



De la psiquiatrización a la Discapacidad Psicosocial. Comprensiones de maestras de Educación Especial para pensar, sentir y acompañar pedagógicamente

Brenda Estrada Velásquez
Yhina Alexandra Ospina Cartagena

Trabajo de grado presentado para optar al título de Licenciadas en Educación Especial

Asesora Mariela Rodríguez Arango
Doctoranda en Ciencias Sociales

Universidad de Antioquia
Facultad de Educación
Departamento de Educación Infantil

Licenciatura en Educación Especial
Medellín, Antioquia, Colombia
Mayo 30 de 2023

Cita

Referencia Estrada Velásquez, B. & Ospina Cartagena, Y. 2023. De la psiquiatrización a la Discapacidad Psicosocial. Comprensiones de maestras de Educación Especial para pensar, sentir y acompañar pedagógicamente. [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.



Centro de Investigaciones Educativas y Pedagógicas (CIEP).



Centro de Documentación Educación

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano/Director: Wilson Bolívar Buriticá.

Jefe departamento: Maribel Barreto Mesa.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

Agradecemos a todas las personas que nos impulsaron a finalizar este proceso, principalmente a nuestra Maestra y asesora Mariela; fue difícil expresar nuestros sentimientos, pensamientos y escribir desde el encuentro de emociones racionalmente, también a las niñas, niños, adolescentes y adultos del CPI Casa 2 ESE Hospital Mental de Antioquia - HOMO -, quienes nos permitieron conocerles, escucharles, aprender de ellos y ellas y compartirles algo de nosotras como personas y profesionales.

También queremos reconocer que, por ellas y ellos, logramos adquirir como maestras, una perspectiva y conocimiento de su realidad, y ver en cada uno y cada una de ellas, una necesidad radical de cambio, de pensar nuevas formas, ya que, a pesar de presentarse una condición diferente, tienen en común la esperanza de que algo mejor puede llegarles y darles un giro en su forma de vida y de ver el mundo.

A estos “hijos e hijas del estado”, que ahora son “hijos e hijas de nadie”, quisiéramos darles un infinito agradecimiento, algunos y algunas, hoy están habitando nuevamente la calle y en este lugar no lograron encontrar un acompañamiento que les permitiera saciar sus necesidades y hacer valer sus derechos.

Tabla de contenido

Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
1 Planteamiento del problema	10
2 Objetivos	20
3 Marco teórico	21
4 Diseño metodológico	31
4.1 Técnicas e instrumentos de recolección.	33
4.1.2 Observación y círculo hermenéutico de Van Manen	33
4.1.3 Plan de análisis de la información: círculo hermenéutico de Van Manen	35
5 Consideraciones éticas	38
6 Resultados	40
6.1 Recuperar la memoria del proceso	40
6.1.1 El comienzo de la experiencia	40
6.1.2 Cómo acompañamos	54
6.2 Recompensas del camino	62
6.3 ¿Qué y cómo se enseña?	74
6.4 El encierro del ser	79
7 Conclusiones	90
8 Discusión	93
9 Recomendaciones	94
Referencias	96
Anexos	102

Lista de figuras

Figura 1 Logo Hospital Mental de Antioquia

Figura 2 Imagen Orgullo Loco España

Figura 3 Imagen zona común del Hospital Mental de Antioquia

Figura 4 Pasillo Hospital Mental de Antioquia

Figura 5 Ubicación geográfica de Bello

Figura 6 Ubicación geográfica Hospital Mental de Antioquia

Figura 7 Porcentajes de la Población con Discapacidad Psicosocial

Figura 8 Imagen Orgullo Loco España

Figura 9 Cronograma evaluación psicopedagógica

Figura 10 Cronograma de capacitación a profesionales

Figura 11 Página Web: Conozcamos la Discapacidad Psicosocial

Figura 12 Imagen aula del CUVIC en el Hospital Mental de Antioquia

Figura 13 Imagen aula múltiple del CUVIC en el Hospital Mental de Antioquia

Figura 14 Imagen aula del CUVIC en el Hospital Mental de Antioquia

Siglas, acrónimos y abreviaturas

CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CPI	Centro de protección integral
CUVIC	Colegio Universidad Virtual de Colombia
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DI	Discapacidad Intelectual
DPs	Discapacidad Psicosocial
Dx	Diagnóstico
EE	Educación Especial
HOMO	Hospital Mental de Antioquia
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IMGVV	Institución Maestro Guillermo Vélez Vélez
INC	Instituto Neurológico de Colombia
INDER	Instituto de Deportes y Recreación
MinSalud	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RM	Retraso Mental
SPA	Sustancias Psicoactivas
TC	Trastorno de la conducta
UAI	Unidad de Atención Integral
UdeA	Universidad de Antioquia

Resumen

El presente proyecto de investigación surge bajo la necesidad y el interés por una transición de la psiquiatrización a la Discapacidad Psicosocial (DPs), comprendiendo porqué se dan aún algunos de los procesos de psiquiatrización y como estos permiten evidenciar las dificultades a nivel pedagógico, teniendo en cuenta las experiencias de los niños, niñas, adolescentes y adultos con DPs en el Hospital Mental de Antioquia (HOMO) dentro del Centro de Protección Integral (CPI) - casa 2, un contexto de donde se encuentran personas entre los 11 y 46 años, en procesos de "restitución de derechos" y algunas en "medida de adoptabilidad" según la denominación de políticas estatales. Esta investigación, se desarrolla teniendo en cuenta las concepciones y comprensiones de la DPs y analizando procesos llevados a cabo en la institución, desde un enfoque cualitativo que nos permita conocer las realidades por medio de la observación directa, la entrevista en fenomenología y las técnicas de recolección de información desde la investigación educativa de Max Van Manen.

Como hallazgo principal, está la ausencia de la pedagogía y la necesidad de estrategias educativas dentro de este contexto, que permitan un acompañamiento integral cumpliendo con las necesidades de cada una de las personas que allí se encuentran. Por otro lado, en las comprensiones como maestras de Educación Especial (EE), primordialmente se encuentra la evidente necesidad de escucha, de fomentar espacios de aprendizaje y convivencia, la constante búsqueda de libertad, la influencia que presenta la labor como EE en el accionar con cada persona del programa y el reconocimiento de su individualidad. La enseñanza del autocuidado y el cuidado del otro, encaminando el proyecto de vida teniendo en cuenta la perspectiva de cada ser a pesar de estar en los escenarios del encierro; indagar sobre sus capacidades, sueños, conocimientos y construir desde la comprensión y el entendimiento tanto individual como colectivo para pensar, repensar y construir nuevas perspectivas y propuestas pedagógicas en el marco de la Educación Especial.

Palabras clave: Discapacidad Psicosocial, Educación Especial, acompañamiento pedagógico, Psiquiatrización.

Abstract

The present research project arises from the need and interest in a transition from psychiatrization to Psychosocial Disability (PDs), understanding why some of the psychiatrization processes still occur and how these allow the difficulties to be demonstrated at a pedagogical level, taking into account tells the experiences of boys, girls, adolescents and adults with PDs at the Antioquia Mental Hospital (HOMO) within the Comprehensive Protection Center (CPI) - house 2, a context where people between 11 and 46 years old are found, in processes of "restitution of rights" and some in "measure of adoptability" according to the name of state policies. This research is developed taking into account the conceptions and understandings of PDs and analyzing processes carried out in the institution, from a qualitative approach that allows us to know the realities through direct observation, the phenomenology interview and the techniques of collection of information from the educational research of Max Van Manen.

The main finding is the absence of pedagogy and the need for educational strategies within this context, which allow comprehensive support that meets the needs of each of the people found there. On the other hand, in the understandings as Special Education (EE) teachers, there is primarily the evident need to listen, to promote spaces for learning and coexistence, the constant search for freedom, the influence that work as EE presents in the actions with each person in the program and the recognition of their individuality. The teaching of self-care and care of others, directing the life project taking into account the perspective of each being despite being in confinement scenarios; investigate their abilities, dreams, knowledge and build from individual and collective understanding and understanding to think, rethink and build new perspectives and pedagogical proposals within the framework of Special Education.

Keywords: Psychosocial disability, Special education, pedagogical accompaniment, psychiatric practices.

Introducción

Nuestro proyecto de investigación surge desde una perspectiva social y pedagógica, ante la necesidad de abordar problemáticas, interrogantes, reflexiones, retos y proyecciones sobre el saber y el hacer de maestras de Educación Especial y en general, el acompañamiento pedagógico para niños, niñas, adolescentes y adultos con DPs en el contexto clínico-psiquiátrico del HOMO dentro del CPI casa 2, esto, principalmente desde una observación directa del diario vivir de las personas que allí se encuentran y del acompañamiento que se les da desde los profesionales de la salud y la educación.

La DPs en diálogo con la Educación Especial, implica asumir una visión interdisciplinar entre la salud mental, las discapacidades asociadas a trastornos, enfermedad mental y la pedagogía, increpando cuestiones como la formación de maestros y maestras, y las relaciones con los derechos de las personas con discapacidad, en el marco de la restitución de derechos, la inclusión educativa, social, y las prácticas pedagógicas mismas. Este encuentro y diálogo de saberes, pone en evidencia múltiples tensiones y al tiempo, oportunidades sobre las fronteras disciplinares e interdisciplinares, ofrece como potencia el reconocimiento de la DPs, en el entendido de que: “las personas con enfermedades mentales” ahora son personas con Discapacidad mental DM o DPs, cuyas características, manifestaciones y requerimientos son distintos de los otros tipos de discapacidad” (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad -CDPD- 2006 Preámbulo, inciso j).

Este texto se encuentra organizado en la primera parte con las bases teóricas y el problema desde el que decidimos trabajar, la segunda parte habla de la metodología que se lleva a cabo, las herramientas de recolección de información y análisis de la misma y los principios éticos que tenemos en cuenta para recibir las experiencias de vida de las personas; como tercera parte se encuentran los resultados que se enuncian desde el inicio de la experiencia, lo que fue el acompañamiento, la observación, y, lo que se realiza y analiza desde la parte pedagógica en relación a las prácticas observadas. Por último, se dan conclusiones, recomendaciones y discusiones en torno a la necesidad de un acompañamiento integral que permita la creación de estrategias en cuanto a las relaciones pedagógicas dentro del contexto.

1. Planteamiento del problema

En un panorama global, los significantes, significados y concepciones médico-psiquiátricas en torno a la salud y la enfermedad mental, han presentado transformaciones sociales y políticas, que no obstante, no se han expresado en el campo educativo, poniendo al descubierto las necesidades y particularidades de la población con *enfermedades mentales* y con *discapacidad psicosocial*, (como se aborda y analiza más adelante, desde el punto de vista de derechos y en educación) frente a una sociedad con poca claridad y conocimiento sobre el tema, pero además, con una fuerte construcción y carga socio-cultural basada en la estigmatización, el prejuicio y la discriminación, respecto a todas las personas, experiencias y situaciones relacionadas con lo que hoy se denomina como DP desde la CDPD y la salud mental, correspondiendo con la ausencia de una visión y atención integral sobre el bienestar y la calidad de vida de estas personas, desde diferentes actores sociales, educativos y gubernamentales, generando diversas barreras para el reconocimiento y goce efectivo de derechos.

Las enfermedades mentales, también llamadas trastornos mentales, hacen referencia a una “alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”, lo anterior, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM V, 2013, p. 5). Se expresan en diferentes contextos (familiares, sociales, educativos, laborales) sintomatologías, comportamientos, modos de ser y actuar, que no son suficientemente comprendidas o que lo son de maneras erróneas al tornarse en señalamientos y exclusiones hacia las personas. Algunos de los trastornos/enfermedades mentales más reconocidas a nivel mundial, han sido la depresión, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, ansiedad, demencia, trastornos por abuso de sustancias (Organización Mundial de la Salud, OMS 2019). En el contexto específico del HOMO observamos que predominan más diagnósticos (Dx) como Retraso Mental (RM), Trastorno de la Conducta (TC), Trastorno de los hábitos y los impulsos; todos estos en generalmente permeados por fenómenos sociales estigmatizantes, discriminatorios, vulnerantes y de violación a los derechos fundamentales, especialmente en el campo de la salud, la educación, la inclusión

familiar, laboral y social, con repercusiones a nivel económico y político, para el bienestar psicológico, o sea para la misma salud mental.

Otras causales que no se consideraron son los aspectos relacionados con condiciones socioeconómicas, en muchos casos multidimensional o simultaneidad de múltiples carencias experimentadas por las personas y que incumben especialmente pobreza, vivienda, alimentación, salud, educación, a las cuales se agregan situaciones múltiples de violencia social, familiar, sexual, de género, consumo de sustancias psicoactivas, conflicto armado y desplazamiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013, p. 8) las enfermedades mentales, pueden costar un 13% de la carga mundial de morbilidad según datos estadísticos de 2004. Por sí sola, la depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (11% del total mundial de años vividos con discapacidad). Se encuentra una problemática común relacionada con deficiencias en la atención e identificación de enfermedades/trastornos mentales: “En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: 35% y 50%.” (OMS. Plan de Acción para la salud mental 2013-2020, p.9).

Movimientos sociales y grupos e individualidades de activismo político por la salud mental en Latinoamérica, especialmente en Chile, concuerdan en que “no era depresión, era capitalismo” y que “La concentración de la riqueza, las desigualdades sociales, la privatización de servicios públicos y la precarización de la vida en general, puede ser causante de diversas formas de sufrimiento psíquico (ansiedades, angustias, depresiones, estrés, VIF, etc.). [...] las causas del padecimiento (en su lenguaje, los “trastornos” mentales/psicológicos) siempre serán atribuidas al sujeto y nunca al sistema. Se entiende la subjetividad en términos intrapsíquicos, desconectada de lo social y lo político, panorama relacionado igualmente, a la escasez de políticas integrales, educación y comprensión frente a la población y sus necesidades de apoyo desde el punto de vista de las discapacidades psicosociales derivadas.

En Colombia es la misma realidad, y las cifras han aumentado sustancialmente en los últimos 10 años. Según Encuesta Nacional de Salud Mental (2015, Ministerio de Salud y

Protección Social) la DP es la segunda discapacidad más frecuente, siendo responsable del 21% de la carga global de años saludables perdidos (ONG Fundación Saldarriaga Concha, 2018). El Ministerio de Salud (MinSalud, 2018) anuncia que en “2015 en Colombia se atendieron 4 personas con trastornos mentales y del comportamiento, por cada 100 que consultaron a los servicios de salud, proporción viene creciendo año tras año desde 2009”. (p. 11) En Antioquia, según las cifras de *Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social, 2015*, el nivel educativo es bajo, solo el 63,3% de la población con discapacidad asiste a establecimientos educativos, 35,2% no saben leer ni escribir, 45% aprobaron la primaria y sólo el 2,8% accedió a una educación secundaria o profesional (p. 25-27). “Esta situación podría relacionarse con que las instituciones educativas no son aptas para la inclusión de este tipo de población, quienes presentan necesidades pedagógicas especiales” (p. 27). Es alarmante el aumento del porcentaje poblacional con discapacidad atendido por trastornos mentales y del comportamiento. En Medellín, en el año 2009, de 23.448 personas atendidas, 2.528 corresponden a personas con discapacidad asociada a un trastorno mental y de comportamiento (10,78%) mientras que, en 2018 de 55.367 personas atendidas, 14,275 (25,78%) corresponden a personas con discapacidad asociada a un trastorno mental y de comportamiento. (Observatorio Nacional de Salud Mental, 2018). El aumento poblacional con signos de alarma se debe igualmente a un déficit administrativo en políticas, programas, profesionales y prestadores de servicio que se han declarado de carácter privado, ocasionando poco cubrimiento a las poblaciones menos favorecidas.

A nivel general y para el contexto colombiano, la concepción de DPs o *discapacidad mental* (como se nomina en nuestra legislación y por lo que se hace necesario también mencionarlo) ha tenido poca evolución por falta de acceso a la información y comprensión de las situaciones discapacitantes en diferentes entornos, con miradas tradicionales que apuntan a “un modelo mucho más ligado a la tradición médica de la psiquiatría clásica” Agrest, M. 2018. (p. 342). Lo anterior causa revuelo no sólo en los colectivos de personas que no se ven identificadas con el enfoque psiquiátrico, psicofarmacológico y de internamientos, sino, en las familias y profesionales ubicados en áreas distintas de la salud o de perspectivas que abogan por abordajes más sociales, educativos y comunitarios, buscando una atención desde un enfoque biopsicosocial que analice y tenga presente la multidimensionalidad de la vida de las personas

y posibilitar procesos de inclusión, igualdad de oportunidades y participación en la vida social en general.

En este sentido, encontramos la necesidad de contribuir a un cambio de visión no centrada en la enfermedad mental, sino hacia la comprensión de la DPs, las necesidades y barreras educativas y el derecho a la educación, dando lugar a los procesos de acompañamiento pedagógico desde la Educación Especial.

Para ello, es necesario precisar que la categoría de trastorno mental se refiere a enfermedades mentales tipificadas desde la psiquiatría y el campo de la salud. Según políticas y proyecciones educativas en Colombia (Documento de Orientaciones Técnicas, Administrativas y Pedagógicas para la atención educativa a estudiantes con discapacidad en el marco de la educación inclusiva, Ministerio de Educación Nacional, MEN) DPs es concebida como “dificultades para desarrollar actividades de la vida cotidiana y, en particular, para manejar y controlar eventos que suponen altos niveles de estrés, regulación de emociones o interacción y socialización con otros” (2017 p. 161). En el caso de niños, niñas, adolescentes y adultos, puede confundirse, pero también estar asociada a discapacidades intelectuales y del desarrollo, según los *trastornos del neurodesarrollo* como se nominan desde el DSM-V (Discapacidades intelectuales, Trastorno del Espectro del Autismo-TEA-, Trastornos de la comunicación, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad- TDAH-, Trastorno específico del aprendizaje, Trastornos motores, Trastorno de la Tourette, Trastorno de tics motores o vocales persistente. También puede suceder que no exista ningún conocimiento de esta, producto de la escasa información disponible, poca sensibilización y falta de capacitación sobre el tema; por lo tanto, no se asocia como una derivación del estigma y la exclusión que acarrea el trastorno mental.

La noción y comprensión como DPs reta a pensar y asumir, que aun estando presentes los trastornos mentales, se trata de reconocer las limitaciones psicológicas y sociales de las personas con dichas condiciones de salud mental, como también las barreras existentes en todos los órdenes, que estas requieren apoyo, acompañamiento, una concepción y abordaje integral. Allí está la diferencia entre enfermedad mental y discapacidad, si se entiende esta

última como un entramado de relaciones entre factores personales y sociales. De cualquier forma, evitando transitar a una condición de discapacidad que lleve a situaciones de vulneración, limitación y/o barreras sociales y educativas, para posibilitar el reconocimiento de las particularidades y necesidades específicas de la población, teniendo presente su situación familiar, económica, cultural, educativa y social, como también intrasubjetiva.

Para el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) 2010, en Colombia, el acompañamiento integral aún con presencia mayoritaria del campo de la salud, presta servicios privatizados a un alto costo de accesibilidad económica con profesionales y/o especialistas desde disciplinas como la Fonoaudiología, Medicina, Psiquiatría, Psicología y medicación, sin embargo, la presencia de disciplinas sociales y humanas, como Educación, tiene poca participación en términos de atención para la población con DPs, el rol educativo es una figura difícilmente visible para que profesionales de la Pedagogía y/o Educación Especial, hagan parte de la atención, servicios, reconocimiento integral y multidisciplinar de derechos, como se puede evidenciar en contextos como el HOMO.

Pretendemos con esta investigación, abordar otro panorama de atención a las personas con DPs, con un enfoque social donde no solo predomine el modelo de atención psiquiátrica, médica, psicofarmacológica, sino que pueda darse paso a modelos pedagógicos, educativos, de acompañamiento integral e inclusivos que posibiliten conocimientos desde una perspectiva socioeducativa, tanto para los profesionales relacionados al campo de la educación como para las personas y los entornos cercanos de la población con esta discapacidad.

El interés problémico surge de análisis en materia de DPs en el contexto Colombiano, desde el ámbito educativo-pedagógico, la falta de formación de maestros y maestras en la atención a la población, pues en nuestro país solo cuatro universidades cuentan con Licenciatura en Educación Especial (Universidad Pedagógica Nacional, Universidad del Atlántico, Los Libertadores Fundación Universitaria y la Universidad de Antioquia) y ninguna de estas en su pensum, contempla por lo menos una asignatura sobre DPs, para el reconocimiento de sus roles frente a programas de acompañamiento pedagógico dentro de las instituciones educativas con modelos de educación inclusiva y en diferentes escenarios de educación no formal como lo es

el clínico psiquiátrico donde se realiza este proyecto. Cabe mencionar que recientemente, 2019, nuestra Licenciatura en su versión 03 del plan de estudios, ha contemplado una asignatura *electiva* denominada “Educación y discapacidad psicosocial”, siendo aún manifiesto el vacío educativo para su abordaje.

Otro ejemplo de la realidad educativa formal comprende que “Las personas con dificultades para relacionarse con los demás y con el entorno” (discapacidad psicosocial) que asisten a establecimientos educativos, según la Secretaría de Educación del municipio de Medellín, se ubican en una prevalencia del 114,381 dentro del carácter público: por nivel educativo, menor de 3 años 798, preescolar 2579, primaria 32,911; y en acompañamiento psiquiátrico, menor de 3 años: 77, preescolar 498, primaria 4718 y de 5 a 14 años en acompañamiento psiquiátrico, 808. Estos datos, evidencian una aproximación a una realidad estadística, necesaria de profundizar en torno a realidades sociales y prácticas educativas.

Algunas posibles causas frente al aumento de DSP en niños, niñas, adolescentes y adultos son de orden biopsicosocial y deben ser abordadas desde procesos y estrategias integrales, para lo cual la educación es un derecho fundamental para contrarrestar las consecuencias hasta ahora identificadas. “La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), busca que cualquier legislación, política pública o intervención que aborde la problemática de las personas con discapacidad mental o psicosocial, empiece por reconocer, que el principal obstáculo para el ejercicio de derechos y la plena inclusión social de las personas con discapacidad no es la discapacidad en sí, sino las barreras en el entorno y en las actitudes con las que ésta interactúa”. Fernández 2010. (p. 13). Se hace necesario que aquellas barreras sean eliminadas con el fin de que las personas con DPs puedan ejercer y gozar plenamente sus derechos.

Nuestra investigación se plantea como pregunta orientadora ¿Qué comprensiones y acciones sociales, familiares, educativas y políticas son necesarias en el acompañamiento pedagógico e inclusivo de maestros y maestras en Educación Especial para niños, niñas, adolescentes y adultos con DPs? Para acercarnos a posibles respuestas, queremos indagar respecto a las dificultades, exclusiones, barreras y necesidades de acompañamiento que

enfrentan las personas con DPs en lo social y educativo. Esto lo llevaremos a cabo en el Hospital Mental de Antioquia (HOMO), específicamente en el programa CPI casa 2, el cual es implementado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y busca brindar protección especializada a niños, niñas, adolescentes y adultos con necesidades de protección y situación de vulnerabilidad. Podemos establecer la claridad de que en el entorno social se encuentran los mayores obstáculos para cualquier discapacidad, puesto que se evidencian prácticas como discriminación, estereotipos, prejuicios y creencias erróneas producto del desconocimiento social, docente y muchas veces familiar. Estos procesos excluyentes generan en la persona emociones negativas que deterioran su condición, su autoestima, su percepción de autoeficacia y ocasionan la aparición de sentimientos desalentadores, dando como resultado la agudización de la DPs. Asimismo, pretendemos analizar diferentes estrategias, procesos o alternativas pedagógicas que generan los docentes u otros profesionales para garantizar y responder de manera conjunta en integrar los diferentes apoyos con seguimientos que permitan acompañar en cuanto a efectos de la medicación, falta de atención, dificultad en la comprensión de conocimientos académicos, impulsividad, etc, llegando afectar el desempeño escolar y social.

El reto del cuidar el derecho a la educación, la necesidad de formación y capacitación a los educadores y a las familias para brindar la atención adecuada y una educación inclusiva, representa otra de las dificultades más significativas para los niños, niñas, adolescentes y adultos con DPs y sus familias, ya que estas dificultades se agudizan cuando se precisa realizar cambios, ya sea a nivel técnico, administrativo y/o pedagógico que obligan a replanteamientos, modificaciones y compromisos de mayor envergadura para beneficio de los estudiantes y demás integrantes de las comunidades educativas y especialmente para aquellos niños, niñas y adolescentes que no gozan del derecho humano fundamental a la educación, es decir, que se encuentran por fuera del sistema educativo o de cualquier propuesta educativa de carácter no formal o de educación para el trabajo y el desarrollo humano, como desafortunadamente ocurre en el caso del internamiento o institucionalización.

Cabe señalar la diferencia entre la educación pública y privada con relación al acceso institucional, en ambos contextos se recogen experiencias diversas, en las entidades públicas, aunque se garantiza de alguna manera el derecho a pertenecer a la institución, algunas veces se

limita la realización de adecuaciones para el apoyo de las necesidades educativas que se presentan en los y las estudiantes con DPs, a falta de recursos económicos, materiales y humanos, siendo las entidades privadas las más beneficiadas en materia de ajustes y apoyos necesarios para hacer efectiva la participación escolar. Sin embargo, es claro que no todos los estudiantes con DPs pueden acceder a educación privada y tampoco sería esta la finalidad ni la manera de asumir la problemática.

Como se ha expresado, nuestra investigación busca reconocer y comprender la DPs y su relación con la educación. Entendida ésta DPs, como una condición derivada de un antecedente de enfermedad o trastorno mental y la interacción del sujeto con el entorno, la cual se diferencia de otros tipos de discapacidades habitualmente conocidas (visuales, auditivas, motoras, intelectuales). Igualmente, conocer y comprender las concepciones, creencias, representaciones, conocimientos y prácticas sociales y educativas en las vivencias y experiencias de niños, niñas, adolescentes y adultos con DPs, como también de sus familias, compañeros y compañeras de clase y sus maestros y maestras, con la finalidad de contribuir a crear mejores condiciones de existencia, convivencia y de procesos educativos. Tomamos como una de las bases principales de nuestro proyecto, la CDPD (2008) que “reconoce el derecho a la educación, con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, asegurando un sistema de educación inclusivo a todos los niveles, así como la enseñanza a lo largo de la vida” (p. 18).

La atención educativa a la población con discapacidad se enmarca en los principios de la educación inclusiva: calidad, diversidad, pertinencia, participación, equidad e interculturalidad, establecidos por la Ley Estatutaria 1618 de 2013, sobre “disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”, en concordancia con las normas que hacen parte del bloque de constitucionalidad, así como en los fines de la educación previstos en la Ley General de Educación (Ley 115 de 1994. (pp.1, 2), los cuales establecen que se debe brindar un acompañamiento óptimo a todos los grupos y sectores, teniendo en cuenta a “personas con limitaciones físicas, sensoriales y psíquicas, con capacidades excepcionales, y a personas que requieran rehabilitación social” (Ley 115 de 1994. p. 1).

Asimismo, con base a lo mencionado anteriormente, es posible tener en cuenta que se han establecido diferentes elementos legales con los que se ha buscado fomentar y promocionar la salud mental en Colombia, como lo es la Ley 1616 de 2013 que tiene establecidas unas “acciones de promoción” que en cierta medida determinan y tienen en cuenta múltiples factores que van desde la inclusión social, la no discriminación, incluyendo también la seguridad alimentaria y otros más en los que se ve incluido todo el ciclo vital y el proceso formativo de los niños, niñas, adolescentes y adultos. También se hace importante que se establezcan procesos de “integración escolar” para las personas que tengan algún tipo de trastorno mental, por lo que se hace necesario mantener una formación óptima por parte del personal educativo para tratar dichas situaciones (Ley 1616 de 2013, pp. 5-10).

De igual forma consideramos que estamos respondiendo de manera pertinente a la diversidad de características, intereses, posibilidades y expectativas de niñas, niños, adolescentes y adultos como se define en Colombia en el Decreto 1421 de 2017 *por el cual se reglamenta en el marco de la educación inclusiva la atención educativa a la población con discapacidad*. En este mismo, la sección 2 en atención educativa a la población con discapacidad, dice el Artículo 2.3.3.5.2.1.1 *Objeto La presente sección reglamenta la ruta. El esquema y las condiciones para la atención educativa a la población con discapacidad en los niveles de preescolar, básica y media*. Cada institución deberá tener las medidas pertinentes para poder responder de manera adecuada a las necesidades que presentan los estudiantes con DPs, y se deberán hacer los ajustes razonables e institucionales necesarios.

Los ajustes razonables pueden ser materiales e inmateriales y su realización no depende de un diagnóstico médico de deficiencia, sino de las barreras visibles e invisibles que se puedan presentar e impedir un pleno goce del derecho a la educación. Son razonables cuando resultan pertinentes, eficaces, facilitan la participación, generan satisfacción y eliminan la exclusión (p. 4-5).

Considerando lo anterior, desde el campo de la Educación Especial, la Educación Inclusiva y los roles profesionales de estos maestros y maestras, es un reto y necesario llevar a cabo, estrategias y apoyos educativos que tengan en cuenta las necesidades de los estudiantes

con DPs. Finalmente, se encuentra significativo hacer visible la población mencionada, dentro del ámbito educativo, y que las miradas alrededor de esta permitan entrever las dinámicas en sus diferentes contextos con relación al conocimiento, capacitación y demás acciones favorables, en búsqueda del reconocimiento justo y equitativo, desde diversas formas de garantizar el derecho a la educación como se plantea en Naciones Unidas con la estrategia para la inclusión de la discapacidad.

Estas justificaciones¹ sociales, políticas y educativas, buscan ubicar algunos argumentos para sustentar la pertinencia del tema en la formación de maestros y maestras en Educación Especial, en la Facultad y en el ámbito educativo en general. No obstante, un poco más allá de la *razón instrumental*, el sentido y *razón sensible*, retomando a Maria Zambrano y a Maria Montessori, la propuesta busca, ante todo, poner la reflexión, la búsqueda y las posibilidades, en preguntas por la subjetividad y las relaciones intersubjetivas en el espacio escolar. Propone un recorrido desde la infancia psiquiatrizada- medicalizada y la DPs, hacia la diversidad psicosocial, siguiendo las concepciones de los colectivos latinoamericanos. Se trata de un camino que invita a pensar la comprensión del *sufrimiento psíquico* en la escuela, en los niños, niñas, adolescentes y adultos psiquiatrizados, las familias, los maestros y maestras. La propuesta quiere reconocer y comprender las formas como se juega el deseo de ser, la identidad, las relaciones y la convivencia. Desea aproximarse a las formas como se asumen estas identidades discapacitadas psicosocialmente en las instituciones educativas, y sus efectos en el aprender, enseñar, las trayectorias educativas y la experiencia educativa. La propuesta quiere sentipensar con la comunidad educativa, desde un horizonte que dialogue con la vivencia y la experiencia de la diversidad, y no desde el estudiante (Im) posible. Las interpelaciones y horizontes de posibilidad tienen que ver con la comprensión del constructo “discapacidad psicosocial” en la infancia y la adolescencia, *entendida, asumida, intervenida y vivida* como infancia difícil, conflictiva, problemática, medicalizada, psiquiatrizada, trastornada. Quizá -solo quizá- una mirada más humana, social y basada en el reconocimiento de derechos, se encuentre en el

¹ Tomado de postulación a la licenciatura en Educación Especial como asesora de práctica pedagógica. Semestre 2021-2 . Medellín eje temático: “Educación y discapacidad psicosocial”. Título: “Niños, niñas y adolescentes (im)posibles. De la infancia psiquiatrizada a la discapacidad psicosocial y a la diversidad psicosocial. Para sentir, pensar y acompañar pedagógicamente. Mariela Rodríguez Arango

concepto de DPs, pero con toda seguridad, una concepción pedagógica más hospitalaria, se encuentre en la comprensión de la diversidad psicosocial.

2 Objetivos

2.1 Objetivo general

Comprender los procesos de psiquiatrización, barreras sociales y educativas vivenciadas por niños, niñas, adolescentes y adultos con DPs en el Hospital Mental de Antioquia (HOMO) y los retos para el acompañamiento pedagógico y reconocimiento de sus derechos como aspectos sustantivos que configuran la inclusión familiar, social y educativa desde el quehacer educativo de maestros y maestras en Educación Especial.

2.2 Objetivos específicos

- Reconocer las concepciones y prácticas de psiquiatrización y su relación con las comprensiones de la DPs y sus implicaciones para el acompañamiento pedagógico integral.

- Analizar los procesos que se dan en la institución y el acompañamiento que se ha llevado a cabo desde los profesionales docentes y no docentes.

3 Marco teórico y conceptual

Para nuestro estado del arte o revisión de antecedentes, el cual se realiza con 5 integrantes más de la práctica pedagógica I semestre 2021-2 un rastreo nacional e internacional (Colombia, México, Costa Rica, Brasil, España, Paraguay, Chile y Uruguay) de aproximadamente 40 trabajos investigativos (artículos de investigación, trabajos de grado de pregrado y maestría,) que oscilan entre 2015 y 2021, desprendiendo los aportes necesarios para los diferentes problemas de investigación y desde los diversos campos de acción, como lo fue el HOMO en nuestro caso dándonos la oportunidad de analizarlo desde el punto de vista clínico/psiquiátrico, identificando las situaciones vinculadas a la formación y rol de maestros y maestras en la atención a la población, programas y servicios pedagógicos orientados a modelos inclusivos, dinámicas realizadas en educación formal y no formal, igualmente, políticas públicas para los derechos y la calidad educativa.

Dentro de este rastreo, pudimos encontrar y analizar diversas concepciones de la DPs, como lo fue en el caso de Trigueros, E. (2019) La Convención realiza una especificación de diferentes condiciones; al indicar que “las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales...” logrando visibilizar la discapacidad mental o psicosocial. En esta misma línea De Fuentes (2016), establece la existencia de la discapacidad mental como un tipo diferenciado dentro de la categoría jurídica de discapacidad, comprendiendo que la discapacidad mental es distinta a la intelectual. Por tanto, puede encontrarse en la literatura bajo terminologías tales como enfermedad mental, trastorno mental o incluso discapacidad psiquiátrica. p. 40

Precisando lo anterior es posible decir que, los aportes encontrados más relevantes para esta investigación indican que la DPs es una categoría actual de discapacidad, que en las producciones e investigaciones, predominan disciplinas de la salud, como medicina, psiquiatría y psicología demostrando la poca incidencia en perspectiva pedagógica y en

contextos educativos, exponiendo el desconocimiento común que se presenta a nivel social, causando situaciones de discriminación, exclusión educativa, deserción escolar y laboral, falta de apoyos a las familias y afectación personal del individuo. Se debe destacar que los autores realizan un reconocimiento significativo frente a las condiciones que vulneran e invisibilizan las personas que presentan esta condición, por ello, se mencionan términos como: la inclusión educativa y social, el conocimiento y participación de los y las profesionales afines como el y la educadora especial y las estrategias de intervención adecuadas en el acompañamiento, apoyo y ajuste a las necesidades o condiciones particulares.

Es notable la preocupación por fenómenos de medicalización y patologización principalmente, y aunque hay colectivos luchando por la reivindicación de sus derechos, muchos lo hacen desde el daño ya ocasionado en la infancia y adolescencia a través de los tratamientos psiquiátricos y el aislamiento social del que fueron víctimas en algunos casos hasta por años. Las luchas de estos colectivos al día de hoy también impactan la vida de los niños, adolescentes y adultos que apenas están iniciando sus procesos formativos.

Analizamos que parece haber algo en el comportamiento de los otros que nos perturba, molesta y que se debe intervenir y corregir. Estos comportamientos generalmente son más visibles en la infancia y en la etapa escolar, muchas veces son los maestros quienes hacen la primera detección y “evaluación” y determinan qué se debe intervenir desde el ámbito médico y psicológico. Quisiéramos decir que estas “remisiones” de los maestros, tienen fundamentos y que en todos los casos realmente pasa algo grave pero no es así, conductas infantiles tales como inquietud, falta de atención, dificultad de comprensión de conocimientos académicos, dormirse o impulsividad, son catalogadas en ciertas ocasiones como patologías. Teniendo en cuenta lo anterior, es en este momento donde el docente debe analizar hasta qué punto es una simple conducta infantil, y donde comienza a ser una característica de la DP. Como dice J. Pedro Núñez (2013) en la *“Medicalización” de la educación*: “Por tanto preguntas del tipo ¿Qué le pasa a mi alumno/a? ¿Qué puedo hacer por él/ella?, deberían obtener en primera instancia y con más frecuencia, respuestas educativas y menos de tipo médico” (p. 41), evitando así que se incurra en el mal Dx y medicalización del estudiante sin tener las suficientes bases para ello.

Aunque el docente no es quien realiza el Dx psiquiátrico, si es un pilar fundamental para analizar el comportamiento de los y las estudiantes en las aulas de clase y en general en el ámbito escolar y educativo, realizar el acompañamiento pedagógico para hacer el correcto DX. Uno de los factores que se debe tener en cuenta por parte los y las educadoras a la hora de analizar el comportamiento de los estudiantes, es todo aquel que se refiere a la convivencia de estos con sus pares, cómo se relacionan o interactúan entre sí, o por el contrario si son distantes de sus compañeros o ensimismados. Es importante, tener claro que desde el rol docente no se puede pretender eliminar la medicalización de los estudiantes diagnosticados, ya que este es un campo netamente de la salud, pero sí es necesario que el cuerpo docente esté al tanto de los posibles efectos que estos pueden generar en el estudiante para desarrollar estrategias pedagógicas que ayuden a contrarrestar dichos efectos y además que vayan en función del aprendizaje y el bienestar integral de los estudiantes.

Es necesario precisar los referentes y categorías conceptuales que orientan la investigación, ayudando a comprender con mayor claridad la panorámica relacionada con la población con DPs y la educación. Nos ubicamos en la importancia de los contextos sociales, objetivos personales y políticos, abordados desde un **modelo social** de la discapacidad que descentraliza las dificultades de la persona y las relaciona con los entornos en los que se desenvuelve. En este punto, resaltamos a Melania Moscoso (2020), quien resalta que es necesario realizar una exploración de la discapacidad yendo más allá de la mera humanización del discurso, ya que esto implica que “la persona con discapacidad comparece en condición de agente y no de víctima” (P. 9), dándole así un lugar como sujeto de derechos y participe de su consolidación a nivel social.

Asimismo, también buscamos basarnos en el **enfoque de derechos** de las personas con discapacidad desde el reconocimiento, la participación y protección de su dignidad humana, concretando que la condición de enfermedad o trastornos mentales no sea un impedimento para el reconocimiento de su actuación legítima. Esto está fundamentado desde la CDPD (2006) y la Organización de las Naciones Unidas ONU. Este modelo, permite que sean validados y

reconocidos los procesos políticos, sociales e inclusivos de la población en general con discapacidades físicas, intelectuales, sensoriales y psicosociales.

Para Agustina Palacio (2015), desde el modelo social y de prescindencia de la discapacidad, los sujetos son excluidos y marginados por su condición física, mental que limita las posibilidades de aportar a la sociedad, y por tanto, la eugenesia y la marginación de las personas con algún tipo de enfermedad mental, son excluidas y segregadas de las comunidades por ser “anormales”. En discapacidad, se transita constantemente entre el modelo médico-rehabilitador y el modelo social y de derechos. En el primero, la **discapacidad** es vista como una “enfermedad”, “patología” o “condición de salud” donde es necesario rehabilitar o normalizar para que estas personas puedan ser valiosas y aportar a la sociedad. En el segundo (modelo social y de derechos) las limitaciones de una persona no tienen causa en su condición, sino en los limitantes que pone el medio social para su desenvolvimiento, participación plena y desarrollo. Shakespeare (como se citó en Ferrante, 2014) plantea que:

Para señalar el origen social de la discapacidad, realizan una diferenciación analítica entre la deficiencia entendida como una limitación física y la discapacidad, comprendida como la exclusión generada por una sociedad que no tiene en cuenta a las personas con deficiencias y que por ello las oprime. (p. 12)

Para relacionar estas nociones de discapacidad con DPs, planteamos que la categoría **Psico- social** implica dos comprensiones importantes, distinguiendo el primer concepto que hace referencia a la “Psiquis”, la mente, los pensamientos, las cogniciones, los procesos cognitivos, las ideas o representaciones, pero además a las emociones, motivaciones, aspectos afectivos y comportamientos, y el segundo concepto, que comprende las interacciones humanas con relación a lo inter e intrasubjetivo, el comportamiento social y las conductas manifestadas, como también las estructuras, los sistemas y el funcionamiento humano colectivo. De esta manera, lo psicosocial se apropia de ambos fundamentos para comprenderse desde una visión holística, aludiendo a la concepción mediante todo un entramado social de prácticas y modos de nombrarla que permite su explicación y comprensión, incluyendo la diferenciación entre discapacidad intelectual y discapacidad mental realizada por la CDPD (2006). Así, “La

discapacidad psicosocial aparece cuando el entorno no permite a una persona participar de la misma manera que todos a causa de un proceso o antecedente en salud mental” (Arenas y Melo-Trujillo, 2021, p. 71). Esto ha dado como resultado diferentes vulneraciones procedentes de limitantes y barreras sociales, que impiden el acceso y la participación plena sin incluir o sobreponer las características propias de la condición en diferentes aspectos políticos, culturales, de salud, educativos, laborales, entre otros.

En concordancia, la DPs, ha existido desde la visibilidad de las conductas “disruptivas”, sin embargo, en la búsqueda de diferentes formas de concebirla y acompañar a las personas, los modelos y enfoques ya mencionados, dieron paso a un reconocimiento más humanizado que ha posibilitado un empoderamiento del colectivo de personas con DPs, sus familias y algunos profesionales de atención, los cuales reclaman constantemente un cuidado diversificado que no esté anclado a la hospitalización y medicalización y en contra de las violencias psiquiátricas, esta es concebida y denunciada por activistas internacionales que se autodenominan como “sobrevivientes de la psiquiatría”. Las denuncias de estas violencias son hechas de manera permanente por integrantes del Movimiento Orgullo Loco en diferentes países a través de sus redes sociales y mecanismo alternativos de comunicación, al respecto por ejemplo: “en el sistema de salud mental se vulneran los derechos humanos, los derechos constitucionales y los derechos fundamentales de la Unión Europea, practicando ingresos involuntarios, atando a las personas a la cama, medicando forzosamente, realizando aislamientos y sobremedicando. Los abusos sexuales son también una constante y por nuestros diagnósticos estamos absolutamente deslegitimadas para denunciarlos” (2021).

Vemos importante abordar en este punto el fenómeno de la psiquiatrización, ya que, por medio de esta, se mantiene a las individualidades en una especie de trance, puesto que aquellas individualidades o comunidades que se salen de la base de “lo normal” necesitan estar, de alguna manera, controladas y en un estado de pasividad que no altere ni transforme lo que ya está predeterminado.

Fátima Mazout, en un artículo publicado en el 2021 hace referencia a la psiquiatrización como el resultado que se origina de implementar el “modelo biomédico que intenta imponer la

hipótesis de que la locura y el sufrimiento psíquico son una enfermedad mental y que dicha enfermedad mental es como cualquier otra” (2021). Lo que nos puede llevar a decir que, de alguna manera, se está patologizando todo aquello que se salga de lo que se puede considerar como “normal”, sin determinar que existen diferentes condiciones o factores desde los cuales se posibilita establecer la salud mental de cada individualidad. Dichos factores pueden establecerse como una “causa fundamental del sufrimiento psíquico y deben atribuirse a las condiciones sociales, culturales y económicas del sistema en que vivimos” (Mazout, 2021).

La presencia adicional de profesionales de las Ciencias Sociales se hizo visible con el devenir del tiempo y los cambios dados, como ya se ha mencionado, permitiendo la participación efectiva mediante “el reconocimiento y funcionamiento conjunto de distintas disciplinas en dirección a objetivos comunes” (Ruiz y Augé, 2019, p. 25). Este gran paso posibilitó que, además de la terminología de la condición, se asociaron características e implicaciones particulares igualmente necesarias para delimitar su identificación diferencial de otras discapacidades, sobreponiendo las habilidades, destrezas y capacidades para el nuevo paradigma de reconocimiento de derechos. Con lo anterior, compartimos también el **enfoque de inclusión**, como proceso fundamental para la eliminación de barreras físicas, sociales y actitudinales, sin escatimar en las condiciones o particularidades de los sujetos

Un enfoque que responde positivamente a la diversidad de las personas y a las diferencias individuales, entendiendo que la diversidad no es un problema, sino una oportunidad para el enriquecimiento de la sociedad, a través de la activa participación en la vida familiar, en la educación, en el trabajo y en general en todos los procesos sociales, culturales y en las comunidades. (UNESCO, 2005 p. 82).

Tal enfoque, permite contrarrestar actitudes negativas o estigmatizantes, dando paso a procesos y estrategias que responden a las diferencias y necesidades de la población con DPs; intencionalmente esto sucede en ambientes educativos donde se reflexiona sobre las dinámicas presentes en contextos formales y no formales. Teniendo en cuenta los hallazgos que se han dado y la transformación del concepto de DPs, se observa la importancia de implementar

estrategias en procesos educativos y de apoyo psicopedagógico, que desde un punto de vista educativo sea acorde a los procesos biológicos, psicológicos y sociales en relación con el desarrollo, la enseñanza y el aprendizaje y las relaciones interpersonales en el ámbito educativo, donde se presentan variaciones en los procesos de los estudiantes, relacionadas con aspectos económicos, otras necesidades educativas especiales, las familias, problemas socioemocionales y de convivencia.

En Colombia, el artículo 11 de la Ley Estatutaria 1618 de 2013, que “establece las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”, ordenó al Ministerio de Educación Nacional reglamentar “el esquema de atención educativa a la población con discapacidad, fomentando el acceso y la permanencia educativa con calidad, bajo un enfoque basado en la inclusión del servicio educativo” (p, 15). La educación inclusiva, se reglamenta en el Decreto 1421 (2017): “el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometa”.

En los procesos y las acciones pedagógicas tanto desde Educación Especial como desde Educación inclusiva, los maestros y maestras cobran gran relevancia. Desde la Licenciatura en Educación Especial de la UdeA, una de sus funciones principales es ser “un maestro que diseña, implementa, desarrolla, evalúa y gestiona; planes, programas, proyectos y propuestas para los procesos de desarrollo, enseñanza y de aprendizaje de las personas con discapacidad y con capacidades y talentos excepcionales” (Perfil del Educador Especial. Universidad de Antioquia. s.f). En este sentido, se vuelve necesario analizar y proyectar procesos y alternativas educativas para estudiantes y en general para las personas con DPS y sus familias, buscando un desenvolvimiento positivo en todos los entornos.

El Ministerio de Educación Nacional, junto con el Ministerio de Salud y la Protección Social y la Fundación Saldarriaga Concha (2021), publicaron unos *lineamientos de políticas para la inclusión y la equidad en educación*, donde hacen referencia a la necesidad de que se asegure a cada individualidad y comunidad una educación equitativa e inclusiva, donde se

realicen transformaciones políticas que tengan en cuenta “la diversidad, enfrenten las múltiples formas de discriminación y atiendan las necesidades de las personas y sus territorios” (p, 19).

María Mora (2020), nos muestra la educación como un fenómeno de índole social y cultural que trae implícita la transmisión generacional, es decir que permite establecer y consolidar el desarrollo tanto social como individual. En este sentido, es posible también establecer que acarrea consigo una relación entre el ser y el hacer, lo que posibilita la transformación desde la convivencia. Para esto es necesario que se creen los espacios necesarios para la consolidación del presente, teniendo en cuenta las dimensiones de su realidad.

La educación es uno de los derechos fundamentales que tiene toda persona, independiente de sus condiciones, incluso la constitución política de este país la establece dentro de sus parámetros de civilización. Por tal motivo, desde la misma se establece que por medio de la educación se busca el “acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura” (Constitución política de Colombia de 1991, p. 11).

Asimismo, vemos como fundamental para nuestro proyecto el ser y estar con la comunidad con la que se trabaje, es decir, con las niñas, niños, adolescentes y adultos del programa CPI casa 2 del HOMO. Es por tal motivo que partimos de lo imprescindible del reconocimiento no meramente de dicho escenario, sino también de las realidades y las necesidades de la comunidad en cuestión.

Para tener en cuenta esto, vemos en el acompañamiento pedagógico un factor principal, ya que este podría darse como un “proceso integrador y humanizador de la formación docente, haciendo de esta una oportunidad y un medio para la recuperación, conformación y fortalecimiento de espacios, dinámicas, condiciones, procesos y perspectivas (...) que sirvan como soporte a una profesionalización en, desde y para la vida” (Martinez, H. Gonzalez, S. p. 532).

Con esto, queremos ir más allá de lo que se denomina “profesionalización”, pues consideramos que no basta con ser meramente profesional en el sentido pedagógico, puesto que

no se trata de tener el conocimiento científico para ejercer, no se trata meramente de guiar un proceso pedagógico con la comunidad en cuestión, sino de acompañar dicho proceso y posibilitar condiciones para que sea la misma comunidad desde sus sentires, sus vivencias, sus capacidades y demás, la que lleve su proceso. Así pues, desde el acompañamiento pedagógico es necesario posibilitar que la comunidad “desarrolle y potencie sus capacidades para desenvolverse (...) en los diferentes escenarios en los que debe interactuar” (Puerta, C. p. 4).

En este sentido, podríamos establecer el acompañamiento pedagógico como un factor fundamental para posibilitar la creación de nuevos procesos de enseñanza y aprendizaje en el que se involucren todas y todos los actores de dicho proceso, los cuales permitan consolidar desde la autonomía y la crítica, escenarios políticos de transformación.

En nuestro país tenemos propuestas educativas para el trabajo y el desarrollo humano que se ofrecen con el objeto de complementar, actualizar, suplir conocimientos y formar, en aspectos académicos o laborales y conduce a la obtención de certificados de aptitud ocupacional. Comprende la formación permanente, personal, social y cultural, que se fundamenta en una concepción integral de la persona, que una institución organiza en un proyecto educativo institucional y que estructura en currículos flexibles sin sujeción al sistema de niveles y grados propios de la educación formal. (Ministerio de Educación Nacional. s.f.)

El Decreto Único Reglamentario 1075 de 2015, parte 6, título 2, “artículo 2.6.2.2, define **Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH)**: “hace parte del servicio público educativo y responde a los fines de la educación consagrados en el artículo 5 en la ley 115 de 1994. Se ofrece con el objeto de complementar, actualizar, suplir conocimientos y formar en aspectos académicos o laborales y conduce a la obtención de certificados de aptitud ocupacional”.

La Ley Estatutaria 1618 de 2013, artículo 11, numeral 1, párrafo k, hace mención a la educación inclusiva en cualquier modalidad educativa y la obligatoriedad de esta durante toda la vida: “asegurar que los jóvenes y adultos con discapacidad tengan acceso general a la educación superior, la formación profesional, la educación para adultos, la educación para el

trabajo y el aprendizaje durante toda la vida, sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás”. Esto permite además una articulación con el sector laboral de manera que, como está en el MEN 2017: “estas titulaciones alternativas deben posibilitar la articulación con el sector laboral, la educación técnica y otras opciones de desarrollo en sistemas educativos no formales, de modo que el estudiante con discapacidad pueda hacer realidad un proyecto de vida autónomo e independiente, hasta donde sea posible”. Finalmente, nuestra apuesta investigativa bajo el modelo social de derechos y el enfoque de inclusión, abre la ruta al reconocimiento poblacional dentro de las dinámicas presentes en sociedad, específicamente, en entornos de formación educativa; teniendo presente las realidades contextuales alrededor de las concepciones de la DPs, garantía de derechos, acompañamiento pedagógico y atención integral de profesionales, desde la comprensión de maestros y maestras en Educación Especial.

4 Diseño metodológico

Esta investigación se desarrolla a partir del paradigma de investigación cualitativo, con el que buscamos conocer, comprender y compartir las situaciones de las personas con DPs, dadas en un contexto psiquiátrico; vistas desde una perspectiva pedagógica.

Se centra en comprender y profundizar los fenómenos, desde el punto de vista de los participantes en su ambiente y en relación con los aspectos que los rodean. Normalmente es escogido cuando se busca comprender la perspectiva de individuos o grupos de personas a los que se investigará, acerca de los sucesos que los rodean, ahondar en sus experiencias, opiniones, conociendo de esta forma cómo subjetivamente perciben su realidad. (Guerrero, 2016, p. 3)

Como se menciona anteriormente, pretendemos conocer la realidad y las vivencias de las personas con DPs y profesionales que los acompañan, sus experiencias a nivel pedagógico y el significado que le dan a estas. La investigación cualitativa nos permite y demanda ser parte de estas experiencias de manera respetuosa y conocer las perspectivas que tienen de sus procesos formativos. Sin embargo, podemos pensar que no se trata de conocer su realidad en sí, sino, cómo construyen esa realidad. Los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. (Rodríguez et al., 1996, p. 10)

Las prácticas pedagógicas, los actores (personas con DPs, familias, profesionales del ICBF y del CPI) y los distintos escenarios hacen propicia la realización de investigaciones de tipo cualitativo en la medida que estamos inmersos en un contexto con los participantes, conociendo desde sus sentires y su visión, la manera de entender su propia realidad. Desarrollamos esta investigación desde un enfoque fenomenológico-hermenéutico que nos permite interpretar y dar un significado de estas experiencias, comprendiendo profundamente la vivencia humana. Como dice Fuster, D. (2019).

Este enfoque está orientado a la descripción e interpretación de las estructuras fundamentales de la experiencia vivida, al reconocimiento del significado del valor pedagógico de esta experiencia. Este método compone un acercamiento coherente y estricto al análisis de las dimensiones éticas, relacionales y prácticas propias de la pedagogía cotidiana. (p. 207)

Busca la identificación y comprensión de la importancia de dichas experiencias, permite comprender los fenómenos de estudio y promover el acercamiento a las personas con DPs, a través de sus experiencias y sentimientos, con la finalidad de encontrar respuesta a sus necesidades. Por otro lado, implica también nuestra propia vivencia como maestras en formación de Educación Especial, en la medida que buscamos comprender el significado de nuestro acompañamiento pedagógico, en aras de resignificar las miradas psicopatologizadoras sobre las personas con DPs.

4.1 Técnicas e instrumentos de recolección.

Las técnicas de recolección de información serán abordadas desde la investigación educativa de Max Van Manen (2003) con el propósito de lograr las comprensiones profundas en las vivencias y experiencias de los seres humanos, en este caso, del colectivo de personas con DPs y de maestras y maestros en Educación Especial.

4.1.2 Observación y entrevistas en fenomenología

La **observación** de cerca procura acercarse lo más próximo posible, al mundo vital de los sujetos y los contextos, con el objetivo de llegar a aprehender in situ el significado de la experiencia vivida. En la observación participante, las y los maestros en formación e investigadoras, procuraremos formar parte de la cultura y contexto. La descripción se establece tal como la vive o la ha vivido, evitando explicaciones causales, generalizaciones o interpretaciones abstractas.

Como primera fase de *Descripción* pretende recolectar información sobre las prácticas, costumbres y cotidianidad de la población en diferentes ambientes, principalmente en el educativo, mediante un proceso de observación participante en el cual “el investigador pretende introducirse y formar parte de la cultura o del contexto (valores, costumbres, significados, etc.)” Carabajo, R. A. (2008) (p. 412). Asimismo, el registro en el **diario de campo** se desarrolla a partir del relato pedagógico de las maestras en formación e investigadoras. Obando, (1993)

Un instrumento de registro de información procesal que se asemeja a una versión particular del cuaderno de notas, pero con un espectro de utilización ampliado y organizado metódicamente respecto a la información que se desea obtener en cada uno de los reportes. (p. 309).

Tal instrumento de recolección de información permitirá desarrollar la segunda fase propuesta por Van Manen, la *Interpretación*, con base al análisis de los apuntes, realiza una

reflexión y aporte profundo de las experiencias vividas tanto de los investigadores como de las diferentes personas que aportarán al propósito del trabajo investigativo.

El contexto de observación se realizará en el Hospital Mental de Antioquia, en el CPI Casa 2, nuestro enfoque de investigación prioriza técnicas orales como la narración mediante **entrevistas** dirigidas a niños, niñas, adolescentes y/o adultos. Para Vargas (2012) “La entrevista desde un enfoque cualitativo permite la recopilación de información detallada desde el punto de vista de la persona que informa y comparte oralmente con el investigador aquello concerniente a un tema específico o evento acaecido en su vida”. Por otro lado, según Díaz, Torruco, Martínez, Varela, (2013) “la entrevista es una técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos; se define como una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar y adopta la forma de un diálogo coloquial”. (p. 163). Hicimos uso de la **entrevista en profundidad** para recoger por medio de una biografía, la interpretación que el sujeto posee con referencia a su experiencia de vida. Esta entrevista conversacional desea conseguir el significado vivido de una experiencia específica relegando las interpretaciones subjetivas acerca de ello y recogiendo anécdotas de otras personas, conducentes a buscar la relación entre vivir y pensar, entre situación y reflexión. Estas narraciones son significativas para la pedagogía por el funcionamiento como casos vivenciales, que nos permiten llevar a cabo una reflexión pedagógica (p.137) según Max van Manen (2003).

Con la entrevista en profundidad, se espera realizar un libro que contenga relatos biográficos, es decir, historias de vida de personas con DPs, y las experiencias recogidas a lo largo de este trayecto de ejercicio investigativo, que incluye además a los actores que se vieron implicados y las reflexiones a las cuales dieron lugar.

Como parte de las técnicas discursivas, se realiza un **coloquio** llamado “*1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial. Sentipensar de la Psiquiatrización al acompañamiento pedagógico*” como evento académico presencial y virtual en el mes de julio de 2022, que permitió la discusión o exposición de ideas, fundamentos, apreciaciones, concepciones y acciones frente al tema central de la investigación, DPs y Educación. Este evento contó con la

presencia de instituciones educativas formales y no formales, entidades de salud y activistas por los derechos de las personas con DPs.

Otra técnica de recolección y a su vez difusión de la información fue la construcción de una **página web**, con la cual buscamos crear y brindar estrategias de apoyo, para la comprensión y acompañamiento de las personas con DPs en diversos ámbitos como el educativo, clínico-psiquiátrico, familiar, social y político, teniendo en cuenta temáticas y problemáticas en torno a políticas públicas, de inclusión social, en educación inclusiva, en derechos, participación, la formación de maestras, maestros y demás profesionales.

4.1.3 Plan de análisis de la información: círculo hermenéutico de Van Manen

El proceso de análisis parte de la idea de que “el método de la fenomenología es que no hay método” (Van Manen, 2003: 48). En efecto, “no es un método en el sentido de un conjunto de procedimientos de investigación que se pueden dominar de un modo relativamente rápido” (Ibíd.). El investigador está interesado primordialmente por el estudio del *significado esencial* de los fenómenos así como por el *sentido y la importancia* que éstos tienen. En el caso de la investigación aplicada al campo educativo, el interés se orienta a la determinación del *sentido* y la *importancia pedagógica* de los fenómenos educativos vividos cotidianamente. Del mismo modo, es esencial para el investigador comprender, por ejemplo, la idea de la naturaleza del conocimiento-pedagógico, en este caso- y su vinculación con la práctica (Cf. Van Manen, 2003). La fenomenología explora las realidades vivenciales que son poco comunicables, pero fundamentales para comprender la vida psíquica de cada individuo. Para conseguir esta comprensión interpretativa, es primordial aplicar diversos procesos de pensamiento los cuales serán específicos de acuerdo con los objetivos de cada etapa y fase del enfoque (p. 102):

Recoger la experiencia vivida: Aquí se obtienen datos de la experiencia vivida desde numerosas fuentes: relatos de la experiencia personal, entrevistas, relatos autobiográficos y observación-descripción. Se otorga apertura a la investigación con la escritura de anécdotas, una

herramienta metodológica usual. Max Van Manen (2003) recomienda que “antes de solicitar a otros que nos brinden una descripción sobre un fenómeno a explorar, tendríamos que intentar hacer una primera nosotros, para poseer una percepción más puntual de lo que pretendemos obtener” (p.82), para ello redactamos nuestras experiencias personales y como maestras (relato personal) tal como lo vivimos respecto a nuestra exploración (noción) de investigación, en los diarios de campo realizados (Anexo 1).

Reflexionar acerca de la experiencia vivida- etapa estructural: El propósito radica en intentar aprehender el significado esencial de algo. Se trata de efectuar un contacto más directo con la experiencia, tal como se ha vivido. Van Manen (2003) enfatiza en: “Reflexiono fenomenológicamente acerca de las experiencias de ser profesor o ser padre en tanto que profesor o padre. En resumen: intento captar la esencia pedagógica de una determinada experiencia” (p. 96), en los diarios de campo, esto se da no sólo como una descripción de los hechos que ocurrieron, sino que también se lleva a cabo la reflexión y el análisis de la misma.

Escribir-reflexionar acerca de la experiencia vivida: La finalidad es integrar en una sola descripción todas las fisonomías individuales de todos los sujetos, con ello determinamos la fisonomía grupal, es decir, la estructura que caracteriza al grupo estudiado. La información deberá consistir en una descripción sintética pero completa del fenómeno investigado, la descripción consistirá en superponer, por así decirlo, la estructura de cada fisonomía individual en una estructura general lo cual representa la fisonomía común del grupo. En esta fase se incluye el procesamiento, análisis e interpretación de la información, que empieza por el proceso de:

Categorización y codificación: Según Marín. Et al (2016) “Consiste en poner nombre y definir cada unidad analítica y de sentido. Dentro de cada categoría se pueden definir subcategorías, la categorización puede realizarse de dos maneras distintas pero complementarias, de manera deductiva e inductiva. En este enfoque, es inductiva, es decir emerge de los datos, con base en los patrones y recurrencias procedentes en ellos. Los códigos,

facilitan el manejo de la información, pueden ser numéricos, letras, colores u otros símbolos, obteniendo las categorías que procede a revisar la información y agruparla por relaciones conceptuales”. Dentro de este proyecto se usa la categorización con los datos cualitativos inmersos en los diarios de campo, se generan unidades de significado, de allí las relaciones entre conceptos y el surgimiento de temas a desarrollar.

En el proceso de integrar aquellas categorías menores en unas categorías generales, para determinar las categorías centrales. Se hizo comparación entre las temáticas de los diferentes diarios de campo para encontrar similitudes categóricas y así definir, las que tenían mayor incidencia o se repetían por su importancia.

La relación que existe entre cada uno de los pasos se da, puesto que no es posible avanzar al siguiente sin haber concluido de manera satisfactoria el anterior. Cada una de las técnicas está construida desde el sentir y apreciaciones de las personas participantes y de referentes teóricos para el investigador. Los supuestos que se presentan pasan a un segundo plano y en su lugar, se desarrollan hipótesis y nuevas ideas, interpretando la realidad percibida a través de la observación y la entrevista, en nuestro caso.

5 Consideraciones éticas

“Los niños tienen derecho a una educación que se adapte a sus necesidades y fortalezas individuales. La patologización de la infancia a menudo limita estas oportunidades y perpetúa estereotipos dañinos” Green R.W.

Este proyecto, nos convoca a sentipensar y buscar comprender cómo ha sido la participación de las personas con DPs en los contextos educativos, sociales y familiares, reconociendo que desde estos han sido invisibilizados y estigmatizados, buscamos construir una transición desde el modelo de psiquiatrización en el que se encuentran, hacia lo que significa la DPs y el cómo es necesario el acompañamiento pedagógico para una mejor calidad de vida. Se espera con esta investigación abrir el panorama para visibilizar de manera respetuosa y profesional las dinámicas que se presentan en el HOMO y que atraviesan las situaciones de enseñanza y aprendizaje en las personas con DPs.

Entendiendo la población, las características y el contexto, es indispensable contar con los consentimientos informados por parte de los participantes (Anexo 2), ya que son un tema clave en el proceso investigativo, porque dan muestra del respeto y participación activa. Con dicho consentimiento queda el compromiso de guardar información confidencial, proteger la identidad de los participantes, y realizar un correcto uso de los documentos y archivos legales de las y los “beneficiarios”.

Según el Código de Ética en Investigación de la Universidad de Antioquia (UdeA. s.f)² Es fundamental que toda persona que realice actividades de investigación sea consciente de la trascendencia que tiene su función no sólo en la generación de conocimiento, sino también en la incidencia sobre los seres humanos y en el manejo de la información que su investigación requiere y produce. Así, todos los sujetos relacionados con procesos de investigación se deben orientar por un código de ética; tal como lo dice la Resolución 8430 de 1993 de los aspectos éticos de la investigación con seres humanos, Art, 5: “En toda investigación en la que el ser

² <https://tinyurl.com/2hjranr6>

humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar” fundamentado en principios y valores; partiendo de un referente moral en relación con el ser, el saber y el hacer en el ámbito tecno-científico y humanístico. Desde nuestro quehacer investigativo, pedagógico y disciplinar estamos en búsqueda de contribuir con las siguientes recomendaciones de dicha resolución Art, 6: La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b. Deberá prevalecer la seguridad de los “beneficiarios” y expresar claramente los riesgos (mínimos)
- c. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación.

El Art, 25, nos dice que para la realización de investigaciones en menores o en discapacitados físicos y mentales deberá, en todo caso, obtenerse, además del Consentimiento Informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o del discapacitado de que se trate, certificación de un neurólogo, siquiatra o sicólogo, sobre la capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica del sujeto; y el Art, 26: Cuando la capacidad mental y el estado psicológico del menor o del discapacitado lo permitan, deberá obtenerse, además, su aceptación para ser sujeto de investigación después de explicarle lo que se pretende hacer. Todo esto para hacer del proceso de investigación un proceso confiable sobre la base del respeto y la dignidad de las personas, con el fin de poder transmitir de manera transparente y segura cada una de las fases que corresponden al proyecto de investigación y contribuir de manera eficaz a las necesidades que la población con DPs requiere en cuanto al derecho a la educación y su bienestar subjetivo y social y desde la ética que debe acompañar el rol de la Educadora Especial.

6 Resultados

6.1 Recuperar la memoria del proceso

En esta parte de resultados, queremos rescatar la importancia de mantener viva la memoria, no necesariamente como un proceso de almacenamiento de datos o recolección de información, sino para entenderla desde un proceso pedagógico, el cual nos permite reconocer unas nuevas lecturas del pasado, en palabras de Dominguez, Jhon (2019), permitiendo el reconocimiento de la “alteridad y de la diferencia, a la vez que toma partido por el rescate de las voces vencidos por la historia oficial en defensa de sus reivindicaciones represadas o silenciadas”. Este proceso forma parte de múltiples vivencias, sentires, pensamientos y muchos más elementos que no podemos dejar a un lado.

6.1.1 El comienzo de la experiencia:

Para dar inicio a un proyecto de investigación y acompañamiento se requieren diferentes procesos administrativos que permitan la realización de un convenio. En este caso se da entre la UdeA y el HOMO, llevando a cabo varias peticiones, principalmente por medio de correos electrónicos dirigidos a cargos, como la coordinación de convenios del HOMO y la Coordinación del CPI, del cual hablaremos detalladamente más adelante. En este proceso se presentan algunas dificultades que retrasan el comienzo del mismo, haciendo que las fechas programadas en el cronograma tengan algunos cambios significativos que limitan y no permiten el desarrollo ameno de los procesos, proyectos y acompañamientos de y para las personas que allí se encuentran. Esta experiencia inicia con una reunión que se realiza el 3 de Mayo de 2022 con la persona encargada de generar los convenios del HOMO, se da una conversación alrededor de nuestras propuestas en la que se comparte la necesidad de llevar a cabo el proceso que nos estamos pensando como EE con las personas con DPs en este contexto, buscando una transformación en la que prevalezca la pedagogía, dejando atrás el sistema clínico, asistencialista y psiquiátrico por el que han estado permeados; nos comenta entonces esta persona que “Nuestro proyecto allí es muy necesario en estos momentos”, esto nos invade de mucho entusiasmo, pues reconocemos este contexto como un gran reto y una experiencia

enriquecedora, que a la vez nos genera cierta incertidumbre por lo que allí nos podemos encontrar. “Durante un tiempo se ha llevado a cabo un adultocentrismo en los procesos y eso no debe seguir sucediendo, allí se encuentran niños, niñas, adolescentes y adultos, algunos con familias, otros y otras abandonadas y en restitución de derechos”, nos dice. Analizamos el adultocentrismo como una práctica negativa, teniendo claro que es una posición autoritaria y de poder que se presenta de personas adultas a otras personas, generalmente infancias y adolescencias.

Para este momento no conocemos aún el lugar, tenemos muchas expectativas y deseo de poder aportar en este contexto, tanto, como el contexto a nosotras, como personas y como profesionales. El 17 de mayo, tenemos la reunión de inicio, nos encontramos muy nerviosas y con el deseo de saber cómo es el lugar y quiénes son las personas que habitaban este, sus vivencias y deseos; allí nos reunimos con la EE del programa de Buen Comienzo dentro del HOMO y la coordinadora del CPI, les presentamos nuevamente la propuesta que tenemos, a lo que dicen que “es justo el proyecto que necesitan para dar inicio a otras formas de trabajo dentro del Hospital”. Se menciona también que allí hay un acompañamiento netamente asistencial, y aunque hay una profesional en pedagogía y dos grupos psicosociales conformados por psicóloga y trabajadora social, esta parte tiene muchas falencias y los niños, niñas, adolescentes y adultos necesitan de un acompañamiento diferente. Esto nos generaba ciertos cuestionamientos en el momento, como ¿Cuál será entonces el papel de nosotras, como EE, en el CPI? ¿De qué manera podremos acompañar a estas personas? ¿Cómo formar un equipo interdisciplinario que construya en pro de un acompañamiento integral?

Comenzamos entonces un recorrido por el Hospital, hasta llegar al CPI...

Figura 1

Logo Hospital Mental.



Nota. Tomada de Internet Google.

El Hospital Mental de Antioquia María Upegui, se encuentra ubicado en el municipio de Bello Antioquia y es una institución que presta sus servicios desde 1878, en este entonces con el nombre de “Hospital para locos”, en 1888 pasa a ser el “Manicomio Departamental” y a partir de 1958 se le da el nombre de Hospital Mental de Antioquia donde se manifiesta que se deja a un lado la idea de Institución asilar permitiendo ver al paciente como un todo, con derechos y deberes, a lo que le daremos una mirada crítica más adelante. Actualmente se pretende dentro de la institución hacer una transición del modelo clínico que se lleva a cabo, a un modelo pedagógico y de inclusión social, esto acompañado por todo el equipo interdisciplinario; lo que abordaremos más adelante.

- **La estructura física del encierro**

Es entonces importante analizar la estructura clínica y psiquiátrica que encontramos, el diseño estructural del HOMO, fue basado en los hospitales de la época del siglo XIX, es decir, pasillos grandes, su color blanco y verde pálido que resalta y que está por todas partes, incluyendo espacios de aprendizaje de las y los “beneficiarios”. Una de las cosas que nos cuestionamos constantemente es el hecho de que los niños, niñas, adolescentes y adultos habitan este espacio todos los días, las 24 horas del día, y desde el punto de vista pedagógico analizamos la necesidad de un espacio cálido que permita generar experiencias de aprendizaje, reflexión y compartir. Pensamos lo anterior, teniendo en cuenta por ejemplo, la relación que tiene el color en la motivación, percepción y estimulación para el aprendizaje y el desarrollo integral, al respecto desde la psicología del aprendizaje se plantea que:

“Los colores juegan un papel fundamental en la creación y diseño de cualquier entorno, incluidos, evidentemente, los espacios que fomenten el aprendizaje. Utilizando un color o combinación de colores adecuada podemos incentivar a los estudiantes aportando atención, tranquilidad, confianza y concentración”.

La relación entre el color y el desarrollo del aprendizaje es un tema de estudio en el campo de la psicología y la pedagogía. Se ha logrado evidenciar que el color puede desempeñar un papel fundamental en el aprendizaje y la retención de la información. Podemos hablar por ejemplo de los estímulos visuales, donde los colores pueden ser incentivos que permiten captar la atención de los estudiantes, o en este caso de los y las “beneficiarias”. También, los colores facilitan la codificación de la información de manera más efectiva, al crear un entorno de aprendizaje agradable y estimulante visualmente, esto brinda un ambiente más tranquilo y acogedor.

En conclusión, podemos establecer que la relación entre el color y el desarrollo del aprendizaje es compleja y puede variar según el contexto, las prácticas y el acompañamiento que se brinda. Utilizar el color de manera estratégica puede mejorar la atención, la retención y la comprensión de la información, pero es importante hacerlo de manera consciente, considerando las necesidades y diversidades. Por ello, creemos que es fundamental adecuar los diferentes lugares que habitan las personas del CPI casa 2, dejando que sean los y las “beneficiarias” quienes organicen, decoren, le den color al espacio, permitiéndoles apropiarse también del mismo. Como sucedió en otras casas del CPI, esto genera espacios de compartir, de aprendizaje y reflexión; a su vez permite darle a estas personas espacios más amenos, en vista que, que algunas vivirán allí el resto de su vida. Esto podría llevarse a cabo por medio de la organización de un cronograma determinado de arte y pintura, donde cada persona pueda contar con un espacio para expresar sus ideas; otro es dividir los espacios y adecuar las huertas, cancha y demás.

Continuando con el recorrido y la observación de la estructura física, encontramos zonas verdes las cuales suelen estar solas, pues los y las “beneficiarias” no tienen acceso a estos espacios a no ser de que vayan a realizar algún taller específico, el CPI está subdividido en tres espacios, una antesala, con varias sillas “de espera”, en el interior hay aproximadamente siete habitaciones grupales, donde se ubican las camas en filas, una al lado de la otra, estas están cerradas con seguro a no ser de que haya algún profesional allí acompañando o que sea el momento de dormir, algunos tienen ventanales que tienen barras de hierro y un vidrio. Hay una zona de enfermería y diez habitaciones de aislamiento donde se ubican “los más especiales de

los especiales”, como son nombradas y nombrados por el mismo personal del Hospital y del programa. Aquellas personas que normalmente se encuentran en estos espacios de aislamiento, también son quienes poco comparten en otros espacios, ya que no presentan unas “condiciones o características que les permitan el control de sí mismas”, además de esto, el personal del programa, en ocasiones, no sabe como manejar las situaciones que con ellas se presentan. Estas habitaciones son mucho más pequeñas, sólo cabe una cama con colchón, en unos casos sólo hay colchón y en otros, no hay nada donde puedan acostarse o algo con lo que se pueda arropar, se encuentra un inodoro tapado por un muro y la ventana con barras de hierro al lado de la puerta. Consideramos que todos estos elementos y acciones que se llevan a cabo en estos procesos de “aislamiento”, en lugar de apoyar el proceso de las personas en mención, lo que hace es segregarlo, llegando al punto de incluso, invisibilizarles, generando, de alguna manera, otras afecciones a nivel psicosocial.

Asimismo, también encontramos una habitación nombrada “cuarto de observación”, la cual es también pequeña, con una cámara de vigilancia para mantener un monitoreo constante de la persona, de alguna manera parecen estar vivenciando un episodio del “Gran Hermano”, es decir, una constante necesidad de mantener en vigilancia a todo aquello que pueda moverse, sentir o pensar. Hay una camilla que está adecuada para "los castigos", donde se amarra de cada extremidad la persona a castigar, métodos que para el personal son muy normalizados, podemos decir que les quita alguna preocupación sobre el quehacer frente a las situaciones de dificultad. Estas habitaciones, como ya mencionamos, tienen cámaras por donde les “vigilan”, parece que no estamos muy alejadas a la era orwelliana³.

³ Hacemos alusión al concepto de Gran Hermano y la era orwelliana, haciendo énfasis en la novela distópica de George Orwell “1984”, en la cual se resaltan dichos términos para exponer la constante vigilancia y formas de control a las cuales se ve sometida la sociedad.

Nos psiquiatrizan, nos atan a la cama, nos diagnostican una enfermedad mental o varias, nos dicen que no tienen cura, nos quitan derechos por ello, nos medican hasta no poder movernos y luego, la Organización Mundial de la Salud inventa el Día de la Prevención del Suicidio para preguntar que por qué no queremos vivir.

Orgullo Loco Madrid, 2022 - **Figura 2.**

Hay cinco oficinas para las profesionales, las cuales están organizadas de la siguiente manera: dos de ellas son para los equipos psicosociales, una para pedagogía, otra para coordinación del programa CPI y la última está destinada para el jefe de enfermería. Dichas oficinas tienen como finalidad establecer el espacio en el que se realizan las valoraciones de las personas que son “beneficiarias” en el programa, los análisis del “avance” en el proceso de cada una de ellas y se establecen los pasos a seguir con la población beneficiaria.

Hay una cancha de cemento acompañada por dos arcos sin mallas y cinco baños categorizados para “los especiales” y “los funcionales”. Resaltamos aquí que los que son considerados como “especiales”, son aquellos que tienen condiciones “más severas” y/o comorbilidades como autismo y esquizofrenia, estos se encuentran la mayoría del tiempo encerrados y encerradas en habitaciones individuales; como “funcionales” están quienes tienen capacidades más “altas” y presentan una “mayor” facilidad de adaptación en ambientes por fuera de la casa 2. Estas definiciones se dan teniendo en cuenta las concepciones de los y las profesionales que se encuentran acompañando el programa.

Teniendo en cuenta todo lo mencionado anteriormente, podemos resaltar como uno de los elementos principales el panoptismo, entendido este como un “instrumento de control, de

dominación, y dicha forma de disciplinamiento” (Valencia, J. Marín, M. 2017. p. 2), lo que lleva a que se lleve a cabo una manera de “regulación” del individuo y sus conductas, buscando fomentar, en cierta perspectiva, la obediencia y el buen comportamiento.

Las oficinas permanecen cerradas, pues las profesionales muestran temor y en ocasiones molestias hacia los y las beneficiarias, evitan que estas entren al corredor donde se encuentran las oficinas y “tienen momentos de escucha determinados”. Dentro de cada habitación cada persona tiene su espacio para organizar sus cosas, más o menos 1,40 con 1,40 m², en algunas camas podían observarse peluches y muñecas, otras personalizan su lugar colocando una foto especial en la pared que da a su cama, también hay rayas como “Te amo y te extraño mamá”, “pene”, “culo” y demás, que no están permitidas, esto sucede en las habitaciones grupales que son donde se encuentran “los y las funcionales”.

Este lugar tiene diversas características, como un olor específico a orina, baba y excremento, las paredes están sucias, en algunas hay heces, sangre o mocos; hay puertas desgastadas, reventadas o rasgadas por las personas que a golpes intentaban salir cuando las “castigaban”. El espacio de comida es uno para “los funcionales” y otro para “los especiales”, el de las primeras personas está ubicado en un salón entre la cancha y los pasillos, hay mesas y sillas, pero algunas personas deciden ir a comer al cemento, aunque esté caliente por el sol, o en el suelo del salón; las segundas comían en sus habitaciones, en el suelo y algunas no utilizan cuchara de plástico (que es el único cubierto que se les da para evitar autolesiones y/o agresiones entre estas), comen con sus manos, y en ocasiones descontroladamente.

En su análisis de historia de la locura en la época clásica, Foucault destaca cómo el encierro en hospitales mentales no solo implicaba la restricción física de las personas consideradas "locas", sino que también contribuía a la creación de una categoría de "locura" en la sociedad. La locura, según Foucault, no era una entidad fija, sino que su definición y control estaban en constante cambio a lo largo de la historia. Teniendo en cuenta esto y lo observado en el espacio, analizamos también cómo la estructura física y el ambiente en el que una persona se encuentra puede generar ciertas condiciones, que al final son las mismas que allí “les buscan controlar”, esto se describe de manera profunda más adelante.



Retomando del Colombiano, “De manicomios a Hospitales Mentales”, 2019. - **Figura 3**



Retomando de El Colombiano, Denuncian fuga de 28 menores de edad en el Hospital Mental de Antioquia, diciembre, 2020 - **Figura 4.**

<https://www.elcolombiano.com/antioquia/denuncian-fuga-en-hospital-mental-de-antioquia-PM14180690>

Figura 5

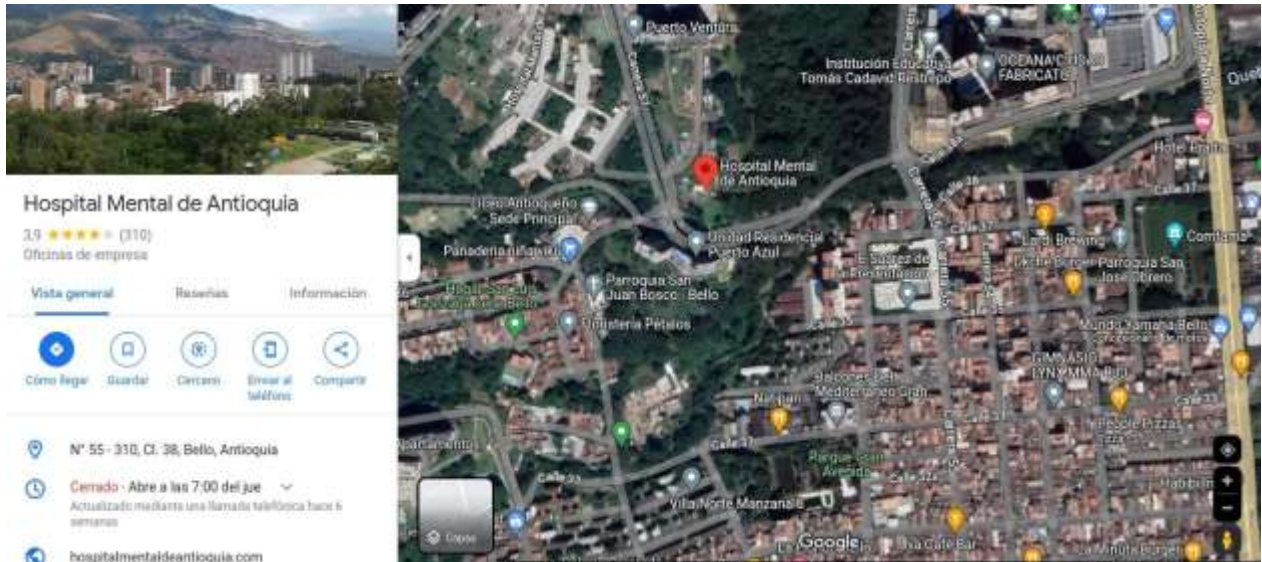
Ubicación geográfica de Bello Antioquia



Nota. Fuente Wikipedia https://es.wikipedia.org/wiki/Bello_%28Antioquia%29

Figura 6

Ubicación geográfica Hospital Mental de Antioquia-HOMO



Nota. Fuente Google Maps.

- **Programa CPI**

En el HOMO se dan varios programas para la atención a diversas situaciones y poblaciones, uno de esos es el CPI, el cual está dividido en tres lugares llamados casas (casa 1 de mujeres, casa 3 de hombres y casa 2 mixta “para las personas con necesidades más especiales”). Este programa está directamente ligado al ICBF, se encuentran personas desde los 6 a los 46 años. A partir de los 18 años estas personas entran en medida de adoptabilidad por parte del ICBF, lo que significa según la página del ICBF:

“La declaratoria de adoptabilidad emitida por un Defensor de Familia, es una medida de protección de restablecimiento de derechos de los niños, las niñas y los adolescentes, que bajo la suprema vigilancia del Estado, busca proveerlos de todas las condiciones necesarias para que crezcan, en un ambiente de bienestar, afecto y solidaridad, sin perjuicio de verificar y garantizar los derechos de los menores de edad y de su familia nuclear y extensa” (2012).

Los CPI funcionan en la atención de salud y el objetivo que se plantea es cambiarlo a una atención integral llevando a cabo estrategias como arteterapia (cine, danza, balcón de artistas, etc.) y un plan de trabajo entre las EE, quienes en este caso somos nosotras durante tres meses y medio, asistiendo aproximadamente cuatro días a la semana, de 7 a 9 horas, dado a que

en el momento no hay un acompañamiento de EE dentro del programa (lo cual lleva a que el proceso que se tiene con las personas que allí se encuentran no se vea conducido a las necesidades de cada uno y cada una). Sin embargo, es de anotar que el ICBF, en medio de nuestro proceso, reconoce las características y necesidades psicoeducativas de la población, buscando designar como coordinadores pedagógicos, a profesionales maestros y maestras licenciadas en EE, con lo cual, entendemos que busca atender modelos diferenciales para la atención educativa. Esto se habla como un plan a corto plazo, y luego de aproximadamente dos meses, llega un EE, quien no dura en el proceso más de mes y medio.

En el CPI se encuentran disciplinas del saber como Enfermería, Medicina, Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría y Pedagogía, quienes deben encargarse de acompañar y crear estrategias para generar un ambiente tranquilo, de enseñanza, aprendizaje y donde se posibiliten las relaciones entre pares. Nuestro proceso, como lo mencionamos en un inicio, está acompañado por la coordinación del CPI y la EE del programa de Buen Comienzo del hospital, quien en el momento se encuentra acompañando temporalmente el CPI.

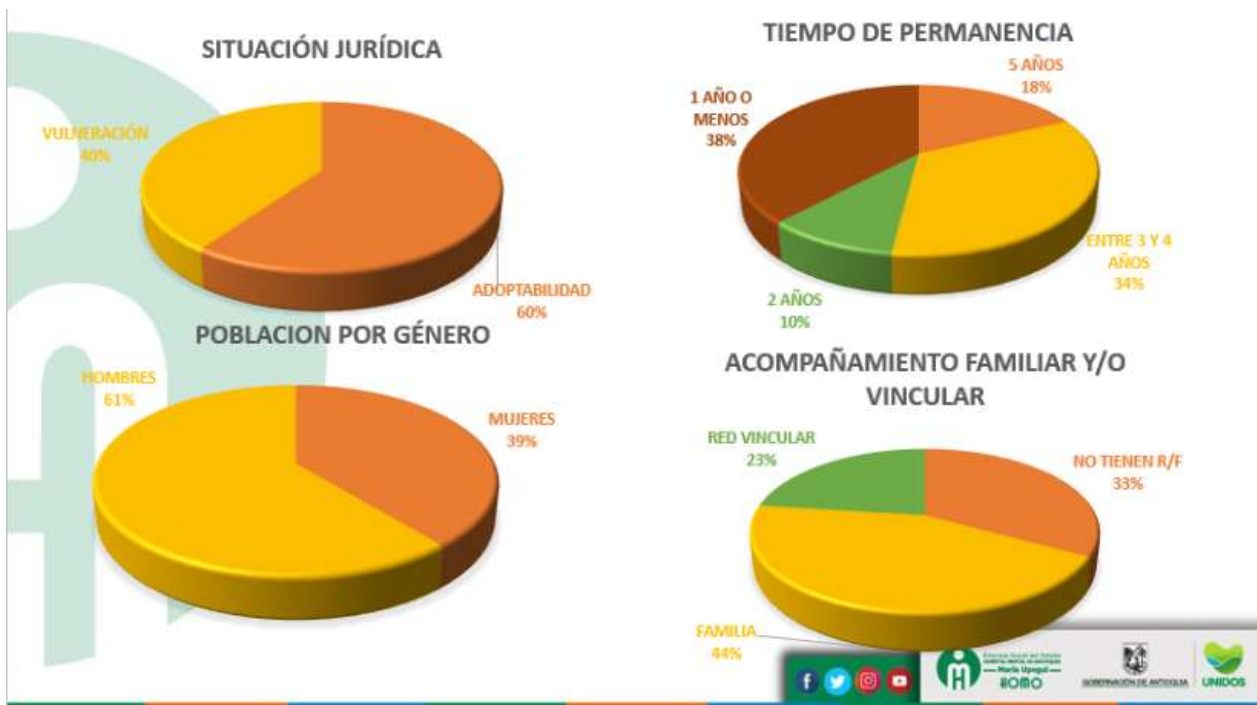
En el CPI casa 2 se encuentran hombres y mujeres con DPs y otros Dx que son denominados y generalizados en “retraso mental grave, con deterioro del comportamiento significativo y que requiere atención o tratamiento. Con coexistencia de otras patologías, como epilepsia, autismo, depresión, trastorno afectivo de la conducta, trastorno opositor desafiante, trastorno bipolar y trastorno asociado al consumo y abuso de sustancias psicoactivas, perturbación de la actividad y de la atención, esquizofrenia y algunos casos de hipoacusia”. Esta generalización se da, ya que por “ley”, al ser un hospital mental, las personas que allí estén deben tener un Dx mental, requerir y adquirir una medicación, algunas de las suministradas son la Risperidona, el Ácido Valproico, Clonidina, Sertralina, Pipotiazina, entre otras. Las cuales se dan, dependiendo de la valoración psiquiátrica, en una visita que se realiza cada seis meses, y de ser necesario, en situaciones de “crisis” específicas les aumentan algunas dosis; en su mayoría estas se otorgan durante el desayuno, almuerzo y cena, y quienes tengan otras especificidades los consumen en otros tiempos monitoreados por el personal de enfermería.

La población que se encuentra en el HOMO- CPI está conformada por un 61% hombres y un 39% mujeres, dentro de estos hay niños, niñas, adolescentes y adultos en un rango de edad desde los 6 hasta los 46 años con diferentes necesidades mentales, cognitivas y físicas. Jurídicamente estos se encuentran en dos tipos de situaciones: 1) un 40% en vulneración, definido por el ICBF como "toda situación de daño, lesión o perjuicio que impide el ejercicio pleno de los derechos de los niños, niñas y adolescentes", y 2) un 60% en medida de adoptabilidad, lo que significa que este será su "hogar" el resto de su vida. Hay un tiempo de permanencia, que equivale a un 38% de personas que llevan en este lugar 1 año o menos, un 10% que lleva 2 años, un 34% entre 3 y 4 años; y un 18% que lleva 5 años.

En cuanto al acompañamiento familiar y/o redes vinculares, hay un 44% que tienen un acompañamiento familiar que se da por medio de videollamadas y/o encuentros presenciales, quincenalmente, algunos y algunas tienen la posibilidad de salir con permisos de sus defensoras de derechos (estos permisos se daban considerando la condición de salud, mental, familiar y social de la persona y el acompañante); un 23% cuenta con una red vincular, que son personas por fuera de la red familiar que han decidido acompañar el proceso de algunos o algunas, sea porque fueron cercanos a su familia o les conocieron en algún otro "internado". Por último, están quienes no tienen ninguna red vincular o familiar, estos tienen unas características y es que son quienes fueron abandonados desde el nacimiento o a una muy temprana edad, y desde entonces son "beneficiarios y beneficiarias" del ICBF.

Figura 7

Porcentaje de personas con discapacidad psicosocial.



Nota. Tomado de presentación para el 1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial. Sentipensar de la Psiquiatrización al acompañamiento pedagógico, realizado en medio de la investigación desarrollada en Julio del 2022.

En el HOMO se permite evidenciar la ausencia de una visión y atención integral sobre el bienestar y la calidad de vida de las personas con DP, esto desde el acompañamiento y trato a las y los beneficiarios por parte de los y las profesionales, el aseo general y las condiciones de alimentación del espacio, y las prácticas de castigo, como ejemplo una situación puntual:

- Una “beneficiaria” de 12 años, llamada Y. “que suele ser impulsiva, no acata órdenes y no respeta la autoridad” es castigada porque “mordió a uno de sus compañeros”, como esto es una situación recurrente, el “método de contención”

empleado por los formadores⁴ y enfermeras, es encerrarla y amarrarla a una cama desde cada extremidad en una de las habitaciones individuales; la “beneficiaria” quien tiene un diagnóstico de esquizofrenia y “retraso mental” llora y gritando desconsoladamente pide que por favor no la amarre, se tira al suelo golpeándose fuertemente la cabeza evitando ser amarrada, cuando lo están logrando, ella se orina hasta mojar su cabeza.

Nos cuestionamos la forma de llevar a cabo la situación, en el momento sentimos tristeza, rabia e impotencia, no tenemos “voz” para discutir el proceso, pues son “las prácticas que siempre se llevan a cabo por la condición de los y las beneficiarias” y ahora estamos en un papel de “observadoras” que no nos permite intervenir directamente; lo que hacemos frente a estas situaciones es informar a la coordinación del HOMO e indagar ¿Cuál es el papel del ICBF al hacer respetar los derechos de estos niños, niñas, adolescentes y adultos? y ¿Cuál es el acompañamiento que se da desde allí?, creemos que la acción dada con Y. no tendrá una trascendencia en cuanto a que ella pueda comprender el qué es lo que ha hecho mal, no hay un acompañamiento de alguien que pueda ayudarle a reflexionar, guiarla, en el por qué no debe hacerlo y explicarle qué otras formas tiene para llegar a una solución y no recurrir a la “violencia”.

Nos acercamos comentando acerca de si no era necesario cambiarle la ropa a Y. pues, está cubierta de orina hasta el pelo, la respuesta es que “ella se quedará dormida prontamente”, claramente lo hará, teniendo en cuenta que su tratamiento farmacológico consiste en seis medicamentos diferentes “que inhiben sus conductas impulsivas”, como la Risperidona, Clozapina, Clonazepam y Pipotiazina.

Lo mencionado anteriormente genera diversas barreras para el reconocimiento y goce efectivo de derechos, a pesar de que estos y estas se encuentren en la restitución de los mismos, encontramos la predominancia del modelo médico que interviene con prácticas psiquiátricas y

⁴ Las y los formadores se encargan de acompañar de manera constante el diario vivir de las niñas, niños, adolescentes y adultos del programa. Dicho acompañamiento se lleva a cabo desde que se levantan hasta que se acuestan, pasando por cada actividad que se tenga programada durante el día, incluyendo la alimentación y el aseo.

de asistencialismo, dejando a un lado el acompañamiento y las prácticas pedagógicas que permiten identificar y responder a las necesidades de esta población, generando espacios de interacción, escucha y reflexión.

6.1.2 Cómo acompañamos:

- **Observación directa**

Para investigar, realizamos primeramente una observación directa, contributiva e intensiva, en la cual tuvimos inicialmente la oportunidad de revisar de manera detallada las historias clínicas de las y los “beneficiarios” del CPI casa 2, para lo que creamos un formato de caracterización (anexo 3) que nos permite organizar la información que pueda ser de utilidad para nosotras, teniendo en cuenta los datos generales del niño, niña, adolescente y/o adulto; tales datos consisten en la fecha de ingreso al HOMO, su Dx, los vínculos familiares y/o personales que tiene o tuvo, su estado de salud mental y física, sus experiencias educativas, familiares y sociales; y su tratamiento farmacológico.

Las historias clínicas son “construidas” a partir de cada uno de los campos de especialidad que se conforman en el CPI casa 2, estas contienen en su primera parte el **acta de reunión inicial**, en la cual se da un breve resumen del por qué llega el o la “beneficiaria” al HOMO, medicación previamente prescrita si la tiene, acuerdos y compromisos de todas las partes (HOMO, representante legal del “beneficiario”, el “beneficiario” y familia si cuenta con esta). Seguido de esto se inicia con la **intervención o seguimiento** por parte del área de **trabajo social**, donde se describe la composición del núcleo familiar, los comportamientos de las y los “beneficiarios” en actividades planteadas desde el área y además de recomendaciones específicas.

Continuando, se presenta el seguimiento por parte del área de **psicología**, donde se recoge la “enfermedad actual”, el estado mental, análisis del profesional, Dx, y recomendaciones por parte del profesional. La última área en realizar el seguimiento es la de **pedagogía**, en la cual se describe un panorama general del “beneficiario”, sus acciones,

conductas y actividades que realiza en el CPI casa 2; su desempeño académico y si el “beneficiario” ha realizado una conducta negativa se le suma a este apartado el desarrollo de su convivencia.

Desde nuestro punto de vista, podemos identificar cómo varios de los profesionales, convierten dichos procesos en un “copiar y pegar” de información, ya que en este tiempo no logramos observar ninguna de las actividades que plantean en los informes mensuales, además de ver varios errores en la descripción puntual de las mismas como la ortografía y cambios de nombres y situaciones, es decir, en la historia de Y. hay información en nombre de E. Consideramos egoísta y transgresor desde varias perspectivas para/con las y los “beneficiarios” el actuar o accionar de esta forma, teniendo en cuenta que como se mencionó anteriormente las y los “beneficiarios” del CPI casa 2, están en medida de adoptabilidad, y este es el único espacio en el que estarán el resto de sus vidas, un lugar donde se espera fuese lo más ameno y eficiente posible para el desarrollo de los procesos individuales, además esto puede generar confusiones en la situaciones y/o necesidades de cada uno y cada una, por lo que el acompañamiento puede verse obstaculizado.

En una segunda parte de las historia clínicas, se muestra el seguimiento clínico por parte de **psiquiatría**, tales como, antecedentes, Dx, desarrollo de sus conductas, informes de evolución del proceso de restablecimiento de derechos y la última fórmula de su tratamiento farmacológico; para finalizar, se anexa si ha tenido enfermedades, operaciones, citas médicas, entre otros.

Al observar las historias clínicas se puede evidenciar como las y los “beneficiarios” han pasado por situaciones de vulnerabilidad, abandono por parte de sus familiares, abusos físicos, emocionales y psicológicos, violaciones sexuales, enfermedades como sífilis congénita, taquicardia sinusal inapropiada y escabiosis; también han estado en diferentes “hogares sustitutos” lo que les ha generado cierta desestabilidad, en algunos casos llevando al consumo de sustancias alucinógenas, se han encontrado en situación de calle y otros y otras que desde sus primeros meses de vida han estado a cargo del ICBF. Estas realidades crean en ellas y ellos dificultades en el desarrollo, grandes problemas de autoestima, de apego y además una

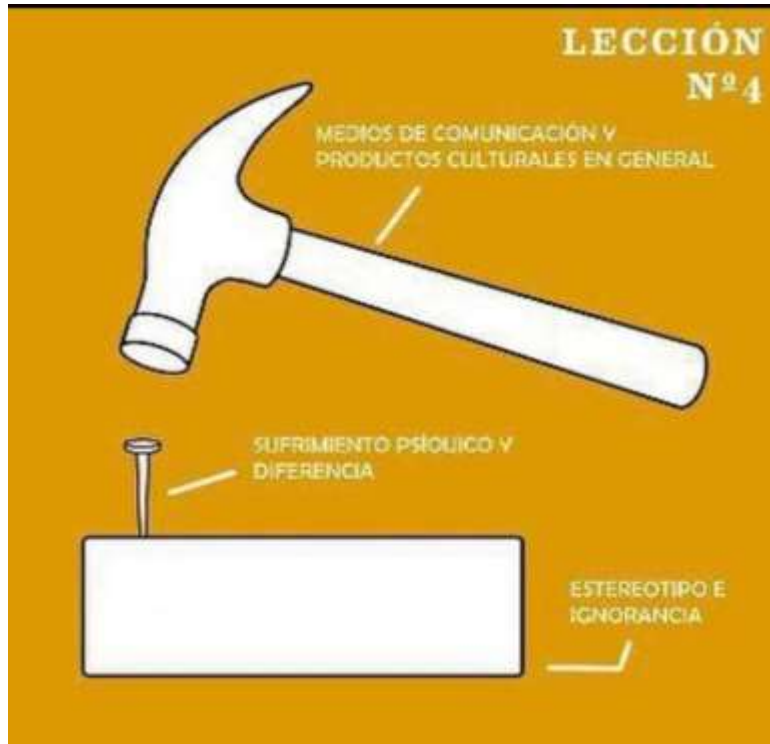
confusión emocional, lo que les lleva a tener impulsos negativos donde en ocasiones arriesgan su integridad y la de los demás, buscando lesionarse o hacerle daño a otras personas.

El leer estos casos nos ha generado un encuentro de muchos sentimientos y sensaciones que en el momento no sabemos cómo tramitar, reconocemos que las realidades de cada persona que allí se encuentra es el espejo de la sociedad que habitamos y la forma en que funciona el sistema político, y por ende el sistema de salud mental, pues no hay un acompañamiento que busque darles una “restitución de derechos”, sino por el contrario, una “normalización y control” de las personas, dejando de lado su bienestar, calidad de vida y capacidad de decisión. No hay un acompañamiento que permita a la persona reconocer su situación para llevar un proceso de la misma, que le brinde la posibilidad de primeramente ser escuchado y/o escuchada para reconocer, reflexionar y sanar; y a su vez evolucionar a partir de las diferentes etapas del desarrollo.

La mirada infantilizadora ha intervenido en el proceso permeando las diversas áreas profesionales, lo que genera la idea de que lo mejor es evitar hablar directamente de las situaciones con la persona, subestimando el “estado mental” de los y las “beneficiarias” y omitiendo el hecho de que quienes han atravesado dichos momentos y quienes necesitan aclarar para avanzar son ellas y ellos, para esto es fundamental la creación de espacios seguros que brinden tranquilidad mental y emocional, donde se puedan sentir vulnerables pero no vulnerados.

Se debe revolucionar la forma en la que se llevan a cabo estos procesos, dándole una verdadera continuidad que permita avanzar, identificando en cada uno de ellos y ellas sus deseos y necesidades, hemos podido observar que su principal “exigencia” es ser escuchados, respetados y acompañados por parte de los profesionales; debe de primar la obligación por parte de estos últimos en crear apoyos, estrategias y actividades pedagógicas que les permita desde el acompañamiento una autonomía e independencia en situaciones de la vida diaria, como rutinas de autocuidado, comida, vestimenta, baño, etc; espacios de ocio y aprendizaje, entre otros.

Figura 8.



Orgullo Loco Madrid, 2022

- **Caracterización de los niños, niñas, adolescentes y adultos**

Como parte de los productos generados para esta investigación se realizó la caracterización (Anexo 3.1) de las y los 68 “beneficiarios” de la casa 2, teniendo en cuenta las historias clínicas otorgadas para dicha investigación y previamente mencionadas, se notaron algunas falencias en cuanto a información de las y los “beneficiarios” teniendo en cuenta la información que se escribe (ejemplo mencionado anteriormente), actividades que realizan y no fueron evidenciadas, entre otras, llegando a analizar el rol que cumplen los profesionales en este lugar y de qué manera se está dando el acompañamiento, mucho más si se busca que este sea integral.

La caracterización se realiza basándose en puntos específicos como: nombre, edad, fecha de ingreso, información general, antecedentes generales, escolares, clínicos y familiares, Dx, estado mental, información dada por Trabajo Social, Psicología, Pedagogía y las recomendaciones de cada una, y por último el tratamiento farmacológico de los niñas, niños, adolescentes y adultos. Esta información además de ser recolectada partiendo de la lectura de

las historias clínicas durante varias semanas, la nutrimos a partir de la observación directa que estamos realizando, en conversaciones con las y los “beneficiarios” y resolviendo algunas dudas con el equipo psicosocial de cada uno, cuando es posible.

Esta y las demás técnicas de recolección de información, nos permiten identificar las diferentes historias y experiencias de vida, como también las capacidades, deseos y necesidades que tienen las y los “beneficiarios”, y a partir de esto vemos la carencia de apoyos y la necesidad de crear nuevas estrategias, desde una atención integral y menos asistencial. Esta caracterización la realizamos nosotras para nuestro proyecto, pero es a partir de esta que se buscará luego realizar una evaluación psicopedagógica con la creación de un equipo interdisciplinario.

- **Evaluación psicopedagógica como estrategia para reconocer las necesidades de acompañamiento**

A través de múltiples reuniones y después de analizar las diversas estrategias, necesidades y/o prácticas utilizadas en las y los “beneficiarios”, conjuntamente con la Coordinadora del CPI y el acompañamiento de EE del programa Buen Comienzo, se llega al acuerdo de crear un equipo interdisciplinario conformado por profesionales en Neuropsicología y EE (donde entramos nosotras) y los equipos psicosociales ya conformados, esto para realizar e implementar un instrumento de valoración psicopedagógica en EE y una capacitación integral a los profesionales que se encuentran en los CPI.

Se da inicio al desarrollo del instrumento, donde se tiene como objetivo rastrear las fortalezas, debilidades y necesidades de las y los “beneficiarios” del CPI, para de esta manera generar un plan de acción en cuanto al desarrollo pleno de su vida diaria y mejorando su calidad a través de actividades o estrategias intencionadas a las habilidades comunicativas, sociales, motricidad, aprendizaje, capacidad sensorial, habilidades cognitivas, de matemáticas, lectura y escritura. Teniendo en cuenta la cantidad de “beneficiarios y beneficiarias” que se tienen en la casa 2, se decide crear tres (3) grupos interdisciplinarios para la aplicación del instrumento, y se divide en dos tandas de aplicación, es decir, treinta y un (31) “beneficiarios” valorados entre las fechas miércoles 22, jueves 23 y viernes 24 de junio del 2022, dos equipos

con diez (10) “beneficiarios” a cargo y un equipo de once (11), como se muestra en las siguientes tablas.

Figura 9: Cronograma para la realización de la evaluación psicopedagógica realizada por los grupos interdisciplinarios

Equipo 1			Equipo 2			Equipo 3		
Profesionales:		Área:	Profesionales:		Área:	Profesionales:		Área:
<ul style="list-style-type: none"> Gloria Restrepo Kelly Yulieth Ortiz Brenda Estrada 		Neuropsicología Educatora Especial Pract. Educación Especial	<ul style="list-style-type: none"> Jennifer Vega Laiton Henry Rojas Álvarez Eliana Monsalve 		Neuropsicóloga Educatore Especial Pract. Educación Especial	<ul style="list-style-type: none"> Laura Gutierrez B. Isamar Carolina Caro Alexandra Ospina 		Neuropsicología Educatora Especial Pract. Educación Especial
Nombre del beneficiario	Edad	Fecha de evaluación	Nombre del beneficiario	Edad	Fecha de evaluación	Nombre del beneficiario	Edad	Fecha de evaluación
XXX XXX XXX	12 años	22 de Junio 2022	XXX XXX XXX	15 años	22 de Junio 2022	XXX XXX XXX	16 años	22 de Junio 2022
XXX XXX XXX	16 años	22 de Junio 2022	XXX XXX XXX	18 años	22 de Junio 2022	XXX XXX XXX	14 años	22 de Junio 2022
XXX XXX XXX	16 años	22 de Junio 2022	XXX XXX XXX	17 años	22 de Junio 2022	XXX XXX XXX	15 años	22 de Junio 2022
XXX XXX XXX	15 años	23 de Junio 2022	XXX XXX XXX	16 años	23 de Junio 2022	XXX XXX XXX	17 años	23 de Junio 2022
XXX XXX XXX	16 años	23 de Junio 2022	XXX XXX XXX	17 años	23 de Junio 2022	XXX XXX XXX	18 años	23 de Junio 2022
XXX XXX XXX	18 años	23 de Junio 2022	XXX XXX XXX	16 años	23 de Junio 2022	XXX XXX XXX	18 años	23 de Junio 2022
XXX XXX XXX	18 años	23 de Junio 2022	XXX XXX XXX	14 años	23 de Junio 2022	XXX XXX XXX	17 años	23 de Junio 2022
XXX XXX XXX	21 años	24 de Junio 2022	XXX XXX XXX	35 años	24 de Junio 2022	XXX XXX XXX	30 años	24 de Junio 2022
XXX XXX XXX	34 años	24 de Junio 2022	XXX XXX XXX	34 años	24 de Junio 2022	XXX XXX XXX	39 años	24 de Junio 2022
XXX XXX XXX	41 años	24 de Junio 2022	XXX XXX XXX	41 años	24 de Junio 2022	XXX XXX XXX	41 años	24 de Junio 2022
			XXX XXX XXX	24 años	24 de Junio 2022			

La evaluación psicopedagógica es entendida como “un proceso compartido de recogida y análisis de información relevante de la situación de enseñanza - aprendizaje, teniendo en cuenta las características propias del contexto escolar y familiar, a fin de tomar decisiones para

promover cambios que hagan posible mejorar la situación planteada” (Colomer, T., Masot, M.J., Navarro, I., 2001).

Considerando lo anterior, no se basa en evaluar simplemente las dificultades que tiene la persona, para compararlo con una referencia estandarizada, sino que el origen de esta evaluación está en determinar las necesidades que el contexto tiene para brindarle una atención que permita relaciones enriquecedoras de enseñanza y aprendizaje. La evaluación es un elemento esencial de la práctica educativa y sirve para realizar una puesta a punto de la intervención orientadora tal y como expresa Álvarez González (1995): "se trata de proporcionar datos para una correcta toma de decisiones en la práctica orientadora... debe dirigirse a mejorar la práctica orientadora a través de la búsqueda de soluciones de los problemas que se le plantean a la intervención... esta línea de investigación ha contribuido a acercar la teoría a la práctica, y, con ello, a mejorar la intervención orientadora y a que se tome conciencia de la importancia de la evaluación de programas”. (Anexo 4).

- **Plan de Capacitación a profesionales: una estrategia para avanzar hacia la propuesta pedagógica**

Como parte de los productos pedagógicos se plantea como mecanismo, construir un proceso de capacitación a profesionales, esto con el objetivo de compartir conocimientos y herramientas orientadas a la cualificación de discursos y prácticas relacionadas con el fortalecimiento de la atención especializada a los niños, niñas, adolescentes y adultos con DPs; además buscando que puedan pensarse y dar trascendencia a la pedagogía como parte fundamental de la restitución y garantía de derechos, desde una pedagogía del cuidado que permita identificar las características del desarrollo y las necesidades de cada uno y cada una de las personas.

El plan de capacitación se divide en dos sesiones:

- Una primera sesión, hablará de las concepciones de la discapacidad, comprensión de la DPs, políticas públicas y normativa vigente.

- Para la segunda sesión se planteó estrategias de proyecto de vida y cuidado del sí como condición para el cuidado del otro.

Esta estrategia de división se realiza, comprendiendo que este espacio (el HOMO como estructura en general) es un espacio desgastante tanto física, mental y/o emocionalmente no sólo para las y los “beneficiarios”, sino también para todos y todas las profesionales, por lo que consideramos importante realizar este plan de capacitación con tiempos moderados que permitan que la mente esté dispuesta al aprendizaje y participación y así aportar a la construcción del acompañamiento integral que se busca, guiando de manera asertiva los procesos de cada una de las y los “beneficiarios”

Figura 10: Cronograma, plan de capacitación a profesionales

TEMA	ENTIDAD QUE REQUIERE	PERSONAL PARTICIPANTE	RESPONSABLE	CONTENIDOS	LUGAR Y FECHA	TIEMPO ESTIMADO
Concepciones de la discapacidad	E.S.E Hospital Mental de Antioquia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	Formadores, Auxiliares de Enfermería, Auxiliares Administrativos, Profesionales de Área	Grupo Primario Programa CPI Maestras en formación Asesora de práctica de Licenciatura en Educación Especial de la UdeA	Relación entre el Modelo social y el de Derechos en Discapacidad- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. CDPD 2008. La concepción biopsicosocial y del Funcionamiento de la OMS y la CIF. Historia, epistemología, lenguajes y discursos sobre la discapacidad	HOMO 05/08/2022 12/08/2022	2 sesiones de 2 horas cada una
Comprensión de la discapacidad psicosocial	E.S.E Hospital Mental de Antioquia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	Formadores, Auxiliares de Enfermería, Auxiliares Administrativos, Profesionales de Área	Grupo Primario Programa CPI Maestras en formación Asesora de práctica de Licenciatura en Educación Especial de la UdeA	Enfermedad; trastornos mentales y Discapacidad psicosocial. DSM V y OPS y MIN Salud y Protección Social Colombia Concepciones de la CDPD, aportes teóricos y características de las personas El sujeto de la discapacidad psicosocial. Visiones críticas	HOMO 19/08/2022 26/08/2022	2 sesiones de 2 horas cada una
Política pública y normatividad vigente	E.S.E Hospital Mental de Antioquia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	Formadores, Auxiliares de Enfermería, Auxiliares Administrativos, Profesionales de Área	Grupo Primario Programa CPI Maestras en formación Asesora de práctica de Licenciatura en Educación Especial de la UdeA	Enfoque diferencial, inclusivo y de derechos desde marcos de referencia en orientaciones internacionales UNESCO -UNICEF, ODS y políticas nacionales - Educación, salud y demás áreas que se vinculan directamente con la población usuaria del CPI	HOMO 02/09/2023	1 Sesión de dos horas

Estrategia Proyecto de Vida	E.S.E Hospital Mental de Antioquia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	Formadores, Auxiliares de Enfermería, Auxiliares Administrativos, Profesionales de Área	Grupo Primario Programa CPI Maestras en formación Asesora de práctica de Licenciatura en Educación Especial de la UdeA	Comprender el desarrollo humano integral en perspectiva de diversidad cultural, de género, sexual, étnica, lingüística, de capacidades sea por discapacidad o talentos excepcionales Características de las Discapacidades Intelectuales según los trastornos del Neurodesarrollo de la APA-DSM-V Factores contextuales, experiencias de vida y proyecto de vida. Variables sociales, culturales, económicos, religiosos, educativos El lugar del sujeto. Reconocimiento y voz de los niños, niñas, adolescentes y adultos en la construcción del proyecto de vida Responsabilidades y corresponsabilidades del área misional y asistencial.	HOMO 09/09/2022 16/09/2022 23/09/2022 30/09/2022	4 sesiones de 2 horas cada una
Cuidado de sí como condición para el cuidado del otro	E.S.E Hospital Mental de Antioquia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	Formadores, Auxiliares de Enfermería, Auxiliares Administrativos, Profesionales de Área	Grupo Primario Programa CPI Maestras en formación Asesora de práctica de Licenciatura en Educación Especial de la UdeA	Pedagogías de la diversidad y la diferencia y relacionamientos con pedagogías del cuidado, del afecto con políticas sociales del cuidado Escenarios, ambientes sociales y educativos en las prácticas del cuidado. Afectos, emociones y saberes Inter seccionados y dialogantes. Aprender, enseñar y desarrollar habilidades para el cuidado mutuo Necesidades de acompañamiento y apoyo de NNA con Discapacidad Psicosocial. Sufrimiento psíquico.	HOMO 07/10/2022 14/10/2022 21/10/2022 28/10/2022	4 sesiones de 2 horas cada una

6.2. Recompensas del camino:

- ***1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial. Sentipensar de la Psiquiatrización al acompañamiento pedagógico***

En este evento académico, se abordaron reflexiones, proyecciones, problematizaciones y experiencias de inclusión social y educativa relacionadas con las personas con DPs (Anexo 5).

De manera virtual se dio paso a la primera profesional, la cual es licenciada en pedagogía, proveniente de la ciudad de México, está abordó su ponencia desde el modelo social, actualmente vigente para la comprensión de la discapacidad y la DPs, como concepto de identidad de las personas, el cual ella nombra como: “sobrevivientes de la psiquiatría”, haciendo énfasis en las diversas trayectorias que atraviesan las personas con DPs. Además, se abordaron

aspectos sociales, como los estigmas patologizantes, que se centran en el Dx y descuidan la atención y reconocimiento de las personas, limitando su participación y rol en las comunidades.

Se continua con la intervención por parte de la segunda profesional, la cual es psicóloga de la UAI Su enfoque principal es abordar la DPs desde una perspectiva educativa, centrándose en las estrategias y el apoyo pedagógico dirigido a niños y adolescentes en el ámbito de la educación formal. Se utiliza la definición de DPs estrechamente vinculada al Dx de trastorno mental, empleando el término “Discapacidad Mental Psicosocial”, el cual no es comúnmente utilizado ni reconocido legalmente.

Se plantea la educación con un enfoque inclusivo como estrategia para garantizar la formación, menciona las barreras, los actores y las situaciones que pueden fortalecer o dificultar el proceso educativo. Se presenta el programa Unidad de Atención Integral (UAI) y la recién creada línea de atención a trastornos del aprendizaje y del comportamiento, como propuestas necesarias y en respuesta a las realidades encontradas en las instituciones educativas en Medellín.

Posteriormente, se realizó la socialización del HOMO a cargo de la tercera profesional, la cual es Trabajadora Social y coordinadora general, quien hizo hincapié en aspectos medibles que destacan el número de personas atendidas en el hospital por emergencias de salud mental, los Dx proporcionados por la institución y las medidas que se están implementando para brindar apoyo educativo a los niños, niñas, adolescentes y adultos internados.

También se abordó el concepto de DPs como una condición que afecta el pensamiento, la percepción, las emociones, los sentimientos, los comportamientos y las relaciones”. Se destacaron los factores identificados como agravantes para esta población, entre ellos se mencionaron el maltrato infantil, abuso sexual, diversas formas de violencias y factores socioeconomicos relacionados con la falta de acceso a recursos y servicios. Además, se presentó el programa CPI y como este se adapta a las necesidades de las personas con DPs a través de la educación, empleabilidad, bienestar físico y mental, la recreación y la participación

La última presentación del coloquio estuvo a cargo de la cuarta y quinta profesional, dos educadoras de las IMGVV (Institución Maestro Guillermo Vélez Vélez), quienes compartieron dos historias de vida de las personas con DPs que han recibido acompañamiento de la institución con el objetivo de mejorar la calidad de su vida. Analizando la comprensión de la DPs a través de varias etapas que marcan un recorrido en la experiencia de vida de la población incluyendo los imaginarios, la resistencia, la incertidumbre y el crecimiento personal. Se aborda el enfoque educativo surgido a partir de esta comprensión, presentando un modelo de educación no formal que se centra en la formación laboral y el desarrollo humano de jóvenes y adultos con DPs. Resaltando la importancia de reconocer a las personas a partir de su ser y la identidad que construyen para sí mismas. relegando la relevancia o protagonismo del Dx asociado a la DPs

Haciendo un análisis de la intervención por parte del HOMO, su posición inicial se encuentra desde la patología y el enfoque clínico, dejando de lado la perspectiva educativa, al momento de tratar este enfoque, menciona que el programa CPI se adapta a las necesidades de las personas con DPs a través de la educación, empleabilidad, bienestar físico y mental, la recreación y la participación. Teniendo en cuenta lo observado entramos a cuestionar algunos aspectos mencionados por la profesional.

Primeramente, la educación que se brinda dentro del mismo no es flexible, ni se adapta verdaderamente a las necesidades de las y los “beneficiarios” al no tener en cuenta las diversidades, capacidades, edades, etc; para la creación de estrategias pedagógicas y de acompañamiento, esto teniendo en cuenta también que los espacios no son los más adecuados y los profesionales que acompañan no están capacitados para atender población con alguna discapacidad o NE, de esto nos damos cuenta teniendo una conversación en la visita a la Institución Educativa Colegio y Universidad Virtual de Colombia CUVIC (espacio de formación) con el “profesor de matemáticas”, quien tenía una profesión en Ingeniería.

La empleabilidad mencionada, es una oportunidad que se brinda a aproximadamente a siete personas de la casa 2 y se da con la IMGVV, para acceder a esta se hace un estudio a la persona, no logramos conocer a profundidad los aspectos necesarios que se tienen en cuenta para esto, pero en medio de conversaciones con quienes participan de este proceso y otros que

se les ha sido negada la oportunidad, logramos concluir que la condición de cada persona, tiene mucho que ver con la decisión de manera que a las personas que tenían menos “control de sí” evitan darles en cierta medida algún tipo de “libertad”, aunque este “control” sea “perdido” por los medicamentos que allí le administran.

En cuanto al bienestar físico y mental, tras varios meses de mucha conversación, de análisis, y de observación podemos decir que este quizá es uno de los ítems o características más alejada de la realidad, como ya se ha mencionado a lo largo de este documento, el aspecto físico, la estimulación del autoestima y la autopercepción pasan no a un segundo plano, sino que, simplemente no está en la lista; adolescentes y adultos tratados como infantes, sin oportunidad de elección, privados de algo tan simple como el escoger qué ponerse de vestimenta, poder expresar cuando se sienten mal frente a algo que para ellos y ellas es importante “pero deben esperar a que sea momento de su cita con el equipo psicosocial”, según lo manifiesta una de las profesionales de su equipo psicosocial.

Para finalizar, en cuanto a la recreación y participación, lo que logramos observar es que existe un papel, este contiene un cronograma con diferentes actividades y talleres semanales, estos no se realizan todos como está programado. Los especiales no participan de estos talleres, en algunas ocasiones una o dos personas “asisten” por un tiempo corto, estos, tampoco tienen momentos de recreación. “Los funcionales”, algunos asisten a terapia y el CUVIC, otros al IMGVV, entre cuatro o cinco no participan de ninguno de estos procesos. En cuanto a recreación se logran evidenciar salidas a la cancha, a jugar con balones o realizar un taller (pintar), y también se encontraban con compañeros y compañeras de casa 1 y casa 3 del CPI. Otra actividad en la que tenemos la oportunidad de participar es una “fiesta”, en la cual les ponen música para bailar, como el “Reguetón” que tiene una forma de baile determinada por la sociedad, estos chicos y chicas reproducen estas formas, en el momento no hay ningún llamado, pero luego de haber terminado la “fiesta” continúan con los bailes, a lo que las formadoras responden haciendo un llamado de atención puesto que “las conductas sexualizadas están prohibidas”. Acá podemos analizar cómo las actividades que se realizan pierden el sentido pedagógico y de reflexión, no hay estrategias que vayan en busca del desarrollo integral de cada “beneficiario y beneficiaria” teniendo en cuenta sus intereses, capacidades, metas, etc.

- **Página web: *Conozcamos la Discapacidad Psicosocial***

Hemos creado este espacio interactivo con el propósito de informar, formar, sensibilizar y generar conciencia y comprensión, para compartir y propiciar la apropiación social de conocimiento, como también posibilitar el fortalecimiento de redes de trabajo y comunidades de apoyo orientadas a mejorar la calidad de vida y el reconocimiento del derecho a la educación de las personas con DPs desde una perspectiva pedagógica (Anexo 6).

Dentro de las problemáticas sociales y educativas identificadas, observamos la necesidad de creación de este espacio para compartir información y experiencias, como también para acercar a diferentes individualidades o colectividades en torno al tema, para fomentar la construcción de procesos y estrategias que promuevan la visibilización, el reconocimiento, la inclusión social y educativa de niños, niñas, adolescentes y adultos con DPs; este es un medio donde se puede interactuar compartiendo vídeos, imágenes, artículos y/o comentarios al rededor de la DPs y políticas públicas entorno a la misma.

La pertinencia en la creación de esta herramienta pedagógica, se da al analizar cada uno de los temas en los cuales se centra y cómo estos se relacionan dentro del contexto, con el fin de generar aportes que sean de gran ayuda tanto pedagógica, como socialmente, ya que al tener la posibilidad de interactuar y compartir sus propias vivencias o perspectivas de la DPs con otros visitantes, se podría generar una comunidad entorno a la misma. Esta, presenta una conceptualización de la discapacidad desde un léxico familiar para la facilidad de la lectura, ya que está enfocada para todo público en general y esperamos que sea visitada no solo por profesionales, sino también por familias y personas con DPs, además, cuenta con diferentes herramientas para la accesibilidad de los y las visitantes, como los pictogramas. En el anexo se especifica cada punto que encontramos dentro de la misma.

Al momento de la socialización (Anexo 6.1), hemos notado cómo esta generó gran curiosidad entre las y los espectadores, el término no era algo tan familiar para ellos, y se podía

apreciar como posterior a la socialización se acercaban a indagar más sobre el tema, permitiéndonos lograr parte del objetivo.

Figura 11. Página Web: Conozcamos la Discapacidad Psicosocial



<https://dpsudea2021.wixsite.com/discapacidad-psicoso/blog>

- **Entrevista: *Las vivencias de E***

El trabajo de campo y el tipo de investigación, exige dar importancia a la voz de los niños, niñas, adolescentes y adultos con DPs, por eso, la técnica más cercana para conocer y comprender sus experiencias, fue la de entrevista en profundidad para la construcción del relato biográfico. En esta se entrevistó a quien se nombrará como “E”, E tiene 14 años, nació en el municipio de Remedios-Antioquia e ingresa a protección con el ICBF por riesgo a reclutamiento de grupos al margen de la ley (paramilitares en este caso) en su lugar de residencia, era utilizado para el trabajo infantil minero, se encuentra en presunta situación de amenaza, negligencia familiar y desescolarización. E experimenta conductas de cutting, ideas suicidas y antecedentes de abuso sexual, es visto como un “usuario” irritable, con poco límite al momento de relacionarse con pares, es agresivo, tiene desestabilidad emocional y se le dificulta “respetar figuras de autoridad”.

Desde los 3 años inicia el proceso de restablecimiento de derechos en modalidad de hogar sustituto debido a que “a madre continuamente lo dejaba solo para irse a consumir sustancias psicoactivas y a ejercer la prostitución”. Tiene una hermana mayor que al igual que él, se encuentra en proceso de restablecimiento de derechos en el CPI por abandono y abuso sexual por parte del “padre social”, la madre aún convive con este abusador. E, experimenta la marihuana y el perico a los 10 años, -“Yo cuando pienso en las drogas me pongo muy acelerado, me pongo agresivo, como con ganas de pegarle a la gente” nos comparte. En cuanto a la parte educativa, la actualización de su información **nos** dice que egresa de Ciudad Don Bosco programa Forjadores de Esperanza, allí estudió hasta cuarto de primaria. Se encuentra en el CUVIC “en grado sexto y séptimo”. En las últimas notas entregadas pierde las asignaturas de humanidades, lengua castellana e idiomas extranjeros, “a veces es aburrido ir por allá, qué pereza, yo ya sé lo que nos enseñan”. Toda la información anterior es extraída de la historia clínica de E y algunos comentarios de él.

Durante el proceso de observación y acompañamiento, E se muestra motivado con nuestra presencia y se ofrece para colaborarnos siempre, está atento cada que llegamos y es lleno de preguntas sobre quiénes somos, de qué lugar venimos y para qué lo hacemos, se refiere a nosotras como “Má o mamá”, expresa lo poco que le gusta el estar allí, pero también como el hecho de que su hermana esté ahí, aunque no sea en la misma casa, le da motivación “para no volarse”; leyendo su historia clínica, encontramos que no cuenta con ninguna red familiar o vincular, su madre murió dos meses atrás pero es un hecho del que no se ha enterado. En varias de nuestras visitas, al llegar, E estaba amarrado y encerrado en la habitación “de observación”, al indagar qué ha sucedido, recibimos como respuesta que agredió a alguno de sus compañeros, en ocasiones donde nos toca presenciar esas “agresiones” podemos evidenciar que E se “mete en problemas” cuando hay una discusión entre otros compañeros y él quiere entrar a defender alguna de las dos partes, lo hace empujando o golpeando. En él observamos también habilidades de liderazgo, escritura y música, expresa en repetidas ocasiones lo mucho que le gusta cantar. La participación en el CUVIC es todo un reto para él, pues muchas de las veces lo devuelven “por no permitir que el espacio se dé con normalidad”, en cuanto a esto comenta que no le gusta que en este lugar lo molesten por ser de “la casa de los especiales”, pues “él no es ningún

especial”. El vínculo creado con este chico, la oportunidad de acercamiento para con este y el interés por su historia de vida y lo mucho que nos conmueve esta como personas y EE, es lo que nos lleva a proponer que sea él con quien hagamos la entrevista en profundidad.

Para realizar esta entrevista se lleva a cabo un proceso, conversamos primero con E para saber si está de acuerdo y se le comparte el consentimiento informado que debe firmar, luego debe enviarse el consentimiento informado y firmado al equipo psicosocial a cargo, y por último este es reenviado a la defensora de derechos de E, quien es la que confirma si es posible o no realizar la misma. Es aceptada la solicitud, pero el día que se llega a la institución a realizar la entrevista, nos encontramos con la noticia de que E se ha "volado". Después de unas semanas y en proceso de finalización del proyecto, por otras cuestiones, encontramos a este chico en la calle, su condición de vida ahora es diferente y desea compartirnos algo de su historia (Anexo 7).

De la entrevista realizada podemos extraer una diversidad de pensamientos, sentires, planteamientos y demás elementos que podrían dar bases a nuestro proyecto, puesto que es posible utilizar varias de las ideas expuestas en ella para establecer alguna consolidación.

Cabe resaltar que la persona que fue entrevistada ya no forma parte del programa CPI del HOMO, puesto que este se evadió de la institución mientras estábamos en la ejecución del proyecto, actualmente es una persona en situación de calle, “uno más” para esta ciudad que, al parecer, se queda sin oportunidades para ofrecer a las niñas, niños y adolescentes.

E, que en sus pocos años de edad ha estado en una considerable cantidad de instituciones y programas estatales de diferentes modalidades, nos lleva a cuestionarnos sobre la eficacia de dichos programas ¿Qué es lo que lleva a una persona que ha estado en familias sustitutas, hogares de paso, programas de restablecimiento de derechos, entre otros, a abandonar su proceso? ¿Es acaso esa “necesidad de consumo” o los “malos tratos” que expresa E, la que lleva a dicho abandono de los procesos? ¿Se le ha brindado el acompañamiento necesario según sus necesidades en las instituciones donde ha realizado su proceso?

En este punto se nos hace necesario poner en cuestión la función del ICBF como institución encargada de E desde sus primeros meses de vida, puesto que, sus objetivos van entorno a fortalecer la integración y el desarrollo de la familia, proteger al menor de edad y garantizar sus derechos promoviendo el mejoramiento de vida de la población destinada; podemos analizar cómo los procesos de adoptabilidad o ingresos a hogares sustitutos o “centros de protección” donde no cuentan con el acompañamiento pertinente para las personas y pueden llevarse a cabo experiencias de maltrato, abuso, consumo y demás, generan dificultades en el desarrollo, la integridad y la dignidad de esta y otras personas, además desde la parte pedagógica consideramos que no se le han brindado las oportunidades educativas necesarias, teniendo en cuenta el derecho a la educación. En la página web del ICBF encontramos que:

En Colombia, la Constitución Política y el Código de Infancia y Adolescencia obliga al Estado, a la sociedad y a la familia a garantizar que las niñas, niños y adolescentes entre los 5 y los 15 años sin excepción estudien como mínimo un año de preescolar y nueve de educación básica. Para garantizar el derecho a la educación se debe tener en cuenta las siguientes condiciones: acceso, permanencia, calidad, inclusión y culminación efectiva del proceso educativo. (2021).

Teniendo en cuenta lo anterior, nos cuestionamos si ¿Se le ha garantizado a E el derecho a la educación según las condiciones dadas por la institución?, ¿De qué manera un acompañamiento integral educativo y de calidad hubiese generado otras posibilidades de vida para E?, ¿Cómo influye el acompañamiento de la defensora por parte del ICBF de E, considerando que en muchas ocasiones se hacía difícil establecer comunicación con ella? Centrándonos ahora un poco más en el día a día y su cotidianidad ¿Qué posibilidades pedagógicas se brindan desde el CPI casa 2? como se ha mencionado en varias ocasiones y analizando desde nuestra experiencia, no las hay, pero es importante ejemplificar esta afirmación, para ello se nos presenta el “caso concreto” de E, quien en repetidas ocasiones ha pedido que le saquen impresa la letra de una canción o varias canciones, ya que le gusta mucho y se las quiere aprender, en lugar de ver esto como un espacio donde por voluntad de E, se le

podría fomentar la lectura, la escritura y/o la reflexión, la respuesta es negativa, ya que no hay iniciativa o voluntad por parte de los profesionales, le piden hacer "otra cosa".

A continuación, teniendo en cuenta los pasos del análisis hermenéutico, especialmente los pasos de reflexión e interpretación, analizaremos nuestra experiencia a la luz de nuestro propósito de comprensión de los procesos pedagógicos más allá de la psiquiatrización. Para ello, partimos de los siguientes tópicos o categorías que integran todas las actividades del trabajo de campo mencionadas anteriormente (observación, entrevista biográfica, coloquio y página web)

- **La estructura pedagógica para la educación.**

La estructura pedagógica o el “espacio educativo” está designado en un área del HOMO, el cual está dirigido por el CUVIC y ha sido ya mencionada anteriormente, tiene como misión:

“Fomentar el desarrollo integral y personalizado de jóvenes y adultos en el saber, con el fin de que sean seres auténticos, autónomos, investigadores y comprometidos con la sociedad de la que forman parte, fundamentado en la dignidad humana y orientado a formar personas competentes, incluyentes, gestoras de paz y sana convivencia, utilizando procesos de formación virtual, aprovechando las herramientas de la informática, la tecnología y las comunicaciones - TIC- como ejes transversales del currículo planteados en la ley 115 del Ministerio de Educación Nacional.” (Institución Educativa Colegio Virtual de Colombia [CUVIC], s.f).



CUVIC,(s.f) - figura 12

Su espacio en el HOMO de manera estructural consiste en un auditorio, dividido en sub salones con paneles de cubículos, adaptando así el espacio para tener alrededor de cuatro aulas de clase; al lado de este hay otro salón mucho más grande, donde pudimos observar que estaban muchos de los niños y niñas que en sus historias clínicas, se registró de manera constante, que presentan conflictos con la norma y la autoridad.

La organización del aula se lleva a cabo de una manera tradicional y conductista, es decir, los puestos organizados por filas, “debe haber absoluto silencio”, quien enseña está ubicado al frente y siempre de pie, y la dinámica de la clase funciona de manera que “el profesor o profesora escribe en el tablero, quien aprende repite en el cuaderno”. En este escenario participa el 30% de la población del CPI 2, para llevar a cabo un seguimiento de este proceso se encuentran en las historias clínicas las observaciones mes a mes de la pedagoga, aunque el papel de la misma no va ligado directamente con el CUVIC es a ella quien le corresponde estar constantemente informada de los procesos de quienes allí participan.



CUVIC, (s.f) - figura 13

El CUVIC como escenario, es pensado para realizar procesos pedagógicos y formativos, en los cuales exista una participación de las niñas, niños y adolescentes, pero dicho proceso no es notable debido a que no se piensa establecer una continuidad que tenga en cuenta los procesos o el recorrido académico de cada individuo o individuo, no hay un encuentro o unión entre los profesionales que acompañan estos procesos, que permitan realizar estrategias que garanticen la permanencia de estas personas dentro del espacio. Muchas y muchos de los estudiantes son expulsados del “aula” porque no cumplen con los “requisitos” establecidos o porque simplemente “no se les nota motivación y generan indisciplina en el aula”, haciéndoles bifurcar de su proceso, teniendo como solución devolverlos a “la casa”. En cuanto a la promoción, encontramos también cómo hay niños, niñas y adolescentes que son “promovidos” a los grados siguientes (teniendo en cuenta que el programa funciona realizando dos grados en un año) sin haber logrado los objetivos planteados en el grado anterior, esto se puede evidenciar cuando hallamos personas que por ejemplo pasaron un grado donde se debe haber adquirido el conocimiento de algún tema en específico como “Antioquia”, y al indagar el conocimiento de esto, por medio de las evaluaciones realizadas, estas personas no tienen clara la ubicación ni siquiera del municipio en el que se encuentran, esto tiene un resultado negativo en cuanto a que

no le permite a la persona tener una orientación de tiempo - espacio y esto puede tener repercusiones en otras áreas del desarrollo.



CUVIC,(s.f) - figura 14

6.3 ¿Qué y cómo se enseña?

La enseñanza de los procesos académicos dentro del CUVIC se da de lunes a viernes, en un período de tiempo de cinco (5) horas diarias. Logramos evidenciar que este proceso no se ve realmente como una prioridad dentro del programa CPI, teniendo en cuenta que, como ya se ha mencionado, la atención que se brinda es, específicamente, desde un modelo asistencial, debido al contexto del HOMO, esto genera dificultades en cuanto al desarrollo de las personas que asisten allí.

Considerando que como niños, niñas y adolescentes que se encuentran en medida de protección y que como adultos y adultas con discapacidad, son población o “sujetos de especial protección constitucional” (2020), tal y como es definida por la Corte Constitucional, se hace necesario ofrecerles una atención educativa que tenga en cuenta sus necesidades y capacidades a nivel individual y colectivo, que les permita expresarse, adquirir aprendizajes y llevar a cabo

su proceso formativo a pesar de las dificultades que esto pueda acarrear. Claro está que en el programa se deben enseñar algunos temas específicos para las y los “beneficiarios”, tales como el aprendizaje de la lectura y la escritura, y las asignaturas básicas del curriculum escolar, se encuentra además la necesidad de enseñar temas como ubicación espaciotemporal, que les permita generar un análisis de lo que es su realidad concreta, así como temáticas de la actualidad o algunas noticias diarias, que posibiliten un trasfondo real o una reflexión crítica al respecto desde cada individualidad.

Lo anterior lleva a cuestionarnos sobre los modelos educativos y su preocupación por el ser y por el aprendizaje significativo de las niñas, niños, adolescentes y adultos del programa, es decir ¿Se está pensando verdaderamente un proceso académico o al menos formativo que marque o que de alguna manera trasciende e inspire a las y los “beneficiarios” del programa?, o teniendo en cuenta el enseñar para la vida, que es un elemento que se ha venido desarrollando a nivel educativo ¿Cómo consolidarlo en este ámbito para que cada una y cada uno de las y los “beneficiarios” pueda sacarle el máximo provecho según sus capacidades?, consideramos estos interrogantes como puntos de partida para pensar y repensar la educación y las actividades a realizar con un sentido pedagógico y significativo.

En la enseñanza académica que está a cargo del CUVIC, en el que participa sólo el 30% de los y las integrantes del CPI casa 2, “los más funcionales y que no son especiales” debido a que cuentan “con las capacidades” para continuar y/o finalizar su proceso formativo, se busca fomentar un cambio a un modelo social-pedagógico que permita un acompañamiento integral, lo que acompañamos de propuestas o estrategias específicas tales como la realización de huertas dentro de la “casa”, espacios de talleres formativos que cuenten con los intereses y capacidades de quienes participan, la creación de estrategias de aprendizaje que puedan adecuarse a las necesidades de cada uno y cada una, realizar jornadas de pintura las como murales realizados por ellos y ellas mismas, actividades culturales, estrategias para trabajar la parte sensorial como texturas, entre otras que se pueden ir construyendo colectivamente entre el equipo interdisciplinario, siguiendo siempre una intención y contando además con las herramientas que brinda el contexto según la condición en la que se encuentran. Es importante mencionar, que a pesar de que este sea el objetivo, pueden encontrarse varias dificultades para que esto pueda

llevarse a cabo de manera acertada, como por ejemplo se puede evidenciar, al visitar estos espacios y tener conversaciones cortas con las personas que daban dichas clases dentro del CUVIC que no cuentan con profesionales con títulos de licenciaturas, ni carreras relacionadas a la pedagogía, estos tampoco tienen un conocimiento claro sobre lo que son las necesidades educativas, el concepto de DPs y la población, sino que son profesionales en ingeniería, física, matemáticas...

De igual manera nos cuestionamos ¿Cuáles son sus intereses para estar ahí como operadores de este proceso?. Sabemos que desde el que hacer pedagógico, el interés humano prima sobre el interés académico, entendiendo al otro como un ser complejo; con esto en mente, el componente pedagógico es indispensable en el rol docente, ya que, aunque se tenga un saber específico respecto a áreas a enseñar, no significa que se sepa transmitir esto de la mejor manera y más cuando se está tratando con una población en situaciones de vulnerabilidad y vulneradas y con condiciones que requieren una adaptación para su aprendizaje. Sumado a esto, se da la combinación de edades y diferentes niveles de desarrollo en una misma aula, esto, no permite un avance en la formación, teniendo en cuenta que el tema que se trata no será de fácil acceso o comprensión para todas y todos. Se hace necesario además tanto dentro del CUVIC, como el CPI, realizar ajustes razonables, estrategias de accesibilidad y diseños de aprendizajes diversos, también, y muy importante buscar prácticas de enseñanza desde el respeto y evitando el autoritarismo que busca constantemente tener un control sobre el otro.

Lo anteriormente mencionado, nos ha generado diversas sensaciones como EE, puesto que dicho control también se manifiesta de manera directa en las múltiples conductas del ser, generando juicios de valor y cuestionamientos en las mismas. Podemos dar ejemplos claros de esto cuando hablamos sobre “la satanización” (mal visto) de prácticas que forman parte del desarrollo humano, como la masturbación, el deseo o atracción por el o la otra, vínculos afectivos, entre otras. Esto, nos lleva a reflexionar sobre el papel que cumplimos como educadores o educadoras, generando o no, un libre desarrollo de la persona y cómo estas acciones tienen repercusiones directas en la salud mental, el autoestima, el cuidado, el relacionamiento con las y los otros, y el aprendizaje.

- **Educar para la vida**

Partiendo del análisis de los dos puntos anteriores, tenemos claro que la educación debe ser una herramienta que ayude al desarrollo del ser en sus diferentes etapas y acorde a sus características y necesidades. Enfocándonos específicamente en este grupo poblacional podemos decir que el aprendizaje académico, lógico – matemático y los contenidos curriculares de la educación “formal”, pasan a un segundo plano, y se convierte como prioridad de la pedagogía; enseñar habilidades útiles, para la vida diaria, habilidades que les permitan enfrentar los desafíos o problemas que se le presenten dentro de este espacio, sin necesidad de perder el control de sí mismos, aprendiendo a convivir con otros y otras.

Educar para la vida diaria implica enseñar habilidades prácticas y socio emocionales, que permitan a los niños, niñas, adolescentes y adultos con DPs adaptarse a los cambios, aprender a manejar el estrés, la frustración, a resolver conflictos y tomar decisiones orientadas al bienestar individual o colectivo. Como se ha mencionado a lo largo de este texto, la necesidad de estas personas con DPs de una educación emocional es evidente, enseñar a las y los “beneficiarios” a reconocer y manejar sus emociones de manera efectiva puede ayudar en el desarrollo de las sanas relaciones dentro de este espacio, tener una vida un poco menos tediosa. Ligado a esto es fundamental la enseñanza de habilidades sociales, ya que están en un espacio donde se debe compartir todos los días con diversas realidades y complejas, cada una con diferentes problemáticas, allí entra el impacto o cambio que puede darse con el enseñarles a comunicarse de manera efectiva, el trabajo en equipo y la resolución de conflictos.

Teniendo esto en mente se hace inevitable volver y analizar los roles que se encargan del acompañamiento de las y los “beneficiarios”, como lo es el rol del formador o formadora, quien entendemos como una persona encargada de acompañar a los niños, niñas, adolescentes y adultos en temas específicos de la vida cotidiana, como el aseo, la alimentación, la educación y “el ocio”. Así pues, las formadoras y los formadores están constantemente con las y los “beneficiarios”, realizando un acompañamiento directo con cada una y cada uno.

Desde aproximadamente las 6:00 am, las y los formadores empiezan a despertar a las y los “beneficiarios”, esto con el fin de que se vayan bañando y realizando su aseo personal y

posteriormente pasar al desayuno. Luego del desayuno (si no es fin de semana), se acompañan a la zona de estudio, a quienes reciben sus clases en el CUVIC (30% de la población). Las y los demás “beneficiarios” quedan dentro la casa, un 20% ve películas o si no están castigados les prestan el balón, un 40% está dopado por los medicamentos y duermen algunos en sus camas y otros en el patio en pleno sol, el 10% busca realizar algunas de interés entre ellos y ellas mismas (como escribir, “rapear”, dibujar) cuando no se encuentran en “crisis de depresión”. Aproximadamente a las 10:30 am, pasan a tomar la media mañana y se continúa con la jornada académica quienes están en esta, algunos no comen su “media mañana” ya que no se logran despertar debido a la cantidad de medicamentos recibidos. La hora del almuerzo es entre las 12:30 y la 01:00 pm. Después de esto, las y los formadores deben realizar alguna actividad como se encuentra previsto en los cronogramas que se tienen organizados dentro del programa, sea ir a la cancha o realizar algún tipo de taller para que las y los "beneficiarios" no se queden sin algo por hacer, es decir que se realiza alguna actividad de "relleno".

Es de aclarar que dichas actividades deberían realizarse y con algún objetivo específico, pero esto no se cumple, de nuevo están entonces quienes continúan durmiendo tirados en el patio, quienes ven la televisión y quienes están sentados haciendo nada o buscando qué hacer, es por ejemplo en estos tiempos donde se les generan mayores “deseos de evasión”, “búsquedas de libertad”, síntomas de ansiedad y prácticas de autolesión. A las 03:30 pm se acompañan a algunos a tomar algo y ya, hasta la hora de la cena, la cual es entre las 05:30 y las 06:00 pm, por lo general, en este período de tiempo se hace la entrega del medicamento por parte del área de enfermería. Después de la cena y hasta la hora de la merienda (08:00 pm), las y los formadores quedan con más tiempo libre con el grupo dentro de la sección. Tiempo que se llena viendo televisión, nuevamente, con el grupo o dejando "tiempo libre". Cuando se entrega la merienda y el grupo se dispone a dormir; cabe resaltar que las y los formadores están siempre en acompañamiento con el grupo. La labor de las y los formadores durante la noche es más "fácil", ya que solamente se realiza acompañamiento al grupo en su descanso, realizando rondas y velando porque no ocurra ninguna anomalía.

La palabra “formador” por sí sola indica su función, el dejarse llevar por el sistema monótono y facilista, pone trabas evidentes en el desarrollo de dicha función, esto debido a que

no se reflexiona el papel que se cumple buscando transformar dichas prácticas, es decir, no hay un replanteamiento del acompañamiento que se realiza. El formador desde un punto de vista pedagógico, buscará ser una persona que instruya de manera positiva, reflexiva y sobre todo para la vida; menospreciar las capacidades y las actividades que se pueden realizar con las y los “beneficiarios”, es un error en el que hemos notado que se cae fácilmente, se deja de lado a la persona y solo se ve un Dx.

Dado lo anterior, vemos un gran reto en nuestra labor como EE, ya que desde nuestra posición asumimos una postura que va más allá del mero acompañamiento al proceso que llevan a cabo las y los “beneficiarios” del programa, pues consideramos que es necesario establecer diversos elementos que posibiliten la reflexión, la transformación y que cada una y cada uno se haga partícipe y protagonista de su proceso. Asimismo, asumimos que “la reflexividad no se sitúa exclusivamente en el espacio de las formas de hacer, sino también en las subjetividades y en las conceptualizaciones” (Yarza de los Ríos, p. 80). Lo anterior implica entonces, repensarnos las formas en las que se lleva a cabo la formación en el programa, establecer nuevas perspectivas para la misma y fomentar espacios en los que cada una y cada uno se haga partícipe. Se pueden establecer espacios de escucha, ya que de alguna manera estos posibilitan expresar el sentir de cada una y cada uno de los “beneficiarios”, haciéndoles entender que su voz es latente y protagónica, además de tener un peso positivo en el desarrollo del proceso.

Así pues, más allá del acompañamiento asistencial en la cotidianidad de las y los “beneficiarios”, del estar con ellas y ellos en su diario vivir, vemos importante el acompañamiento pedagógico, que se piense y establezca formas de transformación del entorno en el cual se están moviendo constantemente, que se puedan establecer procesos de formación que lo hagan más ameno y acogedor. Es decir, es importante hacer, o tratar de hacer ver el espacio del HOMO, más particularmente el programa CPI - 2, no como un escenario de encierro o privador de la libertad, sino como un espacio de apoyo, de reflexión, de enseñanza y aprendizaje entre todas y todos los actores que allí se mueven.

6.4 El encierro del ser

En este apartado analizaremos desde una perspectiva pedagógica los diversos deseos de los y las “beneficiarias”, mayormente el “deseo de libertad” que se evidencia en estas día a día, los cuerpos y su perspectiva desde el encierro, la afectación de la ausencia de los vínculos y la ausencia de las familias que no están vinculadas en el proceso, las prácticas de castigo implementadas desde la psiquiatrización y la infantilización del ser.

- **“Quiero que mi hermana venga por mi”: las familias que (no) están vinculadas**

Sabemos que el ambiente hospitalario es una experiencia difícil para cualquier persona, el encierro es un elemento bastante frustrante y mucho más cuando se centra en un escenario psiquiátrico, ya que los factores que allí se presentan son mucho más álgidos en el sentido de que las prácticas se tornan más represivas, aumentando los niveles de estrés, por eso es necesario cuestionarnos respecto a todas esas redes vinculares inexistentes y el impacto psicosocial (emocional, afectivo, motivacional) que deja en las personas con DPs. La separación de sus familias, y la falta de contacto con el mundo externo, genera sentimientos constantes de abandono, soledad, tristeza, y/o ansiedades más severas, llevando a cuestionarse si son culpables de dicho abandono, si acaso han hecho algo malo o por qué no son “lo suficientemente queridos o valorados” por sus familiares. Tuvimos la oportunidad de participar en uno de los encuentros, los cuales se realizan cada quince (15) días, los jueves en la mañana para ser exactos, con el fin de “estimular su proceso”, los jueves que no eran de visita, se realizaban, para algunos, vídeo llamadas.. Tan solo el 35% reciben alguna visita, realizaban una llamada o videollamada, ya que realmente eran muy pocos los que cuentan con un apoyo o vínculo, fuera de estas paredes.

Entendemos que, según diversas posturas, la humanidad está en constante relación entre pares, y los lazos familiares son, en gran medida, fundamentales para su desarrollo. En entornos como lo es el HOMO o, en particular, el programa CPI que es nuestro escenario de práctica, el apoyo o los vínculos son de gran vitalidad para el proceso que lleva cada una y cada uno de los "beneficiarios". Dichos vínculos se ven evidenciados incluso en la manera en que se lleva a cabo el comportamiento de cada "beneficiaria" o "beneficiario", ya que es notable que, cuando reciben las llamadas o alguna visita externa, las y los "beneficiarios" asumen una posición más alegre, más dispuesta y con mayor altivez para realizar las actividades programadas para el día.

Lo contrario pasa con aquellas y aquellos que no presentan algún tipo de apoyo o vínculo familiar o externo, puesto que el hecho de no recibir ni llamadas, ni visitas o algo similar que para ellas y ellos represente un aliciente, les genera un bajón emocional que incide directamente en su manera de asumir el día. Se notan cabizbajas o cabizbajos, presentan una mayor ansiedad, episodios de tristeza, llanto y/o autolesiones.

Lo anterior demuestra o pone en evidencia la importancia de que exista algún apoyo (sea o no familiar) para el proceso que lleva cada una y cada uno de los "beneficiarios", incluso para que las y los formadores puedan brindar un mejor acompañamiento, ya que se puede establecer una especie de red de apoyo y comunicación que facilite la forma en la que se da el proceso. Asimismo, queremos resaltar entonces que es importante generar y permitir vínculos familiares o externos para los procesos que se dan en el programa, puesto que este apoyo se hace evidente y se torna positivo para el fortalecimiento de la estancia allí; esto no se tiene que dar necesariamente desde la familia, ya que hay otros actores (incluso institucionales como los programas de tiene el ICBF para acompañar) que dan dicho apoyo y buscan también aportar positivamente en el proceso de las y los "beneficiarios", como por ejemplo, en un caso mencionado anteriormente, donde el vínculo de una de las beneficiarias es un "formador" que tuvo en una institución en la que estuvo internada antes de llegar al HOMO.

Dado este acompañamiento, podría también darse un mejor ambiente de aprendizaje, la motivación, el acompañamiento y las diferentes redes favorecen de manera positiva el mismo. Por esto, es necesario que desde la institución encargada de brindar estos apoyos, que en este caso es el ICBF, se realicen las adecuaciones necesarias para la vinculación con las familias o personas cercanas, de no ser posible, buscar, con el "defensor o defensora de derechos" quien es la persona que propicia esta institución para el acompañamiento individualizado, hacer cumplir los derechos y el mejoramiento de la calidad de vida de estas personas.

Es importante también hablar un poco sobre los vínculos y nociones familiares que se construyen por el paso de los diferentes centros de "rehabilitación", hogares sustitutos y ahora en el CPI, para estos niños, niñas y adolescentes, toda mujer que llega a la casa 2 es una imagen de "madre", por lo que se dirigen a estas como "Má, mamá, etc", esto puede demostrar

algunos vacíos emocionales, la necesidad de la figura materna y cómo van tratando de llenarse realizando un tipo de “reemplazo” de la figura de la misma, sin establecer incluso un vínculo profundo, ni reflexivo al respecto.

- **El deseo y búsqueda de la libertad: “Me quiero ir”**

“Escuchar: “Má, sáqueme de aquí”, “Má, vamos pa’ su casa” se volvió un constante en nuestras vidas, por ello no nos sorprendió, aunque sí nos preocupó bastante, cuando nos informaron que un adolescente de 17 años (“beneficiario” del CPI casa 2) había escapado, nos cuentan que de manera hábil y quizá tras ese deseo de libertad, logró acomodar todas las sillas que están en el comedor, de forma tal que le brindaran la posibilidad de escalar uno de los muros de la cancha para poder lograr la evasión de la institución”.

Es necesario precisar que, las constantes evasiones no solo ocurren en horas de la noche, se dan en pleno día, ya sea en la mañana o la tarde y suelen ser detectadas algún tiempo después de haberse dado y muchas veces porque entre pares informan, no porque los y las profesionales lo noten. Ante la continua expresión de la necesidad de libertad, nos preguntamos ¿Qué tan deseoso está este adolescente por satisfacer el placer de sentirse libre, fuera del yugo de la opresión constante y las reglas que se dan en la institución y el programa? No importando que en esta acción, estuviera arriesgando su cuerpo al saltar de dicho muro, atravesar sin ser descubierto el HOMO para llegar a una calle vacía donde no había nadie esperándolo tras aquellas rejas blancas. Aquél deseo probablemente se vio sesgado por una realidad cruel, ya que pocos días después buscó auxilio en el hospital más cercano, admitiendo haberse escapado del programa con el objetivo de retornar al HOMO.

Analizamos que algunos y algunas escapan en búsqueda de estar en otros espacios distintos, “disfrutar algunos días por fuera”, otros movidos por la necesidad de consumir sustancias psicoactivas (SPA), otros con el anhelo de llegar a sus familias, en este punto también es importante mencionar que la mayoría de los y las “beneficiarias” que cometen evasión están en un rango de edad de los 13 y los 17 años, se encuentran en una etapa específica del desarrollo

y los procesos y cambios hormonales es un tema a tener en cuenta también en estas acciones, quien en conjunto con los medicamentos que se les da, generan una reacción y en algunos un desbalance emocional. Esto no es conversado con los y las “beneficiarias”, ni tampoco entre profesionales, evitan mencionar “la evasión” y el porqué no de la misma con la idea de que hablar del tema puede intensificar el deseo; recalamos nuevamente que es importante el acompañamiento, la escucha en cuando a estos deseos de libertad comprendiendo el sentir y generando una búsqueda conjunta de una solución, aunque sea a corto plazo para evitar que estos abandonen el proceso y salgan, la mayoría de veces a correr riesgos de la calle.

Es importante aclarar que, así como es frecuente que algunos regresen por sí mismos cuando se dan cuenta que están sin lugar para dormir y alimentarse, también es constante que sean encontrados por la policía de infancia y adolescencia o por otras autoridades consumiendo o en algún problema de “pelea de calle”. Como hay otros también, que se fueron y no regresaron, muchos de ellos actualmente se encuentran habitando la calle, consumiendo SPA y viviendo del “rebusque”.

Otra experiencia un poco más directa de aquella búsqueda de la libertad y quizá la más cercana a nosotras, ocurrió cuando observamos cómo uno de los chicos con los cuales estuvimos en contacto constante a lo largo de nuestro proceso, tomó la decisión de huir de las paredes del HOMO: corrió a lo largo de todo un jardín, sin ser percatado por ningún profesional, ni vigilancia. Nosotras nos encontrábamos afuera tomando un descanso y pudimos observar como sin medir riesgo alguno este intentó subir por la malla, instintivamente corrimos hacia él con el fin de buscar que reaccionara y que viera que esa no era su mejor decisión y más teniendo en mente que tan solo un par de semanas atrás este se encontraba emocionado por ser el nuevo líder del CPI casa 2 y solía decirnos: “un líder tiene que portarse bien, un líder da ejemplo y ayuda a los otros cuando están mal”.

Fueron minutos angustiantes, en nuestra cabeza no estaba la posibilidad de dejarlo ir, ¿Para donde se iría? ¿Qué haría? o peor ¿Qué podrían hacer con él? Logramos conversar con él, llamar a quienes estaban a cargo para evitar que se escapara, la idea no era que se lo llevaran a la fuerza de nuevo para la casa, sino escucharlo, pero claro siendo las cosas de esta manera

¿Quién no quisiera escapar de este lugar? ¿Quién lo culparía?. Tuvimos una larga charla con él, sorprendentemente admitía que sus acciones no eran las correctas, pero seguía sin calcular los riesgos de su salida, queremos creer que de algún modo esa conversación hizo eco en su ser.

Entendemos entonces que la búsqueda de la “libertad” es una constante en dicha institución y en el programa, no necesariamente por el hecho de salir del lugar, sino porque de alguna manera las formas en las que se ejerce el “cuidado”, la “formación” y la “asistencia” (por no mencionar más) por parte del personal a cargo, no son las más idóneas. Ya que, allí es donde se hacen presentes esas prácticas que son utilizadas para opacar el ser, para vigilar, para castigar, para someter al otro u otra por medio de acciones como el encierro, el castigo, la sobremedicación (porque se han visto casos similares) o para “librarse” de alguna o alguno de los y las “beneficiarias” e incluso en ocasiones con un trato despectivo hacia estas y estos, anulando en la realidad el objetivo que tiene el programa CPI, y en consecuencia a esto, es que muchos y muchas de las “beneficiarias” buscan la forma de llevar a cabo la evasión por encima de cualquier riesgo, durante la acción y después de la misma.

Claro está que hay evasiones que se llevan a cabo teniendo en cuenta la ansiedad o la necesidad de consumo que muchas y muchos vivencian, pero eso también se liga a los diversos aparatos represivos que se utilizan. En algunas ocasiones escuchamos decir que preferirían estar en la calle aguantando hambre a tener que aguantar los signos del encierro y los tratos que allí se reciben. Nos cuestionamos aquí cuál es la libertad que se está buscando, porque incluso las y los mismos “beneficiarios” reconocen que necesitan estar en el programa, sea por la razón que sea, pero no reconocen como positiva la forma en la que se les está llevando a cabo el proceso. En este punto reconocemos la importancia de mantener, más allá de la profesionalización, un trato y un acompañamiento fraterno en el que se reconozca al otro y otra desde sus capacidades, que se les de un aliciente para hacer continuó su proceso.

Es necesario entonces hacer del CPI casa 2 del HOMO, un programa en el que las niñas, niños, adolescentes y adultos se sientan acogidos, que de alguna manera asuman un sentido de pertenencia por el lugar, donde en lugar de querer evadirse puedan querer encontrar una forma

de libertad, de expresarse libremente, donde puedan proyectarse no solo desde el ser, sino también desde el hacer, donde sientan que sus derechos como personas con DPs se estén cumpliendo de manera óptima y que la calle deje de ser una opción. Tal vez una de las opciones sea la profesionalización del hacer, pues son necesarios los procesos educativos y formativos para consolidar la idoneidad, pero no hay que perder de vista el tipo de población con la que se está trabajando y lo que ello implica.

De lo anterior podemos concluir que, el realizar procesos pedagógicos reales, donde prime el bienestar de las y los “beneficiarios”, como se ha mencionado anteriormente, con actividades en torno a su desarrollo personal, habilidades de la vida diaria, diversas estimulaciones tanto, físicas como emocionales e intelectuales, puede generar en los y las “beneficiarias” ese sentido de pertenencia al que se hizo alusión en el párrafo previo. El generar un espacio activo pedagógicamente, implica reconocer las dimensiones del ser humano, verlos no desde la pluralidad sino desde la singularidad del ser, donde puedan hacer construcciones de un proyecto de vida, como se menciona en los propósitos del CPI casa 2, donde se estimule la creatividad y las posibilidades de una existencia placentera.

- **Los cuerpos y la integralidad de la vida: salud física y mental**

El deterioro físico y mental era evidente, el consumo diario e intensivo de medicamentos como las risperidona, sertralina, entre otros llevaba a un estado donde sus mentes se desconectan de sus cuerpos, esos son los momentos más difíciles para ellos y para nosotras, el ver como pasan horas durante el sol, tirados en el pavimento caliente de una cancha, la suma de varias manifestaciones a nivel mental como somnolencia, lentitud en los movimientos, dificultad para organizar sus ideas y expresarlas verbalmente, o por el contrario verborrea permanente, aislamiento e inactividad. A nivel físico, erupciones en la piel, sequedad en los labios, dificultad para controlar esfínteres, sed o deseos permanente de consumir líquidos, entre otros.

Observar y sentir lo anterior, hizo que como maestras nos preguntáramos: ¿Qué significa y dónde está la protección de la vida y de todas las vidas? o ¿La protección de derechos brindada

por el ICBF se basa únicamente en cubrir un techo, una cama clínica y tres comidas al día? ¿Cómo acompañar pedagógicamente en un lugar donde se ve la sedación o “el amarre” como solución a toda situación? Sumado a esto podemos agregar que muchos de los niños, niñas, adolescentes y adultos que se encuentran allí, tenían un Dx netamente por formalidades y papeleos administrativos que justifiquen su estadía en el HOMO, muchos y muchas reciben medicamentos sin en realidad saber si son estos los necesarios para su condición, y de qué manera influyen en su desarrollo, llegando a ocasionarles empeoramiento en sus conductas y síntomas, provocándoles cambios en sus estados de ánimo que probablemente ni ellos logran comprender.

Según Figueroa, F. (2017) retomado de Minkowitz, (2007) “Tales prácticas, que obedecen a un paradigma *medicalizador* respecto a la diversidad psíquica, el cual actualmente se encuentra cuestionado desde el enfoque de derechos humanos, son de tal afectación para la integridad de la persona que, cometidas sin su consentimiento libre y voluntario, constituyen actos de discriminación por motivos de discapacidad y abren paso a un debate de fondo respecto a su carácter de tortura, de conformidad al artículo 15 de la CRPD en relación al artículo 1 de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes”

Teniendo en cuenta lo anterior, pedagógicamente abogamos por procesos de seguimiento profesional e interdisciplinar los cuales permitan tomar las decisiones pertinentes desde el punto de vista de los apoyos médicos, pero además que no sea tomado en cuenta únicamente lo psicofarmacológico sino también las diversas áreas del apoyo terapéutico y psicopedagógico.

- **Prácticas de castigo**

Pudimos observar los pocos estímulos o refuerzos positivos hacia las acciones de las y los “beneficiarios”, ya que el paso a seguir ante situaciones “disruptivas” siempre se tornaban hacia castigos y regaños físicos y emocionales, como es bien sabido, el uso de estímulos positivos ayuda en el aumento del autoestima, la confianza, entre otros; la falta de estímulos positivos puede limitar la capacidad de las y los “beneficiarios” para aprender habilidades y

desarrollar su potencial y aún más encontrándose en un entorno de encierro lo cual ya de por sí les genera estrés y frustración.

Algunas prácticas inadecuadas que podemos percibir consisten en el aislamiento, la privación de comida por 72 horas, técnicas o maniobras de sujeción o paralizantes frente a los actos o hechos realizados por los niños, niñas, adolescentes y adultos, remitiéndose a prácticas de hace años, donde solo se intervenía el sujeto sin llegar al porqué de la acción que éste realiza, sin ahondar más en busca de una explicación ni toma de conciencia a dichas acciones. Un caso similar a estos se presentó en Madrid, se relata que “El caso de Andreas Fernández, una joven de 26 años que murió en 2017 de meningitis tras **75 horas atada a una cama de un hospital** habiendo sido erróneamente diagnosticada con una enfermedad mental, encendió la primera luz de alarma sobre la pervivencia de métodos que podrían atentar contra los derechos básicos de los pacientes psiquiátricos”. Roderó (2022)

Esto nos llevó a poner en cuestionamiento ¿De qué manera se lleva el acompañamiento en cuanto a la salud mental de estos, en un espacio que precisamente tiene dicho fin? De por sí, los hospitales psiquiátricos pueden ser lugares especialmente difíciles, ya que, pueden tornarse en un ambiente estigmatizante y deshumanizante, si no se lleva un proceso adecuado puede aumentar la ansiedad y otras emociones que suelen ser negativas durante el proceso, puesto que, las personas con DPs están propensas a enfrentar dificultades adicionales para comprender y adaptarse al ambiente del hospital.

Para continuar es importante abordar el término pedagogía del cuidado según Henao (2018) se dice que: “La pedagogía del cuidado visibiliza una apuesta ética por el otro, en donde las relaciones con el prójimo no son de autoridad, subordinación y superioridad, rechaza toda categorización hacia el otro y concibe formas distintas y complejas de ver, comprender y entender la existencia, mediante la compasión. De esta manera, se preocupa por el cuidado del otro, de sí mismo y del mundo, para elevar la condición humana y buscar la trascendencia.”

Teniendo en cuenta lo anterior es importante analizar la perspectiva de quien cumple la función de “cuidador” en este espacio, del ¿Cómo han de estar preparados mentalmente para acompañar el proceso de las y los “beneficiarios”? ¿Cuáles deberían ser las capacidades necesarias para estar en ese lugar de trabajo? ¿Qué sucede con la pedagogía del cuidado dentro del CPI casa 2? ¿Qué tratos se dan entre pares y a las otras personas teniendo en cuenta esto? Son cuestionamientos que no hubo quien nos pudiese resolver en aquel momento, pero queremos asumir que probablemente sí eran buenos en sus profesiones, pero quizá no para el entorno y las personas con DPs, ya que es fácil notar la barrera tanto física, mental y emocional que dichos profesionales establecieron frente a ellos, aquellos que solo buscaban quien los acompañara, quien los escuchara, un hombro amigo en el cual reposar, pero al ser ignorados se tornaban en acciones agresivas tanto con los demás como contra su propio ser, la falta de gestión emocional y herramientas de autocontrol era fácil de notar a simple vista.

- **Ser niño, niña, adolescente, adulto con DPs: la infantilización del sujeto**

Teniendo en cuenta la notable infantilización por parte de las y los formadores , enfermeros y demás profesionales, no podemos dejar de lado todos los posibles efectos negativos que esto trae, como lo es la afectación en la autoestima y el bienestar emocional, ya que se encuentran limitandolos en la toma básica de sus decisiones, con cosas tan cotidianas como lo es el bañarse solo, escoger que ropa usar y vestirse afectando además su autonomía.

Ligado a esto, se nos presenta también la falta de comunicación en temas de ámbito sexual, con los adolescentes y adultos, además de verse de manera satanizada, al tener esa visión o perspectiva “de niños eternos”, negandoles la oportunidad de experimentar situaciones o deseos naturales del ser humano por el hecho de no comprender, que el desarrollo físico no va ligado con su desarrollo a nivel intelectual o cognitivo, es decir, que la evolución natural del cuerpo, el atravesar las diversas etapas del ciclo de vida y desarrollo, la exploración de sí mismo, la exploración del otro, el deseo, la pulsión o sexualidad, etc. es igual para todos, por ello, es importante, adaptar el espacio, el modo de transmitir la información, la manera de hablar y

hacerse comprender, y entender que los procesos del desarrollo de una persona van más allá de un Dx que en algunos casos posiblemente sea errado y en lugar de reprender, guiar con diversas alternativas, para dejar realmente en los y las “beneficiarias” claridad en cuanto a estos temas.

Es necesario también, analizar las prácticas que se dan desde el adultocentrismo, comprendiendo esto como una actitud desproporcionada, de poder y autoritaria de los adultos sobre los niños, niñas y adolescentes. Se presenta de diversas maneras como: la falta de escucha, respeto y empatía hacia los niños, niñas y adolescentes, cuando se les obliga a tomar medicamentos y hay casos de medicalización excesiva, a estar encerrados y encerradas, amarradas, sin comer y realizando sus necesidades fisiológicas en ese mismo lugar donde se encuentran amarradas; no se consideran otras formas de llevar a cabo el “acompañamiento”. Es necesario, fomentar en este espacio una escucha activa que incluya las voces y las necesidades de niños, niñas, adolescentes y adultos que están como “beneficiarios”, de equipos psicosociales, enfermeros y enfermeras, señoras y señores del aseo, señoras que preparan y reparten el alimento. A los “beneficiarios” se les debe permitir la toma de decisiones sobre su propia salud mental, adaptando la comunicación comprensible y de acuerdo al nivel de desarrollo de cada persona, generando también entornos que tengan en cuenta las necesidades específicas de cada una y que sean de una atención integral y de respeto.

7 Conclusiones

Estas conclusiones se dan por subtítulos organizados de acuerdo a la estructura dada en los resultados:

- **La ausencia de la pedagogía:**

Hemos notado que la ausencia de prácticas pedagógicas adecuadas, priva a los niños, niñas, adolescentes y adultos con DPs de oportunidades de aprendizaje y de adquisición de conocimientos. La educación desempeña un papel crucial en el desarrollo de habilidades cognitivas, como la atención, la memoria, el razonamiento lógico y el pensamiento crítico. La falta de prácticas pedagógicas en el HOMO puede, y en algunos casos ha llevado a un deterioro de dichas habilidades, lo que a su vez afecta de manera negativa la capacidad de aprender y procesar información.

En este proceso reafirmamos nuestra visión de la pedagogía o educación, ya que esta no se limita netamente a lo académico, sino que atraviesa un sin fin de situaciones que buscan contribuir al bienestar emocional, social y físico de los niños, niñas, adolescentes y adultos.

Asimismo, resaltamos la ausencia de la pedagogía en el accionar de las y los profesionales de área o pedagogos de la institución, ya que su labor no se evidenció muy directamente implicada en el proceso educativo, formativo y de aprendizaje de las y los usuarios, invisibilizando en gran medida la labor pedagógica y la construcción desde allí, llevándonos a preguntar entonces ¿Dónde queda la labor de las y los profesionales de área para pensar, crear y recrear procesos de enseñanza y aprendizaje con la población en cuestión, teniendo en cuenta los retos que esto acarrea? Por tal motivo, vemos necesario mantener una constante formación en el sentido del quehacer pedagógico, la cual cuestione, construya, reconozca a las y los otros como actores de su proceso y que genere vías a la transformación de dicho escenario desde las diversas perspectivas posibles.

- **Castigo:**

Las prácticas de antaño de opresión y censura frente a la otra y el otro no son más que eso, prácticas innecesarias que estimulan el conflicto y reducen al otro, minimizando su autoestima, su capacidad de comprensión y resolución de problemas. La agresión física, la abstinencia de comida, el encierro, no pueden seguir siendo usadas como estrategias, ¿Dónde está lo humano en aquellas acciones?, ¿Dónde está la comprensión al otro? ¿Dónde está la empatía por aquel que es diferente o que ha pasado por procesos de dolor? Pero lo más importante, ¿Dónde está la protección que el programa dice brindar? Dar un techo y tres comidas al día no es todo lo que estos niñas, niños, adolescentes y adultos necesitan, la prioridad es dar una atención integral, donde se busque comprender y no minimizar, donde este espacio sea un refugio, no una cárcel con medicalización y se cumpla con el propósito de garantizar los derechos.

- **La falta de redes vinculares:**

Como se ha mencionado antes, las redes vinculares se refieren a las relaciones afectivas y de apoyo que se establecen con las familias, amigos y otros seres queridos. Estas relaciones son fundamentales para el desarrollo saludable de niños, niñas, adolescentes y adultos, ya que les brindan seguridad, afecto, estabilidad emocional y la oportunidad de aprender habilidades sociales y emocionales.

Encontrándonos en un entorno como el del HOMO, fue fácil observar cómo las redes vinculares se alejan, llevando en muchas ocasiones a la pérdida o deterioro de la mismas generando efectos negativos en las y los “beneficiarios” tales como el aislamiento emocional, ya que la falta de contacto y apoyo de sus seres queridos pueden generar sentimientos de soledad, afectando su ánimo, autoestima y bienestar general. Por otra parte, se dan las dificultades en la adaptación y el tratamiento, retroceso en el desarrollo social y emocional, mayor vulnerabilidad anímica, entre otras

- **Diálogo interdisciplinario**

Podemos establecer también como elemento importante los procesos de construcción que se establecieron con las y los profesionales de la institución en general y del programa en particular, ya que esto permitió crear, pensar, sentir, cuestionar y reflexionar sobre el acompañamiento en el proceso de las niñas, los niños, adolescentes y adultos del programa.

Dichos diálogos y experiencias compartidas evidencian y ratifican la necesidad de impulsar un cambio en las prácticas y en el proceso que se está ejerciendo con las y los usuarios, ya que, hablando con el personal de acompañamiento en psicología, nos cuestionamos lo siguiente ¿Cómo es posible que, teniendo en cuenta los tratos hacia las y los usuarios, la labor de la psicóloga sea la de “minimizar” el daño ocasionado a una niña, niño, adolescente o adulto que ha estado hasta 72 horas en un cuarto de encierro donde solo tiene contacto con otras personas para recibir comida y medicamentos?

Con respecto al accionar de las y los formadores y el personal de enfermería, es necesario establecer que la labor que se ejerce por parte de estos no es de mero acompañamiento asistencial, puesto que va más allá de esto, es decir que implica pensar y sentir el proceso que lleva cada una y cada uno de los “beneficiarios”, esto para hacer que estos sientan acogido su proceso.

Así pues, cada una y cada uno de los que forman parte del programa, sean formadoras, formadores, personal de enfermería y duplas psicosociales, debe mantener una cualificación constante, basada en la crítica, la autocrítica, la formación permanente y el sentir a las y los “beneficiarios” como actores partícipes de su proceso y su consolidación.

8 Discusión

Con este trabajo pedagógico investigativo, buscamos reflexionar sobre la falta de recursos y personal capacitado en el ámbito de la pedagogía en el entorno de la psiquiatría. Teniendo en cuenta que los hospitales mentales, específicamente el HOMO en este caso, se centra principalmente en la atención médica y en parte asistencial, dejando de lado la educación como prioridad. Como se ha mencionado antes, es notable la carencia de maestras y maestros especializados en DPs y la falta de programas educativos adaptados a las necesidades individuales de los niños, niñas, adolescentes y adultos dificultan su proceso de aprendizaje.

Por otra parte, los “programas de estudio” disponibles a menudo no tienen en cuenta las necesidades específicas de los niños, niñas, adolescentes y adultos con DPs, no proporcionan un enfoque individualizado que tenga en cuenta sus capacidades. Llevándonos a observar cómo esto afectaba a algunos “beneficiarios”, ya que el no sentirse capaces generaba en ellos desmotivación, aún más bajo nivel académico, lo que a su vez afecta negativamente su autoestima y confianza, sumado a la estigmatización que hay por parte de los “beneficiarios” de casa 1 y 3, hacia los de la casa 2, ya que a los que asisten al CUVIC de dicho CPI, se les suele catalogar como los “especiales”, afectando su autopercepción y generando sensaciones de odio y rencor por pertenecer a dicha casa.

Además, la falta de integración entre el personal educativo y profesionales de planta evita que haya un intercambio de información, generando una ausencia del enfoque multidisciplinario y ocasionando una desconexión total entre el tratamiento médico y la pedagogía, perjudicando el progreso de los niños, niñas, adolescentes y adultos.

Sumado a lo anterior, se vincula también la idea de encierro que se va convirtiendo en un tipo de martirio del cual se quiere salir, haciendo evidente el estrés que esto genera, llevando a mantener deseos latentes de evasión, ganas de "renunciar" al proceso y querer llegar incluso a la calle, considerando esto como una solución.

9 Recomendaciones

- **Capacitación y contratación de personal educativo especializado:**

Percibimos la necesidad de contar con personal en Educación Especial, con conocimientos y experiencia con la DPs, que puedan reconocer y dar un apoyo óptimo a las y los beneficiarios, permitiéndoles reconocer y aprender desde sus capacidades y sus necesidades.

- **Desarrollo de programas educativos adaptados:**

Es necesario diseñar y desarrollar programas educativos que se ajusten a las necesidades específicas de los niños, niñas, adolescentes y adultos con DPs. Dichos programas deberán ser flexibles y permitir un enfoque individualizado que tome en cuenta las capacidades de las y los “beneficiarios”

- **Integración entre los profesionales de otras áreas y el educativo:**

Se debe fomentar una colaboración estrecha y una comunicación fluida. Esto permitirá una atención integral y coordinada, donde se compartan conocimientos y se establezcan estrategias conjuntas para el cuidado y desarrollo de los niños, niñas, adolescentes y adultos con DPs.

- **Creación de entornos educativos adecuados:**

Es importante la creación de entornos educativos seguros, inclusivos y estimulantes para las y los “beneficiarios”. Esto implica contar con aulas equipadas con materiales y educativos apropiados, así como espacios de recreación y áreas de juego que promuevan el aprendizaje y el desarrollo integral.

- **Creación de procesos:**

Es importante la creación de procesos que permitan explorar, investigar, debatir, revisar y cuestionar las prácticas y la atención a la población, la cual es sumamente dinámica y altamente vulnerable, puesto que es necesario dejar de encasillar en un dx, para comprender la diversidad de historias, contextos, subjetividades y humanidades, esto desde una visión y comprensión integral de la DPs.

Referencias

- Agrest, M., Mascayano, F., de Assis, R., Molina, C., & Ardila, S. (2018). Leyes de Salud Mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiples caminos en su implementación. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 29(141), 334-345.
- Arenas, A., & Melo, D. (2021). Una mirada a la discapacidad psicosocial desde las ciencias humanas, sociales y de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 26(1), 69-83. <http://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM - 5) Editorial Médica Panamericana.
- Augé, M. (Ed). (2019). *Discapacidad psicosocial: una experiencia de inclusión en la comunidad*. (1.a ed). Fundación CPI Editores. Argentina.
- Ayala, R. (2008) la metodología fenomenológica hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. *Revista de investigación educativa*, 26 (2), 409-430.
- Carabajo, R. (2008). La metodología fenomenológico-hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. *Revista de investigación educativa*, 26(2), 409-430.
- Comité Departamental de Discapacidad. Política pública de discapacidad e inclusión social. 2015 Colombia, Antioquia. <https://www.dssa.gov.co/images/documentos/politicapublicadiscapacidad.pdf>
- Constitución Política de Colombia, 1991
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. 2018, p.18.
- Corte Constitucional. Agosto 22, 2016. M.P.: A. Linares y G. Mendoza. Sentencia 876/16. (Colombia). Obtenido el 02 de diciembre de 2016 <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-678-16.htm#:~:text=Así%2C%20ha%20considerado%20que%20entre,se%20encuentran%20en%20extrema%20pobreza>".
- Decreto 2888 de 2007. (2007, 31 de julio). Ministerio de Educación Nacional. *Por el cual se reglamenta la creación, organización y funcionamiento de las instituciones que ofrezcan el servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano, antes denominado educación*

no formal, se establecen los requisitos básicos para el funcionamiento de los programas y se dictan otras disposiciones. <http://tiny.cc/tob0vz>

Decreto 1075 de 2015 (2015, 26 de mayo). Ministerio de educación nacional- Colombia. *Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación.*

Departamento Nacional de Estadísticas. 2010. Discapacidad. Gobierno de Antioquia. Díaz, L., Torruco, M. & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. <https://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v2n7/v2n7a9.pdf>

Domínguez, J (2019). Pedagogía de la memoria e historia del tiempo reciente: un diálogo entre la pedagogía, la memoria y la historia. *El Ágora U.S.B. vol.19 no. 1 Medellín jan./june 2019.* http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-80312019000100253#:~:text=La%20pedagog%C3%ADa%20de%20la%20memoria%20se%20afirma%20en%20el%20reconocimiento,pr%C3%A1ctica%20democr%C3%A1tica%20con%20implicaciones%20de

Fernández, M., 2010. La discapacidad mental o psicosocial y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Revista de derechos humanos- defensor*, p.13.

Figuroa, F., 2017. Internamientos involuntarios y tratamientos forzados en psiquiatría: Autonomía y no discriminación como estándar de derechos humanos. *Anuario de derechos humanos*. p. 112

Fundación Saldarriaga Concha, ONG. 2018. “Uno de cada 10 colombianos sufre de algún problema de salud mental”.

Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y Representaciones. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>

Guerrero, M. (2016). La Investigación Cualitativa. *INNOVA Research Journal*. <https://doi.org/10.33890/innova.v1.n2.2016.7>

Henao Sanchez, M.A. (2018) Hacia una pedagogía del cuidado: sentidos de estudiantes y profesionales de la salud en la ciudad de Manizales [Maestría en pedagogía, Universidad Católica de Manizales]. Repositorio Institucional-Universidad Católica de Manizales.

Institución Educativa Colegio Universidad Virtual de Colombia (s.f)

<https://www.colegiouvic.edu.co/index.php>

- Ley 1064 de 2006. Por la cual se dictan normas para el apoyo y fortalecimiento de la educación para el trabajo y el desarrollo humano establecida como educación no formal en la Ley General de Educación. <http://tiny.cc/uob0vz>
- Ley Estatutaria 1618 de 2013 (2013, 27 de febrero) Congreso de la república- Colombia. *Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.*
- Marín, A. Et, al (2016). Metodología para el análisis de datos cualitativos en investigaciones orientadas al aprovechamiento de fuentes renovables de energía. *Revista arbitrada interdisciplinaria de ciencias de la educación, turismo, ciencias sociales y económica, ciencias del agro y mar y ciencias exactas y aplicadas*, 1 (1).
- Martinez, H. González, S. (2010). Acompañamiento pedagógico y profesionalización docente: sentido y perspectiva. *Ciencia y Sociedad, Vol. XXXV, num. 3, Julio-Septiembre, 2010, pp. 521-541.*
- Mazout, Fátima (2021). *Psiquiatrización, pandemia y Orgullo Loco. Vientosur N° 177.*
- Ministerio de Educación Nacional (2017). *Documento de orientaciones técnicas, administrativas y pedagógicas para la atención educativa a estudiantes con discapacidad en el marco de la educación inclusiva. Bogotá.* https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-360293_foto_portada.pdf
- Ministerio de Salud Colombia (2018). Boletín de salud mental. Análisis de indicadores en salud mental por territorio. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-onsm-abril-2018.pdf>
- Mirplayscool (2021). La influencia del color de las aulas sobre el aprendizaje de los alumnos. <https://www.mirplayschool.com/la-influencia-del-color-de-las-aulas-sobre-el-aprendizaje-de-los-alumnos/#:~:text=Los%20colores%20juegan%20un%20papel,%2C%20tranquilidad%2C%20confianza%20y%20concentraci%C3%B3n>
- Moscoso, Melania (2020). Presentación. La discapacidad más allá del relato: la abyección física en la vida social y la cultura contemporánea. *Papeles de CEIC, vol. 2020/2, presentación, 1-11.* (<http://dx.doi.org/10.1387/pceic21839>).

- Núñez, J. (2013). La “medicalización” de la educación. Una mirada sobre la educación. Padres y maestros. (351), 40 - 43
<https://revistas.comillas.edu/index.php/padresymaestros/article/view/1051/895>
- Obando, L. (1993). El diario de campo. *Revista Trabajo Social*, 18(39), 308-319.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020. Numeral 12.
<https://consaludmental.org/publicaciones/Planaccionsaludmental20132020.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f). Abuso de sustancias.
<https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Orgullo Loco Madrid (2021). Orgullo Loco denuncia: Testimonios de violencias psiquiátricas.
<https://orgullolocodenuncia.wordpress.com/2021/04/02/la-idea-de-los-testimonios/>
- Orgullo Loco Madrid [@orgullolocomadrid]. (10 de septiembre de 2022). No se puede prevenir de lo que ni siquiera se habla [Fotografía]. Instagram
<https://instagram.com/orgullolocomadrid?igshid=NjIwNzIyMDk2Mg==>
- Orgullo Loco Madrid [@orgullolocomadrid]. (16 de Mayo de 2022). Lecciones para pensar sobre eso que llamada salud mental [Fotografía]. Instagram
<https://instagram.com/orgullolocomadrid?igshid=NjIwNzIyMDk2Mg==>
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Cermi. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5244274>
- Parrilla, Á. (2010). Ética para una investigación inclusiva. *Revista Educación Inclusiva*, 3(1), 165-174. <http://www.ujaen.es/revista/rei/linked/documentos/documentos/5-10.pdf>.
- Portal ICBF (2021). La educación como derecho. <https://www.icbf.gov.co/mis-manos-ensenan/la-educacion-como-derecho>
- Portal ICBF (2012). El proceso de restablecimiento de derechos y su control jurisdiccional.
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/concepto_icbf_0000069_2012.htm
- Proyecto Educativo Institucional IMGVV. 2019. p 4.
- Puerta Gil, C. A. (2016). El acompañamiento educativo como estrategia de cercanía impulsadora del aprendizaje del estudiante. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*,

49, 1-6. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/794/1314>

Resolución 8430 de 1993 [Ministerio de Salud]. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 4 de octubre de 1993.

Rodero, P. (2022) 'Orgullo Loco': "Si la gente fuese consciente de la violencia que sufrimos, no lo aprobaría"/*20 Minutos*.

<https://www.20minutos.es/noticia/5011455/0/orgullo-loco-gente-fuese-consciente-violencia-sufrimos-no-aprobaria/>

Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1996) Tradición y enfoques de la investigación cualitativa.

Soto, S. (12 de abril de 2021). No era depresión, era capitalismo: psicologización y control social. <https://www.elquintopoder.cl/salud/no-era-depresion-era-capitalismo-psicologizacion-y-control-social/>

Triguero, E. (2019) Análisis del concepto de discapacidad psicosocial que tiene el personal docente de educación especial del centro de enseñanza especial de Heredia. *Repositorio institucional de la Universidad de Costa Rica*. <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/79188/TESIS.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

UNESCO (2005). Guidelines for inclusion: Ensuring Access to Education for All. París: UNESCO. Educación Inclusiva: abriendo puertas al futuro, 82.

Universidad de Antioquia (s.f). Código de Ética en Investigación. <https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/e79da6b4-1402-496b-88bc-0dc0321ba827/codigo-etica-udea.pdf?MOD=AJPERES>

Universidad de Antioquia (s.f). Perfil profesional del Licenciado en Educación Especial. <https://acortar.link/d2vZYy>

Universidad de la Sabana (s.f). ¿Qué son las redes de apoyo y cuáles existen en Colombia? <https://tinyurl.com/3pabtads>

Valencia, J. Marín, M. (2017). El panóptico más allá de vigilar y castigar. <file:///C:/Users/felipe/Downloads/Dialnet-ElPanopticoMasAllaDeVigilarYCastigar-6508902.pdf>

- Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida: ciencia humana para una pedagogía de la acción y la sensibilidad*. Idea books.
- Vargas, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. the interview in the qualitative research: trends and challengers. *Revista Electrónica Calidad en la Educación Superior*, 3(1), 119-139
- Yarza de los Ríos, A (2008). Formación del profesorado en educación especial, inclusión educativa y dispositivos de formación en Colombia. *Revista Colombiana de Educación*, núm. 54, enero-junio, 2008, pp. 74-93

Anexos

https://drive.google.com/drive/folders/11K8vRwxETUzT5u4RG5BnAexz46UwnGRs?usp=share_link

Anexo 1 Diario de campo

Anexo 2 Consentimiento informado

Anexo 2.1 Entrevista en profundidad

Anexo 2.2 Observación participante

Anexo 3 Caracterización

Anexo 3.1 Formato caracterización

Anexo 3.2 Caracterizaciones CPI Casa 2

Anexo 4 Instrumento de valoración en EE

Anexo 5 1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial.

Anexo 5.1 1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial - Cartas

Anexo 5.1.1 1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial - Carta invitación
Coloquio

Anexo 5.1.2 1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial - Invitación a coloquio
UdeA

Anexo 5.1.3 1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial - Invitación Coloquio
Universidad de Antioquia y HOMO

Anexo 5.1.4 1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial - Invitación Coloquio
Universidad de Antioquia y IMGVV

Anexo 5.1.5 1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial - Invitación Coloquio
Universidad de Antioquia y UAI

Anexo 5.1.6 1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial - Solicitud de apoyo
para Evento Académico

Anexo 5.2 1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial – Ponencias

Anexo 5.2.1 1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial – Ponentes

Anexo 5.2.2 1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial – Ilse

Anexo 5.2.3 1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial – UAI

Anexo 5.2.4 1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial – IMGVV

Anexo 5.2.5 1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial – HOMO

Anexo 5.3 Publicidad 1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial

Anexo 5.4 Invitación 1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial

Anexo 5.5 Planeación 1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial

Anexo 5.6 Asistencia 1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial

Anexo 5.7 Fotos y vídeo 1er Coloquio sobre Discapacidad Psicosocial

Anexo 6 Página web: Conozcamos la Discapacidad Psicosocial

Anexo 6.1 Planeación página web

Anexo 6.2 Lanzamiento página web

Anexo 7 Entrevista “Las vivencias de E”

Anexo 7 Logo proyecto

