1			1	1				10	28,57	28,57
Síndrome de Down						1	3					3							7	20,00	48,57
Retardo mental				1			1							1		1			4	11,43	60,00
Autismo				1			1			1									3	8,57	68,57
Hipoacusia		1														1			2	5,71	74,29
Hiperactividad					1		1												2	5,71	80,00
Problemas en el habla																1		1	2	5,71	85,71
Hidrocefalea	1																		1	2,86	88,57
Parálisis cerebral				1															1	2,86	91,43
Síndrome epiléptico							1												1	2,86	94,29
Síndrome del salto del gato y tolerancia familiar								1											1	2,86	97,14
Paraplejia											1								1	2,86	100,00
	1	1	1	3	1	1	9	3	2	1	2	3	0	2	1	3	0	1	35	100,00	

Fuente: la autora



## **5.2 ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN**

El proyecto de intervención social logro trabajar sobre la base de riesgos psicosociales y los estados vulnerables de las personas en situación de discapacidad; se implementaron actividades de promoción y prevención para el fortalecimiento de los derechos ante eventuales situaciones de amenaza o violación de los mismos en el contexto familiar y social.

La metodología con la que se trabajo en la comunidad para el abordaje de las familias fue trabajo social de grupo (TSG), se utilizaron estrategias como la “lluvia de ideas” donde los participantes iban generando ideas en respuesta a una determinada pregunta y se lograba la jerarquización de los problemas y prioridades en control de situaciones de amenaza o violación de derechos que afectan a los niños(as) discapacitados de la comunidad.

Durante la permanencia del proyecto en la comunidad de san José de los campanos, se realizaron varios encuentros formativos con los padres de familia, los cuales poco a poco fueron mostrando su interés y motivación en el desarrollo de los mismos; se mostraron activamente participativos ya que cada uno de los temas fueron elegidos con tal fin.

Ahora bien las acciones propuestas para realizar durante la primera etapa del proyecto se cumplieron todas a cabalidad, dejando en la institución la basa de datos y el diagnostico institucional, documentos que servirán de apoyo para la elaboración de otras propuestas y la ejecución de dichas acciones. En la etapa de planeación de la propuesta se presentaron modificaciones debido a diversas situaciones o algunas simplemente se dieron para el mejoramiento de las estrategias de acción, por ejemplo: en primera instancia se pensó en la implementación del proyecto en la comunidad de Nelson Mandela, se desistió de la iniciativa al encontrar personas que desde el primer momento y aun sin conocer la propuesta se opusieron a la misma, aludiendo que ya otros estudiantes habían llegado con las mismas intenciones y no habían logrado nada, se desistió entonces por el absoluto desinterés que mostraron.

A raíz de los inconvenientes expresados surgió la idea de buscar otra comunidad que al menos se diera la y nos diera la oportunidad de mostrarles el proyecto. El abordaje de la comunidad de san José de los campanos, fue una verdadera experiencia, ya que conocía el barrio solo por el nombre pero al llegar allá sin referencia alguna fue un reto excepcional.

Por otro lado las actividades se iniciaron con el equipo interdisciplinario de la fundación FUNDEDISC, conformado por la trabajadora social, la fisioterapeuta y la educadora especial, luego entonces por el requerimiento de las actividades

programadas fue necesario adherir a más personas entre esas a estudiantes de educación especial de la universidad Rafael Núñez practicantes en la misma fundación, como también contamos en nuestro proyecto con el apoyo de entidades gubernamentales muy importantes en todo este proceso, como lo fueron la ESE hospital Cartagena de Indias con su equipo interdisciplinario; médico, odontólogos y auxiliares, el DADIS con vacunas para aquellos pequeños que la necesitaban o faltaban por completar su esquema de vacunación en una campaña de salud comunitaria y por último el ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar con el cual se gestionó la creación de un comedor escolar.

Con las actividades y la presencia de estas entidades en la comunidad se podría decir que fueron las que impulsaron el proyecto y sacó por decirlo de algún modo la fundación Fundedisc del anonimato en la comunidad.

Estas actividades lograron la integración de casi toda la comunidad ya que la actividad de la campaña de salud estaba abierta al público.

En todas y cada una de estas actividades la estudiante de año social cumplió un papel muy importante ya que la misma se encargaba de coordinar y velar por el desarrollo cabal de cada una de ellas, desde el envío de las cartas a las instituciones, la confirmación de las mismas, la solicitud al director de la fundación para financiarlos gastos de movilización y almuerzo de los profesionales, la recolección de las evidencias y el cumplimiento de los programas.

De igual forma se logró actualizar las historias clínicas y familiares de los niños de la fundación FUNDEDIS con el fin de corroborar las nuevas patologías presentes en la comunidad. En todo esto y pese a los esfuerzos de la estudiante de año social por lograr que se cumplieran los programas, la verdadera preocupación la tenían los padres de familia al ver la proximidad del término del proyecto y no haber encontrado el suficiente apoyo que le diera trascendencia e importancia al tema de la discapacidad en la comunidad; sin embargo mostraron su agradecimiento con los logros que se alcanzaron.

Por último cabe anotar que la fundación el Rosario dejó las puertas abiertas y cada uno de sus programas para la remisión de los niños de esta comunidad como parte de apoyo en el proceso comunitario.

Las cuatro etapas del proceso de actividades fueron las siguientes:

### **5.2.1 Resultados Etapa I: Reconocimiento del contexto**

En esta primera etapa se buscó un acercamiento al contexto objeto de estudio que es la comunidad del barrio San José de los Campanos y a la población de 300 familias de cuyos núcleos familiares con niños o niñas con discapacidad,

concurren a la Fundación El Rosario 35 de ellos. A esta muestra se le realizó el proceso de intervención. Se aplicó un formato de encuesta para determinar su tipología familiar, tipificación de discapacidades y algunos factores de carácter demográfico como distribución de edades, género, condición de los padres y madres. Todo ello, a partir del diagnóstico situacional.

### **5.2.2 Resultados Etapa II: Promoción y sensibilización del contexto**

El proceso de intervención se comenzó con la colaboración de la Fundación para el Desarrollo del Discapacitado, FUNDEDISC, la empresa de salud del estado, ESE Cartagena de Indias y la Secretaria Distrital de Salud, DADIS.

Este tipo de promoción fue a nivel institucional, para proceder a promocionar las acciones a ejecutar en la misma comunidad con un objetivo fundamental de sensibilización mediante la realización de talleres que eran promovidos mediante carteles de aviso previo a la comunidad, para lograr la motivación para su asistencia a los encuentros programados.

### **5.2.3 Resultados Etapa III: Ejecución y gestión**

Una vez se establecieron los contactos institucionales se programaron las actividades de apoyo en la comunidad y de realización de encuentros formativos y talleres lúdicos sobre la realidad del niño(a) y los factores de riesgo psicosociales a los que estén expuestos, tanto en la sociedad como al interior del núcleo familiar. Algunos talleres sirvieron para dar pautas de prevención ante la violación o amenaza de derechos de los niños y niñas discapacitados.

Esta etapa se llevó a cabo en tres momentos:

#### **Momento 1: Los factores de riesgo psicosociales**

Este fue un momento básico de sensibilización institucional y comunitaria. Se revelaron los diversos estados vulnerables en los que se encuentran las personas discapacitadas, fundamentalmente los niños y niñas, así como sobre los factores de riesgo y factores limitantes incluso a nivel intrafamiliar.

#### **Momento 2: Derechos de los niños/as**

La comunidad se informó de los derechos del niño/a normales, como también de los enfáticos relieves de los derechos en peligro cuando se trata de niños en otras condiciones, específicamente de discapacidades.

La comunidad supo de las diferencias de etnia, género, creencias religiosas y condiciones físicas, psicológicas y psicofisiológicas que dentro de algunas comunidades generan problemáticas de discriminación y de desconocimiento de los derechos humanos, de los derechos del niño y de los derechos constitucionales colombianos.

Para trabajar los derechos con los niños se empleó la estrategia lúdica a través de la metodología de “Barullo” de la (fundación hogar juvenil), como apoyo a la concientización de los derechos de la infancia. Con algunos talleres complementarios se identificaron ante la comunidad los tipos de problemas sociales menos visibles y más intangibles que los relacionados con las condiciones socioeconómicas de vida, como son los relacionados con el problema de investigación acerca de las condiciones intra y extra familiares de los niños con discapacidad.

### **Momento 3: Salud Comunitaria**

Con el apoyo de la ESE Cartagena de Indias y la Secretaria Distrital de Salud, DADIS, se gestó una campaña de atención médica, odontológica y psicológica. De ello lo más notorio fue la identificación de tipos de discapacidad y la vacunación a menores que tenían pendiente esta fase de su control de salud.

Se pudieron determinar las condiciones físicas y de salud en los menores discapacitados, fundamentalmente para concientizar a la comunidad de padres y madres de las diferencias existentes entre los diversos tipos de discapacidad.

Igualmente, se incluyó la labor informativa sobre el significado de discapacidad infantil en el mundo y las grandes limitantes existentes.

#### **5.2.4 Resultados Etapa IV: Evaluación**

La etapa de evaluación no hizo referencia a un seguimiento por cuanto el proceso fue trazado de manera transversal en un período dado y única oportunidad, y no longitudinal que permitiera la retroalimentación de resultados luego de una evaluación de los mismos.

Las visitas domiciliarias y los talleres realizados proveyeron la información que permitió la realización de este informe de carácter académico sobre la práctica realizada.

### **5.3 RESUMEN DE RESULTADOS DE INTERVENCIÓN**

- Se obtuvo la participación activa de instituciones de apoyo como FUNDEDISC, DADIS y ESE.
- Se aseguró la sostenibilidad del proyecto en la comunidad dado el carácter pedagógico y lúdico que contribuyó a la conciencia sobre los derechos del discapacitado a nivel intra y extra familiar.
- De acuerdo con los formatos diseñados para control de los talleres, la asistencia fue formal y normal.
- Se dejaron evidencias de la realización de todas las actividades programadas: formatos de encuesta procesados y formatos de asistencia llenos manualmente por los asistentes. Ello confirma la labor de promoción y prevención intracomunitarios realizados en el proceso de desarrollo del proyecto de intervención.
- Se logró la institucionalización del proyecto al interior de la Fundación el Rosario. Esta entidad fue pleno respaldo al proyecto de intervención y podrá replicar la realización del mismo en otros sectores de la ciudad
- La información, conciencia y relación de la comunidad con algunas instituciones públicas de apoyo, permitió la creación de espacios de integración comunitaria y de visibilización de la problemática de discapacidad para las familias que no eran conscientes de ella.
- En la práctica, los eslabones sociales que se utilizaron para desarrollo de la intervención comunitaria y familiar conforman una red de apoyo contra el maltrato en las comunidades dada la integración de este problema con base en estrategias pedagógicas de carácter informativo conjugadas con las actividades de tipo institucional.

Se logró un trabajo de jerarquización de los factores de riesgo a partir de la técnica grupal de lluvia de ideas. Los cinco factores de riesgo considerados por la

comunidad de mayor importancia para tratar, representan la violación de los cuatro grupos de derechos vulnerados pero permiten la revelación y visibilización del Problema pero aunado a indicios de solución institucional que se proveyeron a la comunidad.

**Tabla 6. Jerarquización de factores de riesgo**

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>SITUACION DE AMENAZA</b>	<b>ALTERNATIVAS DE SOLUCION</b>	<b>DERECHOS VULNERADOS</b>
Discriminación y/o exclusión social	No son bien vistos en la comunidad, no los dejan jugar con los otros niños(as), les hacen gestos	Establecimiento de políticas estatales realistas hacia la toma de conciencia sobre el tema de la discapacidad	Derechos de participación y desarrollo
Situación económica	No contar con el dinero ni con un buen seguro social para los tratamientos que se requieren para su habilitación funcional	Que el estado garantice apoyo especial para el tratamiento de las personas discapacitadas	7 Derecho de supervivencia y desarrollo
Maltrato infantil	Maltrato físico, emocional o psicológico, negligencia	Sensibilizar y educar a las familias en cuanto al respeto por los derechos del niño y motivarlos para mejorar su forma de actuar frente a la discapacidad	Derechos de participación, desarrollo y protección
Violencia sexual	Abuso sexual, explotación sexual	Prevenir que los niños estén o salgan solos o estén mucho tiempo fuera del hogar, dejarlos al cuidado de una persona realmente de confianza tanto para los padres como para el niño, establecer formas de comunicación verbal y simbólica que evidencien algún tipo de abuso.	Derechos de participación, desarrollo y protección
Presencia de agentes con malas intenciones	Incitación a hacer cosas malas o indebidas	Mantener constantemente contacto visual con el niño(a) o la persona discapacitada las 24 horas del día.	Derecho de protección y desarrollo

Fuente: la autora

Sin embargo un factor de riesgo un factor de riesgo hace referencia a la intervención social con la cual se esta trabajando en este proyecto con la sensibilización de las familias.

Finalmente los dos últimos factores de riesgo hacen referencia a la familia y a la comunidad hacia un mayor compromiso frente a este tema.

## **SITUACION DE AMENAZA O VIOLACION DE DERECHOS**

Es una situación real o potencial de los derechos de niños, niñas y adolescentes considerada como insatisfactoria; es una discrepancia entre el ser y el deber ser de los derechos de los niños que un actor considera evitable o inaceptable.

Para resolver los problemas o situaciones de amenaza o violación de derechos es necesario que se identifiquen las causas que los originan; ya que ello permite plantear con mayor claridad alternativas de solución más efectivas y duraderas.

Las causas de un problema o amenaza de derechos son hechos, situaciones o factores que ocasionan los resultados insatisfactorios a través de los cuales se evidencia o manifiesta. Del mismo modo las consecuencias son hechos o situaciones que describen el impacto que un problema genera sobre otros problemas de la realidad de los niños/as y adolescentes vulnerados en este caso en situación de discapacidad.

## **LA PREVENCION Y EL APOYO A LAS FAMILIAS**

Características específicas de una intervención de prevención respecto al niño/a discapacitado.

Lo que marca la diferencia entre una intervención de apoyo normal a las familias de los niños con discapacidades

Brindar herramientas y bases pedagógicas tanto a las familias como a las personas en situación de discapacidad sobre cómo prevenir y a dónde acudir en caso de vulnerabilidad de los derechos del menor discapacitado.

**Tabla 7. Recursos utilizados en el proceso de intervención**

	Unidad de medida	Cantidad	Valor	Subtotal	Total
<b>1. MATERIALES</b>					
<b>1.1 Gastos de elaboración</b>					
Papelería y suministros	GI	1	80.000	80.000	
Material bibliográfico	GI	0	50.000	0	
Equipo de cómputo	Hora equipo	0	2.500	0	
Subtotal 1.1				80.000	80.000
<b>1.2 Gastos de presentación</b>					
Papelería y suministros	GI	2	50.000	100.000	
Equipo audiovisuales	Hora equipo	5	10.000	50.000	
Equipo de cómputo	Hora equipo	5	2.500	12.500	
Subtotal 1.2				162.500	162.500
<b>TOTAL MATERIALES</b>					<b>242.500</b>
<b>2. RECURSO HUMANO</b>					
<b>2.1 Investigadores (6)</b>					
Martha Márquez	T.S. en prácticas	1	25.000	25.000	
Teresa Guerrero DADIS	Enfermera	1	25.000	25.000	
Abelardo Pérez E.S.E. C/gena	Médico	1	25.000	25.000	
Claudia Narváez E.S.E. C/gena	Odontólogo	1	25.000	25.000	
Helena Durán FUNDEDISC	Coordinadora	1	25.000	25.000	
Yenni Madero FUNDEDISC	Coordinadora	1	25.000	25.000	
u. Rafael Núñez, Prácticantes	Estudiantes	1	25.000	25.000	
Estudiantes	Hora hombre	1	25.000	25.000	
Subtotal 2.1				200.000	200.000
<b>2.2 Asesoría interna</b>					
Asesor metodológico (1)	Hora hombre	0	0	0	
Subtotal 2.2				0	0
<b>2.3 Asesoría externa</b>					
Asesoría especializada	Hora hombre			0	
Diseño gráfico y audiovisual presentación	Hora hombre	0	16.500	0	
Subtotal 2.3				0	0
<b>TOTAL RECURSO HUMANO</b>					<b>200.000</b>
<b>3. GASTOS GENERALES</b>					
Servicios públicos	GI	0	30.000	0	
Investigación en la Web	Hora en línea	40	400	16.000	
Gastos de alimentación	GI	10	3.000	30.000	
Transportes	GI	10	1.500	15.000	
Otros gastos	GI	1	100.000	100.000	
Subtotal 3				161.000	161.000
<b>TOTAL GASTOS GENERALES</b>					<b>161.000</b>
<b>TOTAL GASTOS DEL PROYECTO</b>					<b>603.500</b>

Fuente: la autora

**Tabla 8. Cronograma de actividades de investigación 2007/2009**

Actividad	MESES											
	Ago	Sep	Oct	Nov	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Receso	Ago
	2007				2008						2008-II/09	2010
Reconocimiento Institucional												
Diagnóstico Institucional												
Formulación de la propuesta de intervención social												
Recolección de información												
Ejecución del proyecto												
Evaluación y seguimiento												
Procesamiento de datos y análisis de los mismos												

**Nota: el semestre II de 2008 y el año 2009 significaron un receso por motivo laboral para la autora**

Fuente: la autora

**Tabla 9. Plan operativo y actividades**

LUGAR	ACTIVIDAD	FECHA	OBJETIVOS	RESPONSABLES	LOGROS
	1° encuentro formativo promoción y sensibilización	Mayo 9/08	Mostrar el proyecto en la comunidad y sensibilizar acerca de los factores de riesgo a los que están expuestos los niños(as) discapacitados	Trabajadora social En practicas  Equipo de trabajo Fundación Fundedisc	La motivación de los padres hacia el programa y el planteamiento de las actividades que incluyen a la población discapacitada
	2° encuentro taller sobre discapacidad	Mayo 16/08	Enseñar sobre la discapacidad, los momentos en se puede presentar y los tipos que existen	Trabajadora social En practicas	Se creo conciencia de que todos somos hechos a imagen y semejanza de Dios y que ser discapacitado no constituye ningún castigo divino. (tomado de la Biblia)
	3° encuentro factores de riesgo de la discapacidad	Mayo 23/08	Identificar los factores de riesgo a través de la técnica lluvia de ideas	Trabajadora social En practicas  (Colegio Comfamiliar)	Con la técnica lluvia de ideas se lograron identificar y jerarquizar los factores de riesgo mas relevantes de la comunidad
	4° encuentro taller de derechos derecho de supervivencia	Mayo 30/08	Hacer que los padres reflexionen acerca del mundo real y en que vivimos y como se proyectan en el futuro	Trabajadora social En practicas  (ESE Hospital Cartagena)	Se logro la participación de los padres con sus hijos(as) en el desarrollo de la actividad

	5° encuentro salud comunitaria	Junio 5/08	Valorar la salud física del discapacitado a través de campañas de salud	(DADIS)	
	6° encuentro taller cada chico es un ser especial y diferente	Junio 13/08	Educar a los padre sobre la importancia de aprender con los niños(as) discapacitados abriéndoles un mundo mejor y ayudándoles a salir adelante		
	7° encuentro promoción y prevención de los factores de riesgo psicosociales	Junio 20/08	Fortalecer las alternativas de solución para la prevención de los factores de riesgo psicosociales a través de la intervención social		
	8° encuentro taller de derechos derecho de participación	Junio 27/08	Concienciar a los padres de familia de la importancia de escuchar a sus hijos(as), de reconocer sus opiniones e intereses para poder orientar su camino		
	9° encuentro jornada deportiva	Julio 4/08	Integrar a la familia, la comunidad con el menor discapacitado a través de eventos que promuevan un estilo de vida saludable		
	10° encuentro taller de abuso sexual	Julio 8/08	Realizar un foro de abuso sexual en la comunidad como uno de los principales factores de riesgo a los que están expuestos los niños(as) discapacitados		
	11° encuentro taller la importancia de jugar y nuestro tiempo	Julio 11/08	Mostrar a las familias la importancia de aprovechar y tener espacios lúdicos para compartir con sus hijos(as)		
	12° encuentro taller de derechos derecho de desarrollo	Julio 18/08	Lograr profundizar y explorar nuevas formas de difundir el mensaje, priorizar la defensa de los derechos de la niñez con base en la responsabilidad civil, el Estado y la Familia.		
	13° encuentro como aprovechar el tiempo de su hijo(a) en casa	Julio 22/08	Orientar a las familias sobre el uso adecuado y aprovechamiento del tiempo libre de su hijo discapacitado en casa		
	14° encuentro integración familiar	Julio 25/08	Fortalecer lazos familiares con actividades dirigidas especialmente a las familias		
	15° encuentro taller ley de infancia y adolescencia	Julio 29/08	Desarrollar un taller que oriente sobre las políticas que rigen y protegen los derechos de los niños(as)		

	16° encuentro taller el equilibrio entre disciplina y amor	Agosto 1/08	Orientar a los padres sobre la importancia de establecer diferencias entre la discapacidad y el amor hacia sus hijos(as) discapacitados para una mejor educación.		
	17° encuentro exposición artística de derechos marcha por los derechos	Agosto 5/08	Dar a conocer los trabajos artísticos desarrollados en los talleres por los padres y niños discapacitados y realizar una marcha por los derechos en la comunidad.		
	18° encuentro creación de una red contra el maltrato y violación de los derechos del menor discapacitado	Agosto 15/08	creación de una red comunitaria contra el maltrato a niños(as) en situación de discapacidad y dar bases para la organización y programación de la misma		
	19° encuentro clausura del proyecto	Agosto 19/08	Evaluar cada uno de los objetivos propuestos en el proyecto con la comunidad y los padres de familia; destacar logros alcanzados.		
Fundación el Rosario	Socialización del proceso de practicas de año social	Agosto 22/08	Socializar el proceso de prácticas de año social en la institución, recibir sugerencias para la vida profesional, laboral y personal del trabajador social.	Trabajadora social en practicas	

Fuente: la autora

## BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ, Natalia y Montoya, Carlos Mario. Discapacidad y derecho. Litografía el progreso. 2ª edición 2003. Medellín, 2003.

ANDER Egg, Ezequiel y Aguilar Idañez, María José. Diagnóstico social, conceptos y metodologías. Colección política, servicios y trabajo social. Editorial lumen. Mayo México, 1994.

ASCOPAR Asociación Colombiana para el desarrollo de personas con discapacidad. 1999. Disponible en: [www. sociedadparatodos.net](http://www.sociedadparatodos.net).

AYLWIN, Nydia y Solar, M<sup>a</sup> Olga solar. Trabajo social familiar. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2002.

AYLWIN, Nydia. El análisis de las políticas sociales desde una perspectiva familiar. Políticas de la familia, Madrid. Universidad de comillas. 1993.

BELSKY, J. Child maltreatment: An ecological approach. American Psychology, 35, 1980, pp. 320-335.

BLANCO E., Pérez. Discapacidad, Rehabilitación y sociedad actual.

Declaración de Cartagena de Indias para las personas con discapacidad en el área iberoamericana. 1992

DISNNET Red digital de noticias - Agencia de prensa, red colombiana de comunicación y periodismo para la inclusión social, la NO discriminación y la equidad informativa.

DUNN, Judy. Estrés y cambio en las familias, en entorno familiar y social, 2001.

ERÓLES, Carlos. Familia y trabajo social, un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional. 2ª edición, editorial espacio. Buenos aires. 2001.

FONADIS. Política Nacional para la integración social de las personas con discapacidad. [www.fonadis.cl](http://www.fonadis.cl). Disponible en: [www. inclusioneducativa.cl/ documentos1](http://www.inclusioneducativa.cl/documentos1) e [www.inclusioneducativa.cl/documentos2](http://www.inclusioneducativa.cl/documentos2)

GARAY Espacio L. Repensando a Colombia hacia un nuevo contrato social. PNUD - ACCI. Bogotá, 2002

GARGARELLA R. Las teorías de justicia después de Rawls. Un breve manual de filosofía política. Paidós. Barcelona, 1996

HANN, A. Exclusión social en la política y la investigación: operacionalización del concepto. En: Por esa desigualdad. Reflexiones conceptuales y de medición. Ed. Universidad Nacional de Colombia, 1999, pp. 24-28.

JARAMILLO Cárdenas, Liliana. ICBF III - Simposio Nacional de Vivencias y Gestión en recreación. Vicepresidencia de la República/Coldeportes/FUNLIBRE. Bogotá, Julio 31 a agosto 2 de 2003

LEY 361 de febrero de 1997, que establece mecanismos e integración social a las personas con limitación en Colombia

MEJIA O. Conferencia "Justicia y discapacidad". Maestría en discapacidad e inclusión social. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2003

OLIVAN Gonzalvo, Gonzalo. Proyecto Daphne infancia, discapacidad y violencia. Facilitar el desarrollo de estrategias de prevención.

ONU. Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Naciones Unidas, 1994.

ONU. Organización de Naciones Unidas. [www.webdelamujer.com/03asesorias/07discapacidad/01info/01/01.htm](http://www.webdelamujer.com/03asesorias/07discapacidad/01info/01/01.htm),

OMS. Organización Mundial de la Salud, en [www.info-handicap.lu/freedom/glossasp.html](http://www.info-handicap.lu/freedom/glossasp.html),

OMS. Versión beta de CIDDM-2, en <http://www.who.ch/icidadh>,

PALACIOS, Jesús, et. al. Malos tratos a los niños en la familia, e María José, Rodrigo y Jesús palacios (coord.), 2001

RAWLS J. Teoría de la justicia. 2ª edición. México. F.C .E., 2002

R I C H M O N D , M a r y . S o c i a l  
D i a g n o s i s . R u s e l l S a g e  
F o u n d a t i o n . N e w Y o r k .

SAVE THE CHILDREN. Los niños y niñas con discapacidad y el abuso sexual. Estudio exploratorio, Suecia.

SEN, Amartya. Discapacidad y bienestar, 1996.

TORTOSA, L.; García Molina, C.; Page, A.; Perreras, A. Ergonomía y discapacidad. Instituto de biomecánica de valencia (IBV), Valencia. [Wikipedia.org/wiki/discapacidad](https://es.wikipedia.org/wiki/Discapacidad). 2008

VARGAS de Roa, Rosa Margarita. Trabajo social en el contexto latinoamericano: perspectivas y retos. Universidad de la Salle.

## Anexo A. Formato de encuesta

### ENCUESTA

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DISCAPACIDAD EN NIÑOS(AS) DEL BARRIO SAN JOSÉ DE LOS CAMPANOS DE LA CIUDAD DE CARTAGENA AÑO 2008

OBJETIVO: conocer los estados vulnerables y los factores de riesgo a los que están expuestos los niños (a) en situación de discapacidad en el medio familiar

1. Fecha \_\_\_\_\_ hora \_\_\_\_\_ sector \_\_\_\_\_
2. Edad \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_ parentesco \_\_\_\_\_
3. Procedencia \_\_\_\_\_ Objetivo de la visita \_\_\_\_\_

No.	Edad	Sexo	Parentesco	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Nivel educativo

4. Tipología familiar \_\_\_\_\_  
Tiene su control de vacunas \_\_\_\_\_
5. Otras enfermedades \_\_\_\_\_
6. Sabe Ud. Si su hijo (a) ha sido víctima de maltrato verbal, físico o sexual \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ por parte de quien \_\_\_\_\_
7. Ha notado cambios en el comportamiento de su hijo (a), positivos o negativos \_\_\_\_\_ Cuáles ¿ \_\_\_\_\_
8. ¿ Está en alguna escuela de educación especial? \_\_\_\_\_
9. Tipo de vivienda \_\_\_\_\_ propia \_\_\_\_\_ alquilada \_\_\_\_\_
10. ¿ Con quién pasa su hijo (a) la mayor parte del tiempo? \_\_\_\_\_
11. Lugar que ocupa en la familia \_\_\_\_\_
12. Tipo de problemáticas familiares \_\_\_\_\_
13. Sugerencias \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Anexo C. Formato de Control de asistencia**

ASISTENCIA  
REUNIÓN DE PADRES DE FAMILIA  
FECHA \_\_\_\_\_  
HORA \_\_\_\_\_

No.	Nombre	Nombre de Niño (a)	Dirección y teléfono
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			

### Anexo D. Formato de Registro Vacunación

Institución \_\_\_\_\_  
 Seccional \_\_\_\_\_  
 Localidad o barrio \_\_\_\_\_

No.	Dirección de la vivienda	Nombre del vacunado	Institución a que está afiliado	Régimen	Vacuna (*)		
					1	2	3
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							

(\*) Penta, Antipolio, D.P.T., B.C.G., Hepatitis B, Antiamarílica, T.D., Antisarampión - Rubeola

