

**IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL,  
DE LAS FAMILIAS CON PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD,  
BENEFICIARIOS DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO  
COMUNITARIO DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO EN EL AÑO 2014**

**LUISA FERNANDA HIGUITA OROZCO**



**ASESOR:**

**JUAN GUILLERMO CANO**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS SECCIONAL BELLO**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES**

**TRABAJO SOCIAL**

**2015**

## **Presentación**

En la presente sistematización se desarrolla un completo informe de la práctica profesional, realizada con las familias de personas con discapacidad en el programa Discapacidad, de la Secretaría de Bienestar Social y Comunitario del municipio de Envigado; teniendo como base el enfoque praxeológico desde los cuatro momentos que son: ver, juzgar, actuar y devolución creativa.

Por consiguiente, tenemos conocimiento que la población con discapacidad es un asunto de gran prioridad a nivel mundial; de hecho más de ciento treinta países han firmado la convención internacional de derechos humanos de personas con discapacidad, entre ellos Colombia que fue el país número cien en firmar. Sin embargo, se debe tener en cuenta que a partir de dicha situación de vulnerabilidad se desprenden efectos positivos y negativos a nivel familiar, social y económico.

No obstante, el objetivo de dicho programa mencionado anteriormente, es promover la inclusión de la población en situación de discapacidad al medio social, a través de la intervención de sus problemáticas; teniendo en cuenta que el rango de edad de las personas es entre los 0 y los 100 años, ya que debido a sus dificultades físicas, mentales o sensoriales no pueden acceder al sistema educativo o laboral formal.

De acuerdo a lo anterior, esta sistematización aportará con propuestas que contribuyan al cuidado de la salud mental y física de las familias de personas con discapacidad, teniendo como

fin el fortalecimiento y apoyo en el proceso de crianza con los familiares en dicha situación mencionada, oportunidades de mejora para el programa Discapacidad, y así mismo, retroalimentar el proceso de formación de las prácticas en Trabajo Social y la formulación de nuevos campos de acción para la universidad.

## TABLA DE CONTENIDO

Presentación .....	1
1. FASE DEL VER .....	6
1.1 Narrativa.....	6
1.2 Eje de sistematización .....	25
1.3 Categorías.....	25
1.4 Subcategorías .....	25
1.5 Preguntas Rectoras .....	25
1.6 Pregunta o enunciado .....	27
1.6.1 Subpreguntas .....	27
1.7 Objetivo general .....	28
1.7.1 Objetivos específicos.....	28
1.8 Justificación.....	29
2. FASE DEL JUZGAR .....	31
2.1 Marco teórico referencial y conceptual.....	31
2.1.1 La teoría antropológica a la base de la praxeología .....	31
2.2 Marco conceptual .....	37
2.2.1 Categorías.....	37
2.2.2 Subcategorías .....	38
2.3 Sistema teórico .....	40
2.3.1 Trabajo Social .....	40
2.3.2 Salud Mental .....	50
2.3.3 Familia.....	59
2.3.4 Personas con Discapacidad .....	69

2.3.5 Intervención Social en Salud Mental .....	79
2.3.6 Técnicas de Intervención Social.....	88
2.3.7 Tipología Familiar.....	92
2.3.8 Tipos de Discapacidad .....	102
2.4 Enfoque hermenéutico.....	113
2.5 Tipo de investigación .....	114
2.6 Formulación de enunciados (Hipótesis de Acción).....	114
2.7 Interpretación hermenéutica (Triada).....	115
2.8 Hallazgos .....	142
2.9 Recomendaciones.....	143
3. FASE DEL ACTUAR.....	144
3.1 Planes, Programa y Proyectos .....	144
4. FASE DE LA DEVOLUCIÓN CREATIVA .....	155
4.1 Ensayo .....	156
BIBLIOGRAFÍA.....	160
ANEXOS.....	166
A. Estado del arte.....	166
B. Matriz de ruta metodológica .....	189
C. Matriz de descomposición .....	197
D. Entrevista a la población.....	218
E. Protocolo 1 .....	226
F. Base de datos de los usuarios atendidos .....	233
G. Formato de visita domiciliaria .....	243
H. Formato de evolución clínica de usuarios.....	249
I. Formato de control de asistencia.....	250

## **1. FASE DEL VER**

### **1.1 Narrativa**

Envigado está ubicado al sudeste de la capital del departamento de Antioquia (parte meridional del Valle de Aburrá, el cual se encuentra en la parte noroccidental de la Cordillera Central de los Andes colombianos), sobre un plano medianamente elevado del resto del Valle de Aburrá.

Dista del centro de Medellín 10 kilómetros y de la capital de la República 545 Km. Se encuentra en un rango latitudinal entre los 1.530 y los 2.880 metros sobre el nivel del mar.

El Municipio de Envigado cuenta con un área aproximada de 78.80 Km<sup>2</sup>, de los cuales 66.68 Km<sup>2</sup> corresponden al área rural y 12.12 Km<sup>2</sup> al área urbana. De la superficie total que corresponde al Valle de Aburrá (1152 Km<sup>2</sup>), Envigado ocupa el 4.3% y el séptimo lugar en área entre los diez municipios que lo conforman.

Límites:

- Norte: Medellín.
- Sur: Sabaneta y El Retiro.
- Oriente: Rionegro y El Retiro.
- Occidente: Itagüí

Para el 2013 cuenta con 212.235 habitantes -proyección a partir de censo DANE 2005- asentados en 39 barrios y 6 veredas. Predomina el piso templado medio del Valle de Aburrá donde se asienta la zona urbana y el altiplano del oriente antioqueño cercano, este último corresponde a la zona rural de Las Palmas, Perico y Pantanillo. (Ramirez, 2014, prr. 4)

La administración del municipio de Envigado está dirigida por el Alcalde Héctor Londoño Restrepo, el cual se encuentra en su tercer año de gobierno. Durante estos períodos ha realizado programas que han favorecido a los habitantes más necesitados del municipio, a través de la construcción de más de 200 soluciones habitacionales mediante el proyecto de Vivienda de Interés Social Las Cometas; creación de los subsidios de la tercera edad; montaje de los subsidios de mejoramiento de vivienda; refrigerios y almuerzos escolares para niños; acompañamiento a las madres comunitarias; así como el crecimiento y consolidación de las entidades descentralizadas ENVIASEO y ENVISALUD. Todos estos indicadores de gestión sustentan un objetivo único: el trabajo social. (Ramirez, 2014, prr. 2)

De igual forma, la administración de Envigado cuenta con doce secretarías del nivel directivo entre esas, está la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario ubicada en la CR 44 # 38 sur 18

Teléfono: 339 40 00 EXT: 4524

Así entonces, en dicha Secretaría ofrecen 8 programas en beneficio de la comunidad Envigadeña:

➤ Familia

- Discapacidad
- Niñez
- Subsidios
- Adulto mayor
- Víctimas
- Comunitario
- Juventud

A nivel institucional, la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario contribuye al cumplimiento de la misión y visión de la administración Municipal, realizando intervenciones integrales de manera prioritaria a la población más vulnerable y de escasos recursos de nuestro municipio, que nos permita avanzar en el mejoramiento de la calidad de vida de los envigadeños. Estas intervenciones están enfocadas desde la perspectiva de la asistencia y de la autogestión del ciudadano y de la comunidad, con el apoyo de las organizaciones comunitarias y sociales y el fortalecimiento de la participación ciudadana.

Por consiguiente, el programa Discapacidad nace el año 2000 y surge de la gran población con discapacidad que había en el momento en Envigado y no tenían actividades para realizar ni eran incluidos en el sistema. Este programa cuenta con una coordinadora Profesional en Educación Especial, una contratista Profesional en Educación Especial, un Tecnólogo en Educación Especial y una practicante de Trabajo Social.



Su objetivo general es: “atender a las familias de personas con discapacidad que presentan dinámicas familiares disfuncionales, con un enfoque diferencial y priorizando las víctimas del conflicto armado”. (Restrepo, 2012, pág. 67)

Así mismo, el objetivo específico es: “Promover la inclusión de la población en situación de discapacidad al medio social, a través de la intervención de sus problemáticas”. (Discapacidad, 2014)

Lo anterior se realiza por medio de la atención integral a la población en situación de discapacidad del municipio de Envigado, con programas de habilitación y rehabilitación como: Estimulación Temprana, Plan Tutelar, Preparación Ocupacional Productiva, atención a la población con limitación sensorial y atención psicológica. También se cuenta con actividades alternas como: Actividad física dirigida, iniciación deportiva, talleres de artes plásticas, artes escénicas y música, talleres de ocupación del tiempo libre. Cabe mencionar que la población en situación de discapacidad está conformada por personas entre los 0 y los 100 años de edad que debido a sus dificultades físicas, mentales o sensoriales no pueden acceder al sistema educativo o laboral formal. (Discapacidad, 2014)

Por otra parte, la legislación que ampara el préstamo de este servicio es:

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del 13 de diciembre de 2006

**Ley 1346 de 31 de julio de 2009** “Por medio de la cual se aprueban los Derechos de las Personas con discapacidad”

**Ley 1618 del 2013** obliga al Estado, tanto en sus entidades nacionales como territoriales, a asegurar el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y la eliminación de cualquier tipo de discriminación por su condición.

**Acuerdo N° 002 Enero 23 de 2013**, “Por medio del cual se crea el comité Municipal de Discapacidad y se deroga el Acuerdo N° 020 de 2003”. Resolución 3317 de octubre 16 de 2012 Por medio de la cual se reglamenta la elección y funcionamiento de los comités territoriales de discapacidad establecidos en la Ley 1145 de 2007.

### **Política Social de la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario**

Fortalecer la atención de las problemáticas asociadas a los grupos poblacionales vulnerables, priorizando la familia como unidad básica de intervención y propiciando condiciones para que esta población acceda en condiciones de oportunidad y equidad a los servicios asistenciales. (Discapacidad, 2014)

Políticas de operación en la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario:

- a. El líder del proceso debe velar por la adecuada presentación de los documentos de acuerdo a las indicaciones dadas.
- b. Priorización de la atención a la población en situación de vulnerabilidad y pobreza.
- c. Defensa y promoción de los derechos de la población en situación de vulnerabilidad.
- d. La intervención biopsicosocial de la población vulnerable se debe realizar de forma integral, interdisciplinaria y holística. (Discapacidad, 2014)

De acuerdo a lo anterior, es importante mencionar que el programa Discapacidad empezó en el año 2000 con 78 usuarios aproximadamente y hasta la fecha del 2014 están inscritos cerca de 604 personas que hacen valer sus derechos y gozan de las actividades que les ofrece el municipio de Envigado por medio de la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario. (Discapacidad, 2014)

También cabe resaltar que en Envigado se está llevando a cabo el proceso de construcción de la Política Pública en Discapacidad; sin embargo también es pertinente precisar que en los objetivos del milenio no es incluida dicha población, sólo hasta el 23 de septiembre de 2013 en la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre Discapacidad y Desarrollo se adoptó trabajar bajo el lema “El camino a seguir: incluir la discapacidad en el programa de desarrollo para antes y después de 2015”. Por ende la resolución quedo así:

(Sobre la base del informe de la Tercera Comisión (A/66/454 (Part II))

66/124. Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la realización de los

Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos

internacionalmente para las personas con discapacidad. El informe de dicha reunión se resume de la siguiente manera:

En el informe, preparado de conformidad con la resolución 65/186 de la Asamblea General, se ofrece un panorama general de los progresos realizados desde la publicación del informe anterior en 2011 (A/66/121) sobre la aplicación de las políticas y los programas relativos a las personas con discapacidad en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Durante el período de que se informa, la Asamblea decidió celebrar una Reunión de Alto Nivel sobre la discapacidad y el desarrollo en 2013, con el fin de tomar medidas concertadas para establecer un marco de desarrollo para después de 2015 que tenga en cuenta a las personas con discapacidad. En el informe también se formulan recomendaciones sobre las esferas prioritarias que se incluirán en el documento final de la Reunión de Alto Nivel, así como sobre las iniciativas en curso para incorporar las discapacidades en la agenda del desarrollo hasta 2015 y después de esa fecha. (Asamblea de las Naciones Unidas, 2013, p. 1)

Sin embargo, la Constitución Política de Colombia de 1991 desde diferentes leyes y/o artículos antes mencionados “ampara” la población en situación de discapacidad, pero contradictoriamente un informe de la Universidad de Antioquia del programa Saluda dice que el país no goza de una política pública clara en discapacidad porque de los 32 departamentos que tiene Colombia, sólo 15 han avanzado en políticas públicas en discapacidad, pese a que se cuenta con la Ley 1145 de 2007, que le da estructura al Sistema Nacional de Discapacidad, y que tiene por objeto impulsar la formulación e implementación de la política pública en discapacidad, en forma coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, las

organizaciones de personas con y en situación de discapacidad y la sociedad civil, con el fin de promocionar y garantizar sus derechos fundamentales, en el marco de los Derechos Humanos. (Antioquia, SF, prr. 1)

Por lo anterior, Maritza Posada de la asociación “Amigos con calor humano” agrega y explica que “Casi siempre estas políticas públicas se quedan en el papel, en la fase de formulación y no se ejecutan porque no se aseguran los recursos desde los planes de desarrollo para poder aplicarlas”. (Antioquia, SF, prr.2)

Por otra parte, cabe resaltar el contacto directo que debe tener la practicante de Trabajo Social con los usuarios inscritos en las diferentes actividades del programa, mediante reuniones mensuales para desarrollar diversos temas de acuerdo a sus necesidades; como también parte fundamental de su quehacer está en la atención oportuna que se le ofrece a las familias de las personas con discapacidad, por medio de intervenciones requeridas y un buen seguimiento para que estas mismas puedan encontrar soluciones a sus conflictos. Además, dentro del proceso de formación en el programa Discapacidad está la oportunidad de ser partícipe del diplomado en políticas públicas con enfoque diferencial, certificado por la Universidad de Antioquia para cuatro poblaciones (Discapacidad, Adulto Mayor, Juventud y Familia) del municipio de Envigado.

De igual manera, cabe mencionar que se ha encontrado falencias en el apoyo a las familias y cuidadores con personas en situación de discapacidad; pese a que en la ley estatutaria 1618 de 2013 en el artículo 8 “Acompañamiento a las Familias”, se establece que:

Las medidas de inclusión de las personas con discapacidad adoptarán la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) integrando a sus familias y a su comunidad en todos los campos de la actividad humana, en especial a las familias de bajos recursos, y a las familias de las personas con mayor riesgo de exclusión por su grado de discapacidad, en concordancia con el artículo 23 de la Ley 1346 de 2009, para lo cual se adoptarán las siguientes medidas:

1. Las entidades nacionales, departamentales, municipales, distritales y locales competentes, así como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), deberán apoyar programas orientados a desarrollar las capacidades de la persona, la familia y la comunidad en el autocuidado y en la identificación de los riesgos que producen discapacidad.

2. Las entidades nacionales, departamentales, municipales, distritales y locales competentes, así como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), deberán establecer programas de apoyo y acompañamiento a las familias de las personas con discapacidad, que debe articularse con otras estrategias de inclusión, desarrollo social y de superación de la pobreza.

3. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), o el ente que haga sus veces, deberá establecer programas de apoyo y formación a los cuidadores, relacionados

con el cuidado de las personas con discapacidad, en alianza con el SENA y demás instancias que integran el sistema nacional de discapacidad.

4. Implementar estrategias de apoyo y fortalecimiento a familias y cuidadores con y en situación de discapacidad para su adecuada atención, promoviendo el desarrollo de programas y espacios de atención para las personas que asumen este compromiso.

5. En los planes, programas y proyectos de cooperación nacional e internacional que sean de interés de la población con discapacidad concertados con el gobierno, se incluirá la variable de discapacidad y atención integral a sus familias, para garantizar el ejercicio efectivo de sus derechos. (Republica, 2013)

Por otra parte, es de suma importancia mencionar que desde el programa Discapacidad de la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario de la Alcaldía de Envigado, se ha gestado trabajo en red a través de convenios y alianzas estratégicas con algunas instituciones, con el fin de fortalecer la atención entregada a los usuarios. Por consiguiente:

ALFIME: es una organización sin ánimo de lucro que se ha propuesto como misión, la habilitación y rehabilitación integral de las personas con discapacidad Física, Cognitiva, Mental y Sensorial en el Municipio de Envigado, en el departamento de Antioquia, promoviendo el desarrollo de programas necesarios para facilitar la inclusión familiar, ocupacional y la igualdad

de estos en el medio social. Las áreas y los programas que ALFIME ofrece están diseñados para ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad permanente o temporal y sus familias. Actualmente, el programa Discapacidad tiene subsidiados 51 usuarios en deporte adaptado y 11 personas con discapacidad cognitiva. (Discapacidad, 2014)

Aula Abierta: es una institución privada, con gran sensibilidad social, que presta servicios de educación no formal, de habilitación y rehabilitación, dirigidos a bebés, niños, niñas y jóvenes con y sin necesidades especiales y a sus familias. Desarrolla sus programas con un amplio equipo de profesionales y utiliza metodologías innovadoras, tecnología de apoyo (de punta y adaptada) para promover el desarrollo integral y la calidad de vida de sus usuarios. Atendemos niños, niñas sin problemas en el desarrollo, con programas de estimulación adecuada y natación, como también población con discapacidad cognitiva y/o motora, a través de programas educativos, de habilitación y de rehabilitación. (Aula Abierta , 2014, prr. 1)

Actualmente el programa Discapacidad tiene los siguientes convenios a manera de subsidio en servicios con dicha institución: POP (Programa de Preparación Ocupacional y Productiva) 65 usuarios, en el programa de estimulación 62 usuarios, personas de la parte rural vereda Las Palmas 45 usuarios y 33 usuarios de la vereda Pantanillo. (Discapacidad, 2014)

También se tiene en cuenta la atención a la población con discapacidad visual, este servicio se ofrece en convenio con la Biblioteca José Félix de Restrepo, ya que en esta institución se cuenta con la sala de apoyo personalizado para personas invidentes, en la cual asisten 38 usuarios. (Discapacidad, 2014)

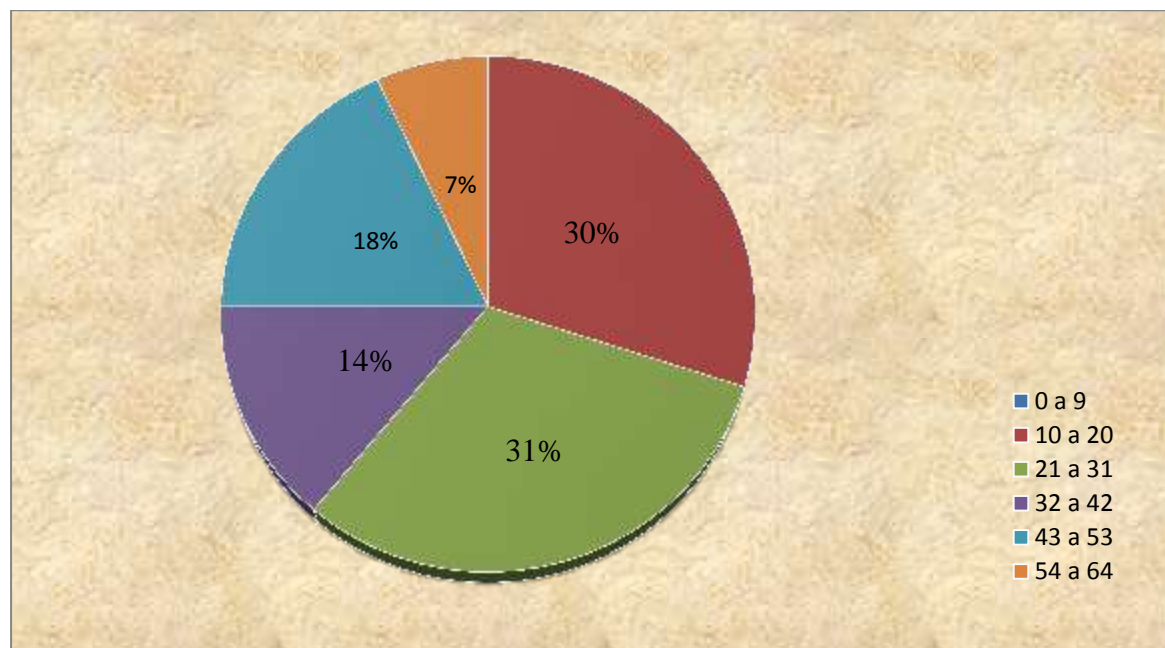


INDER de Envigado tiene como objeto social brindar servicios en actividad física a población en situación de discapacidad a través de prácticas deportivas y actividades lúdicas adaptadas, que les permita tener hábitos de vida saludable y la Escuela de Artes Débora Arango cuyo propósito es ofrecer servicios de capacitación mediante talleres artísticos, en modalidades como artes escénicas, artes plásticas y música, dirigido a personas en situación de discapacidad, que contribuya a la promoción del talento de este grupo poblacional. Estas dos instituciones atienden en la actualidad 200 usuarios aproximadamente quienes son beneficiarios del servicio a través de un proceso contractual. Sujeto a garantizar el goce efectivo de los derechos de las personas con discapacidad. (Discapacidad, 2014)

Por lo anterior, es oportuno mencionar que para el presente diagnóstico, se tuvo en cuenta las familias de los usuarios que son beneficiarios de los servicios de atención a la población con discapacidad visual, los que asisten al INDER y la Escuela de Artes Débora Arango, ya que el proceso de intervención que se lleva a cabo en dichos servicios es una atención directa con los usuarios y sus familias desde el programa. En las otras instituciones se ofrece un servicio integral para los usuarios y sus familias contando con el equipo interdisciplinario idóneo para los procesos individuales. Así entonces se tendría en cuenta el total de 220 familias y se estipuló una muestra poblacional de 100 personas. Por consiguiente a continuación se hará una descripción de las variables encontradas en la caracterización de las familias.

Total de la muestra: 100 familias.

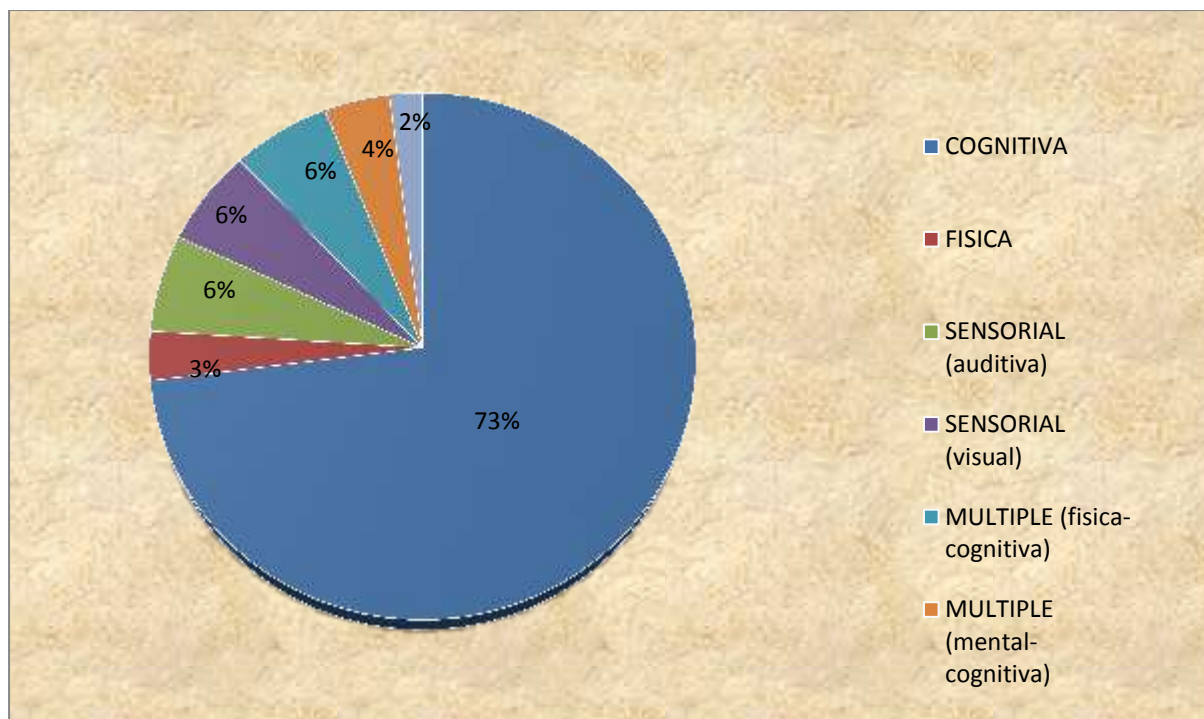
**Primera variable:** Rango de edad de las personas con discapacidad

**Gráfico 1:** Edad promedio de las Personas con Discapacidad

El gráfico anterior muestra que de las 100 personas entrevistadas con relación a su edad, de acuerdo al rango, se encontró que en mayor proporción fue el rango entre 21 y 31 años, seguidamente con un porcentaje del 30% se encuentran las personas con edades entre 10 y 20 años; otro tanto con edades entre 32 y 42, también está el 18% con edades entre 43 y 53, finalmente se encuentra 7 personas en el rango entre 54 y 64 con un porcentaje del 7%. Ahora bien, las personas con discapacidad pueden ser considerados población en situación de vulnerabilidad, sin embargo esto no determina las capacidades intelectuales que puedan tener cada uno de ellos.

**Segunda variable:** Diagnóstico de Discapacidad.

**Gráfico 2:** Diagnósticos de discapacidad



Con base en lo aprendido durante la práctica profesional se harán unas definiciones cortas de las discapacidades anteriormente mencionadas:

Cognitiva: tiene que ver con las alteraciones de aprendizaje.

Mental: son trastornos comportamentales y psicológicos.

Física: pérdida de movilidad en alguna extremidad.

Auditiva (sensorial): pérdida de la audición.

Visual (sensorial): pérdida de la visión.

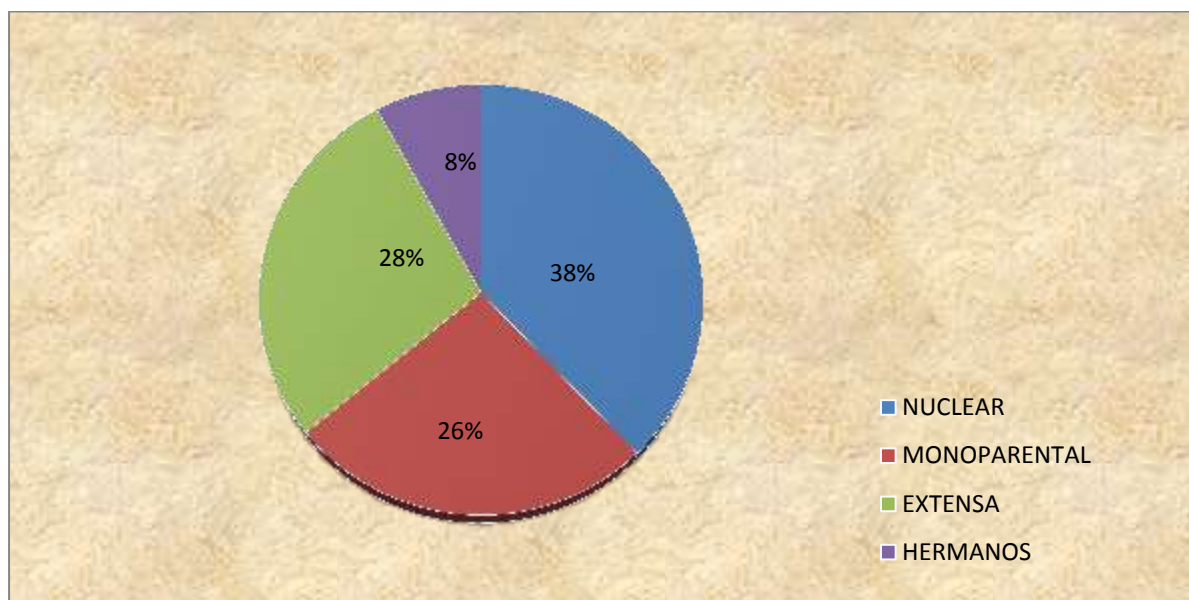
Múltiple: una persona con dos o más discapacidades al mismo tiempo.

Así entonces, la gráfica muestra que la discapacidad con mayor porcentaje es la Cognitiva, además se evidencia una igualdad entre la discapacidad Sensorial (Auditiva) 6%, Sensorial (Visual) 6% y Múltiple (física- cognitiva) 6%, otro tanto en Múltiple (mental- cognitiva) con el

4%, también la física con el 3% y un porcentaje inferior del 2% para la Múltiple (visual-cognitiva).

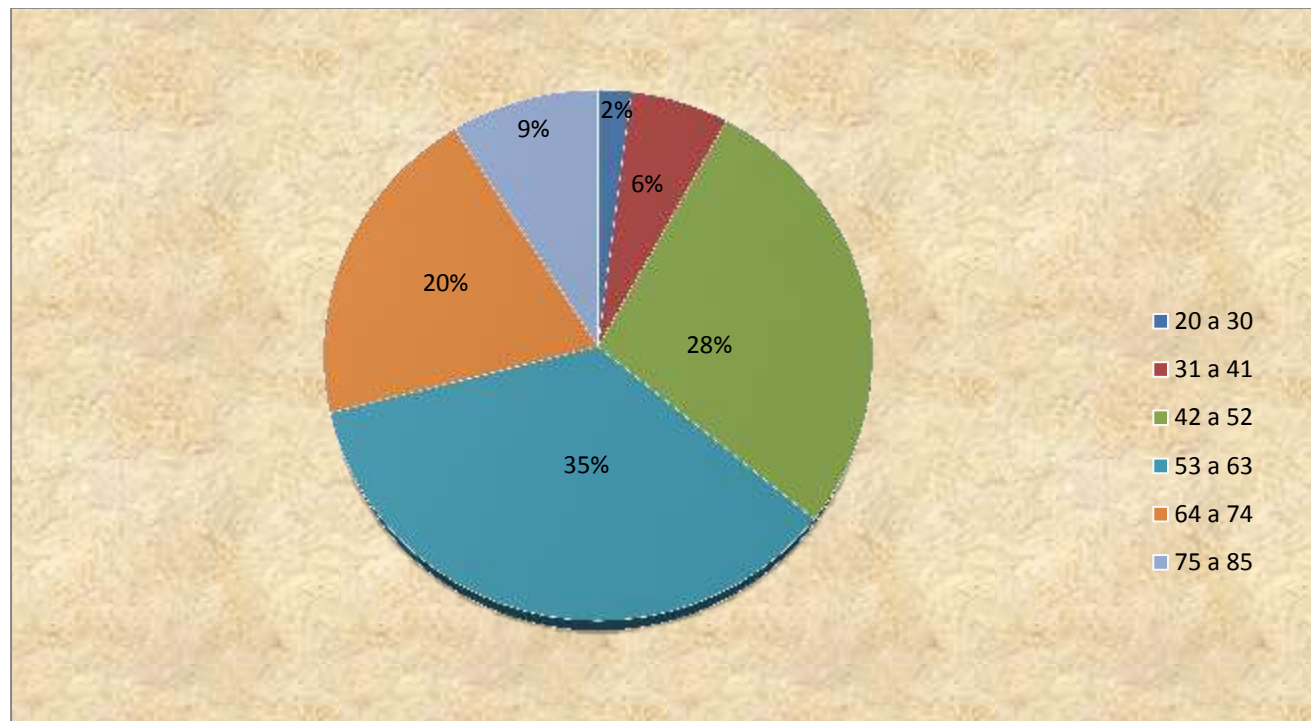
**Tercera variable:** Tipología Familiar.

**Gráfico 3:** Tipologías Familiares



En la anterior gráfica se hace visible con un mayor porcentaje la tipología Nuclear (conformada por los dos padres e hijos), sin embargo no es mucha la diferencia que hay entre la Monoparental (conformada por uno de los padres e hijos) y la Extensa (conformada por más de dos generaciones) que se evidencian en un porcentaje más paralelo y las familias conformadas por Hermanos se ubican en un menor porcentaje, lo que lleva a concluir que las tres primeras tipologías familiares serían predominantes en los hogares envigadeños con personas con discapacidad.

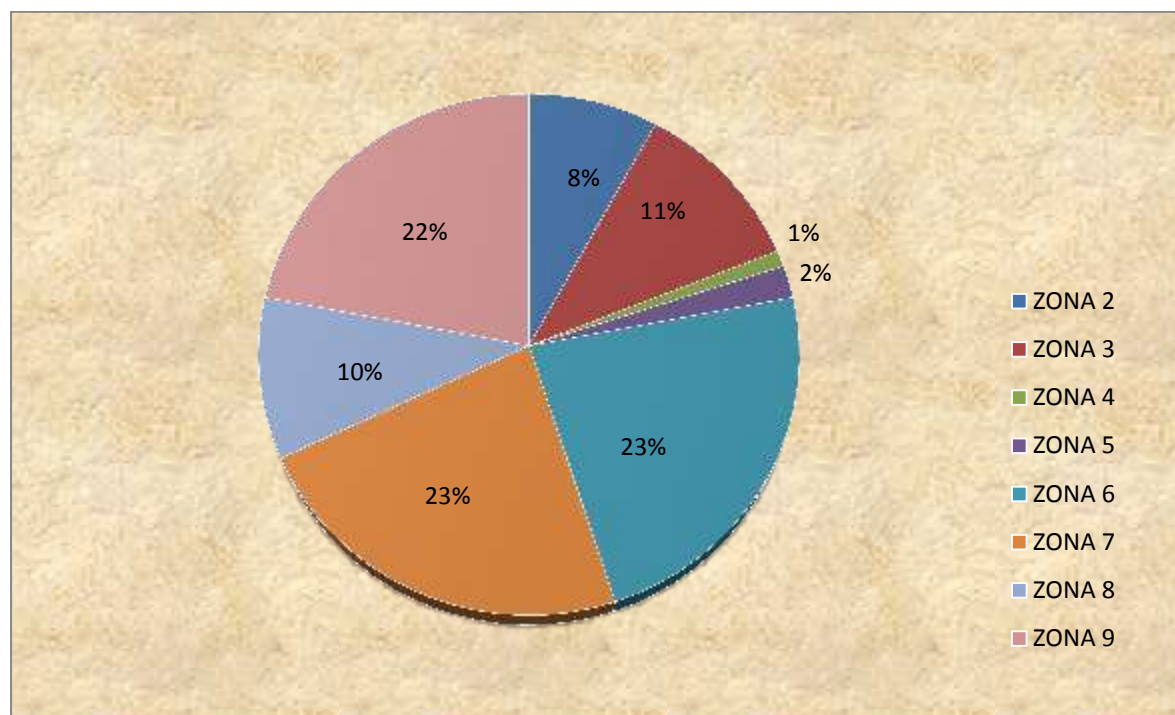
**Cuarta variable:** Edad Promedio de las Familias y Cuidadores.

**Gráfico 4:** Edad Promedio de las Familias y Cuidadores.

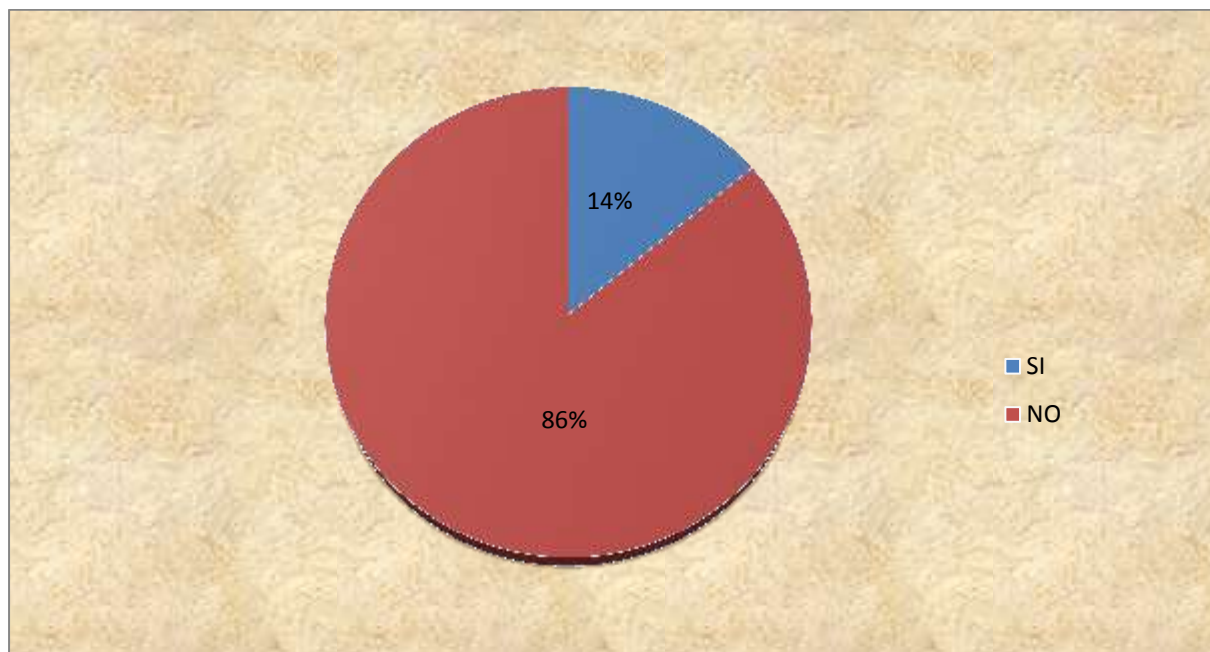
Los rangos de edad establecidos para esta variable en las personas que tienen la facultad y el deber de cuidado para la población con discapacidad inscritos en el programa son significativos; así entonces los hallazgos muestran una población mayor como responsable del acompañamiento requerido; evidénciese que el 35% de la población se encuentran en una edad muy avanzada lo que puede ser preocupante en el momento en que no estén para asumir tal responsabilidad; en una gran proporción también se encontró que el 28% de los familiares están entre 42 y 52 años, también con gran porcentaje las edades entre 64 y 74 años, y en un porcentaje inferior se encuentran los familiares entre 20 y 41 años y el rango entre 75 y 85 años aunque no es muy alto no deja de ser alarmante. En este contexto se infiere que gran parte de la población se encuentra bajo el cuidado de personas adultas mayores, situación que puede generar gran preocupación hacia el futuro.

### Quinta variable: Lugar de Residencia por Zonas

**Gráfico 5:** Lugar de Residencia por Zonas



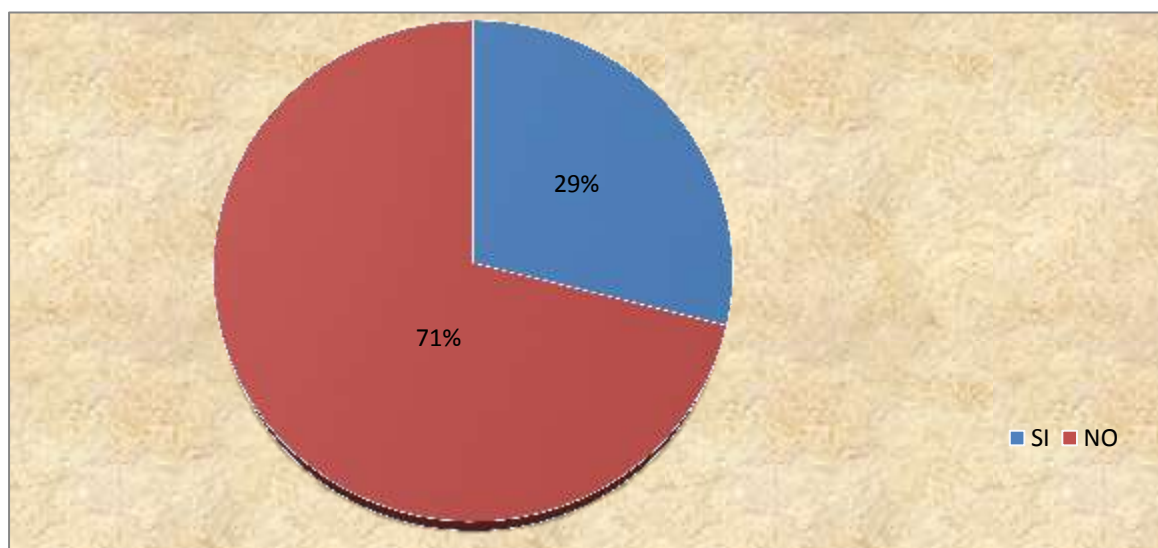
Cabe mencionar que Envigado está dividido por 13 zonas incluyendo la parte rural y urbana y cada una de estas tiene determinados barrios. Por consiguiente, la gráfica anterior muestra que las zonas más habitadas por personas con discapacidad son la 6, 7 y 9 (las cuales corresponden a estratos socioeconómicos 1, 2 y 3), seguido con un 11% la zona 3 (con estratos 1, 2 y 3), además con un porcentaje muy similar está la zona 8 con un 10% (estratos 2, 3, 4 y 5), también la zona 2 con un porcentaje más bajo del 8% (le corresponden los estratos 4, 5 y 6) y posteriormente en la zona 4 y 5 hay un porcentaje inferior del 3% para ambas (a estas les corresponden los estratos 4, 5 y 6).

**Sexta variable:** Beneficiarios del Subsidio Económico del Municipio**Gráfico 6:** Subsidio económico

El subsidio económico del municipio de Envigado es entregado a las personas con discapacidad cada 2 meses con el fin que lo utilicen para beneficio propio; así entonces en la gráfica se muestra un porcentaje muy bajo de las personas que gozan de dicho beneficio, sin embargo se debe tener en cuenta que este sale del presupuesto del municipio y para ser adquirido por las personas con discapacidad deben cumplir con ciertos requisitos que tiene el programa de subsidios de la Secretaria de Bienestar Social y Comunitario.

**Séptima variable:** Beneficiarios del Subsidio del Municipio para Estudiar en Aula Abierta.

**Gráfico 7:** Subsidio estudiantil



Aula Abierta es una institución privada, con gran sensibilidad social, que presta servicios de educación no formal, de habilitación y rehabilitación, dirigidos a bebés, niños, niñas y jóvenes con y sin necesidades especiales y a sus familias. Por consiguiente el municipio subsidia aquellas personas que no cuentan con los recursos económicos suficientes para acceder a dicha institución; sin embargo el total de la población caracterizada se evidencia que son personas adultas, por consiguiente en la gráfica se muestra un porcentaje inferior de beneficiarios de dicho subsidio.

Por lo anterior, se encuentra oportuno hacer una investigación por medio de la sistematización de la práctica profesional, que contribuya al cuidado de la salud mental y física de las familias con personas con discapacidad, teniendo como fin el fortalecimiento y apoyo en el



proceso de crianza con los familiares en dicha situación mencionada, oportunidades de mejora para el programa Discapacidad, y así mismo retroalimentar el proceso de formación de la practicante de Trabajo Social y la formulación de nuevos campos de acción para la universidad.

## **1.2 Eje de sistematización**

Importancia del Trabajo Social en el cuidado de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad, beneficiarios de la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario del municipio de Envigado en el año 2014.

## **1.3 Categorías**

- Trabajo Social
- Salud mental
- Familia
- Discapacidad

## **1.4 Subcategorías**

- Intervención social (enfocada en la salud mental)
- Técnicas de intervención social (enfocada en la salud mental)
- Tipología familiar
- Tipos de discapacidad

## **1.5 Preguntas Rectoras**

¿Quién hace qué?

Estudiante de IX semestre de Trabajo Social, de la Corporación Universitaria Minuto de Dios seccional Bello.

¿Por quién lo hace?

Por las familias con personas en situación de discapacidad del municipio de Envigado.

¿Con quién lo hace?

Familias con personas en situación de discapacidad, del programa Discapacidad de la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario del municipio de Envigado, estudiante de Trabajo Social y docente Juan Guillermo Cano.

¿Dónde lo hace?

Universidad Minuto de Dios, Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario del municipio de Envigado (programa Discapacidad).

¿Cuándo lo hace?

Primer y segundo semestre del 2014.

¿Cómo lo hace?

A través de un proceso de sistematización aplicando técnicas de recolección de información, análisis de la información, categorías.

¿Por qué?

Por realizar el trabajo de grado por medio de la Sistematización de la práctica profesional, con el fin de buscar respuestas a muchas inquietudes que se presentaron durante el proceso de la práctica.

## **1.6 Pregunta o enunciado**

El aporte de la intervención del Trabajo Social en el cuidado de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad beneficiarias de la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario del municipio de Envigado en el año 2014.

### **1.6.1 Subpreguntas**

#### **Trabajo Social**

¿Cuáles son las estrategias y técnicas más utilizadas en la intervención social de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad?

#### **Salud mental**

¿Cuáles son los tipos de enfermedades mentales más frecuentes en las familias con personas en situación de discapacidad?

#### **Familia**

¿Cuáles son las tipologías familiares con personas en situación de discapacidad beneficiarias de la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario del municipio de Envigado en el año 2014?

### **Personas en situación de discapacidad**

¿Cuáles son los tipos de discapacidad y los efectos en su entorno familiar?

## **1.7 Objetivo general**

Analizar el aporte de la intervención del Trabajo Social en el cuidado de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad beneficiarias de la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario del municipio de Envigado en el año 2014.

### **1.7.1 Objetivos específicos**

- Identificar las estrategias y técnicas más utilizadas en la intervención social de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad.
- Determinar los tipos de enfermedades mentales más frecuentes en las familias con personas en situación de discapacidad.
- Describir las tipologías familiares más frecuentes con personas en situación de discapacidad.
- Explicar los tipos de discapacidad y los efectos en su entorno familiar

## 1.8 Justificación

Con la presente sistematización se pretende hacer un análisis exhaustivo sobre la Salud mental de las familias con personas en situación de discapacidad, de la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario del municipio de Envigado en el 2014; se ampliarán diferentes temas teniendo en cuenta sus características, causas y efectos en el entorno familiar y social.

Así mismo, contribuirá al campo disciplinar, por medio de los logros y aprendizajes que se obtiene cuando nos enfrentamos a una realidad compuesta de diversas problemáticas familiares, en la cual el Trabajador Social debe acompañar y proponer proyectos que fortalezcan el proceso formativo de las familias.

De igual forma, el principal interés por llevar a cabo esta sistematización es profundizar sobre quiénes son los encargados de cuidar la salud mental y física de las familias con personas en situación de discapacidad.

Por lo tanto, el impacto que se pretende con esta sistematización, es que por medio de la investigación y con base en el eje y las categorías planteadas se pueda retribuir al programa Discapacidad y la Universidad Minuto de Dios, con propuestas y alternativas distintas con base en los procesos formativos y reflexivos generados por la práctica.

Así entonces, en el programa Discapacidad del municipio de Envigado, se evidencia la necesidad prominente de la mediación del Trabajador Social en la medida en que fije su

intervención en una dinámica que incluye usuario- familia y Estado, es decir, implementar estrategias vinculantes que comprometan a las familias con los proyectos sociales dirigidos a la población con discapacidad. En este contexto, es importante resaltar que en el artículo 8 de la Ley Estatutaria 1618 de 2013 se establece “Acompañamiento a las familias y cuidadores” (ver pág. 13-15) por esta razón cabe la importancia del que hacer del Trabajador Social dado que es un mandato legal establecer la claridad de los compromisos que tiene la Administración Municipal, El SENA y el ICBF.

Otro de los argumentos que justifican la función del Trabajo Social en el campo de la Discapacidad radica en que; desde el área social dicha profesión adquiere los elementos y herramientas necesarias para intervenir desde nuevas perspectivas, teniendo en cuenta que dicha intervención comienza desde el primer contacto con la familia y su compromiso con el usuario en el mejoramiento de su calidad de vida. Igualmente, se debe considerar que las familias que inician un proceso de adaptación con una persona en situación de discapacidad (que puede ser por un accidente, un evento fortuito, entre otros) sufre un desajuste que se requiere de acompañamiento para lograr el ajuste necesario que posibilite un apoyo funcional a la persona que se encuentre en dicha situación, así mismo se deben tener en cuenta los elementos positivos y dinámicos existentes en cada familia sin centrarse solo en la discapacidad.

Estos argumentos anteriormente descritos, tienen validez para implementar la formulación de la política pública para Discapacidad como un programa necesario e indispensable en el marco social dado que cualquier familia puede verse afectada por esta circunstancia; así entonces es de

menester importancia incluir el Trabajo Social como agente dinamizador y generador de procesos que posibiliten una mejor calidad de vida para estas familias.

## **2. FASE DEL JUZGAR**

### **2.1 Marco teórico referencial y conceptual**

#### **2.1.1 De la teoría antropológica a la base de la praxeología**

¿Qué es eso de praxeología?

Tratar de definir la praxeología hace parte del juego mediante el cual, en los intercambios con los profanos, los praxeólogos se reconocen. Si alguien que se presente como praxeólogo nos da una respuesta clara y directa a la cuestión “¿qué es eso de praxeología?”, ése no es un verdadero praxeólogo. Un verdadero praxeólogo sabe que la definición que él podría dar a un novato no podrá jamás ser comprendida directamente, de un solo golpe, ni enteramente. Haría falta el contexto práctico, operacional, que da cuerpo y sentido a las palabras y que no se transmite sino mediante la experiencia: “Ven, practícala y comprenderás”. Las características del modo praxeológico de ver las cosas, sin el entrenamiento requerido, no podrían ser captadas. Obviamente, los praxeólogos no son los únicos profesionales que se encuentran en esta situación. Hecha esta distinción, intentemos aproximarnos al concepto, describiendo primero la teoría antropológica que lo sustenta y luego, el concepto mismo y sus implicaciones metodológicas.

1.1. La teoría antropológica a la base de la praxeología Partimos de un presupuesto antropológico fundamental: la persona humana es un ser praxeológico, es decir, un individuo

que actúa (¿actante?), que reflexiona sobre su actuar, que busca mejorar sus acciones y, en últimas, ser feliz. Ser auténticamente humano consiste, entonces, en buscar incansablemente, una y otra vez, la fórmula de la vida humana. Esta cita de Arendt (1993, p. 201) nos permite entender mejor todo esto:

Con palabra y acto nos insertamos en el mundo humano, y esta inserción es como un segundo nacimiento [...]. A dicha inserción no nos obliga la necesidad, como lo hace la labor, ni nos impulsa la utilidad, como es el caso del trabajo. Puede estimularse por la presencia de otros cuya compañía deseemos, pero nunca está condicionada por ellos; su impulso surge del comienzo, que se adentró en el mundo cuando nacimos y al que respondemos comenzando algo nuevo por nuestra propia iniciativa. Actuar, en su sentido más general, significa tomar una iniciativa, comenzar [...] poner algo en movimiento [...]. Debido a que son *initium*, los recién llegados y principiantes, por virtud del nacimiento, los hombres toman la iniciativa, se aprestan a la acción [...] Este comienzo no es el mismo que el del mundo, no es el comienzo de algo sino de alguien que es un principiante por sí mismo. Con la creación del hombre, el principio del comienzo entró en el propio mundo, que, claro está, no es más que otra forma de decir que el principio de la libertad se creó al crearse el hombre, no antes [...]

Por eso, por nuestra capacidad de acción, somos seres libres, o mejor, condenados a la libertad, obligados a elegir; porque actuar humanamente no es cumplir un programa predeterminado, al contrario, es contar siempre con lo imprevisto. Nuestra vida simplemente eterniza (si no nos oponemos a ello o la educación no nos atrofia dicha facultad) los rasgos que atribuimos, por lo general, sólo a los niños y jóvenes, pero que son propios de todo ser humano: la maleabilidad, la educabilidad, el aprendizaje y la permanente indagación.



Ahora bien, nuestro actuar fundamental es, sencillamente, inventarnos, darnos forma permanentemente, a la manera de un camaleón, ascendiendo a veces a lo más alto y descendiendo, la mayor de las veces, a lo más bajo y despreciable. Todas nuestras opciones, de una u otra forma, terminan por configurar lo que hoy somos. Porque actuar no es otra cosa que elegir, y elegir es enlazar apropiadamente el conocimiento de lo que nos es dado (aquello que no generamos nosotros, pero que recibimos como don), con la imaginación (las posibilidades de las que podemos disponer, si queremos) y la decisión (el acto de voluntad que escoge entre varias alternativas e intenta ejecutar una de ellas). Por eso, a las acciones radicalmente humanas las llamamos acciones voluntarias, aunque debamos asumir la parte de incertidumbre en que vamos a incurrir al ejecutarlas. Nuestra grandeza radica, entonces, en que somos co-creadores (junto con Dios) de nosotros mismos, completando y siempre reformulando aquello que Él proyectó para nosotros. Somos perfectibles y, por eso, educables.

Así, el ser humano, a diferencia de los demás seres del mundo, no sólo hace parte de éste, sino que tiene facultades y destrezas para crearlo y recrearlo. Igualmente, la persona sólo es tal en tanto es libre y creadora; por ello, es imposible decir, de modo definitivo, en qué consiste su vivir, pues éste, invariablemente, es innovador. Lo que sí podemos es hacer la distinción, para cada persona concreta, entre una vida evidente para los sentidos (las actividades propias de su ciclo biológico) y otra intangible e impalpable. Esta otra parte de la vida, la realmente valiosa, se despliega en otra esfera: la de la acción política. Las tres categorías de la vida activa (labor,

trabajo y acción), tienen en común que se realizan con el cuerpo y en un ámbito perceptible a los sentidos; de ellas sólo la acción es política.

Por su parte, con las tres categorías de la vida del espíritu, o actividades mentales básicas (pensamiento, voluntad y juicio), se produce una retirada del mundo o suspensión de lo inmediato. Ellas, por sí mismas, no conducen a la acción, pero la desensorización que realizan de lo puramente aprehendido es vital para hacer cualquier cosa propia plenamente humana: el pensamiento lleva a la comprensión y posibilita que alteremos el orden natural de los sucesos. La voluntad es lo que permite que trascendamos nuestras propias limitaciones y dotemos al mundo de nuevos significados; por su parte, el juicio (la más política de nuestras facultades mentales) es la habilidad para pronunciarnos frente a las cosas. Entonces, la acción política atañe a la vida activa. No obstante, su origen está en la vida del espíritu, pues es aquí donde reside la libertad que permite crear el mundo, y no sólo padecerlo. Además, es en la vida espiritual donde nuestra acción puede tener algún sentido. La vida del espíritu es el soporte de lo auténticamente humano de nuestro actuar.

En síntesis, estos presupuestos antropológicos se fundamentan en la noción de acción, que se sirve de las siguientes consideraciones de Hannah Arendt sobre la vida activa: ella mantiene la novedad, favoreciendo la pluralidad, asumiendo la imprevisibilidad, velando por la fragilidad e introduciendo la narración en la vida cotidiana. Desde un enfoque práctico, esto implica promover que todos los integrantes de una comunidad logren una comprensión de sí mismos, dejando la idea de que el mundo o su lugar en él son realidades establecidas, determinadas o

inalterables. Veamos esto en detalle, por las implicaciones que tiene para la construcción de ciudadanía y para el quehacer educativo que supone la praxeología.

**Primero**, cultivar la pluralidad significa negarse a la homogeneización de los individuos. Desde la antropología que planteamos, no existe el ser humano (o mejor, la “naturaleza humana”), sino los seres humanos, con su inevitable variedad de posturas. Es claro que cuando reconocemos la presencia del otro, como otro, nos descubrimos como personas únicas e irrepetibles. Pero eso implica dejar que el otro se revele y exprese en su unicidad. Así, la acción humana actualiza esa dimensión existencial que valora la diversidad de los discursos humanos. Las consecuencias, para el cultivo de una formación pluralista e inclusiva, son evidentes. Pero, igualmente, creemos que aparecen implicaciones cognitivas y didácticas valiosas, que deben llevarnos a reconocer y suscitar la diversidad de los procesos de aprendizaje, personales y culturales.

En **segundo lugar**, la aceptación de la pluralidad supone admitir la imprevisibilidad del otro como germen de crecimiento en la relación social y educativa. Admitir al otro como imprevisible significa escuchar su palabra y su acción como una ocasión en la que se puede develar algo nuevo y diverso. Y esto facilita una actitud flexible y una apertura al riesgo en las diversas interacciones de la praxis social. Además, exige renunciar a la rígida clasificación del otro, originada por la búsqueda de falsas seguridades o por el deseo de lograr resultados acabados y medibles. Así, se abre el campo a lo inusitado, y la innovación puede ocurrir en la vida social y

educativa, más allá de las meras reformas, sin que las relaciones entre los actores sociales se vean amenazadas.

**En tercer lugar**, asumir el riesgo de lo novedoso, en relaciones humanas no instrumentales, hace notoria la fragilidad constitutiva de la acción y, por ende, de nuestra contingente condición humana. La acción humana nunca es solitaria; se realiza en una comunidad que interactúa siempre con nuestra capacidad de actuar, modificándola. “Debido a que el actor siempre se mueve entre y en relación con otros seres actuantes, nunca es simplemente un ‘agente’, sino que siempre y al mismo tiempo es un paciente” (Arendt, 1993, pp. 213). Similarmente, los hechos colectivos que brotan de la concertación son esencialmente frágiles, pues están expuestos a la contingencia del actuar humano. Es claro que la modernidad, con su cultura del trabajo y del consumo, se resiste a admitir la fragilidad de las acciones humanas.

**Por último**, hay que señalar que la acción política tiene que ver con un quién, no con un qué. Los participantes de una comunidad tienen vidas que se desarrollan en la cotidianidad presente y que requieren llenarse de sentido, construyendo un puente entre su pasado y su futuro. Pero este sentido requiere de la presencia de los otros para manifestarse. Los demás son testigos de las acciones y palabras por las que se revela el quién de cada cual, pues éste depende de los relatos de los otros que siguen a la auto revelación del actor. Por eso, las interacciones humanas siempre generan historias y el develamiento de sí mismo se hace a través de la narración. El actor no alcanza el sentido total de su acción, que sólo surge post-factum, luego de ser narrada en el espacio público. Por su parte, el narrador, como historiador, está en mejor situación que el actor para entender el sentido de la acción, así como para captar su quién. Obvio, esta idea es

discutible, pero podemos rescatar un elemento fundamental para el trabajo social y educativo: la identidad brota de la pluralidad y no es una construcción solipsista, ni mucho menos se trata de una competencia por llegar a ser el mejor. En este sentido, la comunidad socio-educativa tendría que ser el lugar privilegiado donde se recree la propia identidad, contando con el testimonio de los otros y asumiendo la mutua dependencia constitutiva.

Entonces, si bien el quehacer social y educativo se plasma en obras, éstas no pueden ser su objetivo final; ellas son meras condiciones de posibilidad para algo más definitivo y humano como es la disposición y destreza para construir, conservar y revolucionar el mundo común.

## **2.2 Marco conceptual**

### **2.2.1 Categorías**

**Trabajo Social:** “Es una disciplina que, mediante su metodología de intervención, contribuye al conocimiento y transformación de los procesos para incidir en la participación de los sujetos y en el desarrollo social”. (Mexico, 2014, prr. 1)

**Salud mental:** La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede

trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (Salud, 2013, prr. 1)

**Familia:** La OMS define familia como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. (Vargas , S.f, prr. 1)

**Discapacidad:** Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. (Salud, 2011)

### 2.2.2 Subcategorías

**Intervención Social:** Corbalán refiere un interesante documento descriptivo y analítico acerca de la intervención social; es una acción organizada (Conjunto de servicios públicos y privados), de un grupo de individuos (desde ONG u OG, organizaciones de base), que hacen lectura de una

situación social como inaceptable: (Escándalo social). Implica por tanto una alteración en el curso de la vida cotidiana y un juicio de valor desde las disciplinas. (Comunitario, 2014, prr. 1)

**Técnicas de Intervención Social:** Baztan, (1999) son el conjunto de acciones estratégicas intencionadas, coherentes y coordinadas, realizadas bajo métodos específicos con el objetivo de producir en los participantes sentido e impactos eficaces para sí y para su entorno, teniendo como premisa el aprendizaje significativo puesto en escena a través de la participación, la reflexión, la lúdica y la interacción. Recuperado de <http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/CajadeHerramientas.pdf>

**Tipología Familiar:** El criterio de parentesco y el vivir bajo un mismo techo son elementos definitivos para considerar a una familia como tal, pues vivir bajo un mismo techo así no se tenga lazos de consanguinidad implica serias obligaciones de solidaridad, tanto en cuestiones materiales como psíquicas o morales. Así mismo se definen familias nucleares, mono parentales, extensas, entre otras. (Alex, 2008)

### **Tipos de Discapacidad:**

**Discapacidad física,** resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos y/o las piernas. (Maria y Olga, 2014)

**Discapacidad sensorial**, La discapacidad sensorial corresponde a las personas con deficiencias visuales, a la gente con sordera y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje. (Maria y Olga, 2014)

**Discapacidad psíquica**, “Se considera que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes”. Una de las enfermedades que genera esta discapacidad es la Esquizofrenia la cuál es “una mutación sostenida de varios aspectos particulares del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, en especial de las funciones ejecutivas, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunción social”. (Maria y Olga, 2014)

**Discapacidad intelectual o mental**, Es una “función intelectual significativamente por debajo del promedio, que coexiste con limitaciones relativas a dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, auto-cuidado, habilidades sociales, participación familiar y comunitaria, autonomía, salud y seguridad, funcionalidad académica, de ocio y trabajo”. Una de las enfermedades que se encuentra dentro de esta discapacidad es el Síndrome de Down, que es una “alteración genética en el par 21 que presenta tres cromosomas”. (Maria y Olga, 2014)

## **2.3 Sistema teórico**

### **2.3.1 Trabajo Social**



Richmond (1922, pàg. 8) “reconoce el Trabajo Social como el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando consciente e individualmente el hombre a su medio social”. Así mismo, la mayor parte de la práctica profesional se vincula con situaciones problemas, sean estas situaciones problemas suficientemente perfiladas como es el caso que nos ocupa o algo vagas e indefinidas. Nuestra preocupación en este momento es la de tratar de comprender en que dimensión de situación profesional previa se nos aparecen estas distintas situaciones que encerramos dentro de lo que nosotros denominamos, el problema.

Justamente en esta predisposición previa que vamos a analizar, encontramos una de las características diferenciales de nuestra profesión dentro del campo. Queremos decir, que si bien es necesario que el colega que actúe en salud mental tenga herramientas de conocimiento propios del campo, no es el objeto de nuestra disciplina la salud mental.

Por ello, las categorías diagnósticas y nosográficas que para otras disciplinas participantes del campo son estructurantes de la comprensión del padecimiento mental. Para el trabajador social, son indicadores de la comprensión del problema (situaciones problemas suficientemente perfiladas o algo vagas e indefinidas) que tiene la persona con padecimiento mental, pero no agotan las necesidades metodológicas para nuestra intervención.

En principio cuando tratamos de especificar nuestra intervención en el campo de la salud mental, nos encontramos con la dificultad inicial de presentar una definición de salud mental que permita la inclusión de nuestro saber, en el saber más general de la salud, sin necesidad de resignar parte de ese saber o, lo que es más peligroso, sin tener que ser colonizados por el paradigma médico-biologicista.

Observamos nuevamente que aquí aparece la noción de trabajo que debe realizar el hombre sobre sí mismo y que le permite, en el caso de la salud, alcanzar niveles de satisfacción en su calidad de vida. Es en este concepto de trabajo donde la contribución de las ciencias humanas se hace pertinente al campo y no debe solicitar permiso para opinar o construir comprensiones sobre el tema.

Por ello el concepto de salud ha seguido el derrotero que las prácticas sociales y las determinaciones institucionales sobre el cuerpo, el alma, el trabajo, la producción y el amor se han ido elaborando y este proceso es claramente identificable también en el campo de la salud mental.

Sin embargo, a pesar de reconocer aquellos aspectos de “determinación social” que pesan sobre lo que es la salud, y de incluir categorías como: poder, dependencia, complejidad, para definirla; se suele cometer el error de deslizar esas mismas categorías hacia la relación asistencial que se establece con quien tiene un padecimiento mental, como si eso solo bastara para eliminar a dichas categorías o enfrentar el problema concreto que la persona con padecimiento mental nos plantea.

Por otra parte, Heler (2005, pag. 1) propone entonces; reflexionar sobre la problemática de la producción del conocimiento en el Trabajo Social jugando un juego, un juego en el que se trata de ver qué pasa si partimos de las siguientes afirmaciones:

1. Todo trabajo produce humanidad (al producir saber, poder y subjetividad).

2. El Trabajo Social es un trabajo profesional, y siendo trabajo inmaterial, produce saber, poder y subjetividad de un modo específico.
3. No es que el Trabajo Social no produzca conocimiento (ni en cantidad ni en calidad), sino que el saber efectivamente producido no acredita como conocimiento.

Esta problematización introductoria me parece útil para comenzar a reflexionar sobre el trabajo que realiza el Trabajo Social como profesión.

#### 1. Todo trabajo produce humanidad, al producir saber, poder y subjetividad

Más allá de las intenciones y objetivos que, bajo determinadas condiciones históricas, llevaron a valerse de la categoría de trabajo para denominar a esta profesión precisamente Trabajo Social, interesa pensar aquí que la vitalidad humana, la vida humana, se expresa como tal en el trabajo y que ese trabajo es siempre un trabajo vivo que produce esa vida humana como tal; un trabajo que siempre es social, colectivo (nadie es humano sólo, totalmente aislado de los demás).

Es que la humanidad no es otra que la que en cada momento se constituye en la vinculación de cuerpos capaces de hacer y pensar; de cuerpos con logos, esto es, con palabra, con lenguaje, y que porque disponen de logos, son capaces de narrar el hacer y a la vez actuar narrativamente.

Es siempre una narración compartida entre narradores y narrados (sin que sea fácil deslindar a unos de otros, ya que si bien la división social del trabajo parece distribuir a unos y otros en estos papeles diferenciados y jerarquizados; quienes son nombrados como narradores,

también son narrados, así como por su parte los narrados a su vez tiempo son a su manera narradores).

2. El Trabajo Social es un trabajo profesional, y siendo trabajo inmaterial, produce saber, poder y subjetividad.

Puede interpretarse que el proceso de profesionalización del Trabajo Social se inscribe en una narración que, hacia dentro del campo, promete una autodeterminación en proceso de construcción. Pero por otro lado y al mismo tiempo, estableció una dominación que tutela el desarrollo profesional orientándolo hacia el cumplimiento de tareas paliativas de control social. Sin embargo ese trabajo del concepto es incómodo, porque si se trata de hacer algo con los conceptos, el esfuerzo se hace penoso, nos hace nadar contra la corriente, nos obliga a comprometernos en un proceso –siempre con los otros, en cooperación, operando juntos– de desubjetivación y subjetivación doloroso, pero que abre las posibilidades de nuevas producciones, de nuevas narraciones con diferentes narradores-narrados.

3. No es entonces que el Trabajo Social no produzca conocimiento (ni en cantidad ni en calidad), sino que el saber efectivamente producido no acredita como conocimiento.

La posibilidad sin garantías de una producción cooperativa en el trabajo de las y los trabajadores sociales no puede ser ajena a la tensión existente en nuestra cotidianidad entre esta producción y la acreditación. Es que en nuestra actualidad parece dominar una perspectiva, una perspectiva que podemos denominar del consumidor.

En esta narración, bajo el predominio de la perspectiva del consumidor, el Trabajo Social debe lidiar con su papel de experto a la vez que con la acreditación de su saber, de tal manera que logre posicionar al campo profesional con un mayor grado de autonomía, esto es, con el poder de refractar, de retraducir, las demandas externas a la lógica inmanente de su propia producción posible, y que es necesaria para transformar los conflictos.

Sin embargo, Mendoza (2004, pág. 1-24) expone que; el Trabajo Social en la modalidad de atención en salud mental tiene otras connotaciones. Desde sus orígenes el trabajo social se caracterizó como una profesión en permanente búsqueda de referencias teóricas y metodológicas desde otras perspectivas disciplinares que pueden ser interpretadas como un intento de construcción de un arsenal teórico y metodológico que le posibilitara una intervención profesional con basamento “científico”, para dar respuesta a la diversidad de problemáticas sociales.

El impacto que ello tuvo en la formación profesional fue la consolidación de las tendencias pragmatistas y empiristas, sustentadas en un pensamiento conservador, las cuales ya estaban presentes en las prácticas filantrópicas y caritativas.

Desde su surgimiento, la intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental, se tornó en una especialización particular de la profesión: el Trabajo Social psiquiátrico. Este posicionamiento posibilitó y demandó para el desarrollo profesional, la utilización de saberes y métodos asociados a la psicología y psiquiatría, de este modo se comienza a psicologizar la lectura de las problemáticas sociales y/o a patologizar las relaciones socio-familiares de los sujetos que padecen una enfermedad mental.

En cuanto al Trabajo Social psiquiátrico claramente deja estipulado que el objetivo es el de ayudar a los seres humanos para el logro del desarrollo de sus capacidades en un sentido positivo, jugando un papel importantísimo la personalidad del profesional para su alcance, pues la adquisición de habilidades técnicas no es algo que pueda transmitirse a través de la enseñanza, sobre todo si se pone como principio la aceptación del paciente como persona y se acepta el profesional también como persona. Pero esa ayuda tiene una dirección: educar y reorganizar la personalidad del enfermo mental y la función del Trabajo Social allí es la de actuar como agente socializador.

No se evidencian objetivos propios del Trabajo Social y cuando hacen referencia a otras dimensiones del tratamiento terapéutico, el cambio en las condiciones de vida del paciente y de su grupo familiar se identifica como un aspecto importante y conclusivo para la optimización del proceso de recuperación.

Si bien es cierto que la intervención profesional encuentra limitaciones no debemos perder de vista que las consecuencias de la cuestión no pueden ser transformadas en las causas de problemáticas sociales que padecen la mayoría de la población en nuestro país.

Entonces, nuestros objetivos profesionales en el sector de la salud mental deben ser contruidos teniendo en claro que las dificultades de externas, que se nos presentan en la cotidianeidad de la intervención profesional, tienen que ver con que dirigimos nuestro accionar hacia grupos sociales que, además de atravesar por la experiencia de una enfermedad mental, padecen y vivencia la desigualdad social existente.

Así mismo, la Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud argumenta que, El trabajo social se incorpora al campo la salud mental a partir de 1904, a iniciativa de Adolph Meyer, quien consideraba que “la locura es un desajuste del conjunto de la personalidad más que una enfermedad del cerebro y que era necesario para el tratamiento una completa información sobre las intervenciones sociales sobre el paciente”. Gradualmente se aprecia el valor de las evaluaciones de los trabajadores sociales en la toma de decisiones (tratamiento global) respecto a una persona con enfermedad mental y así el TS se incorpora como parte asistencial de los Equipos. En nuestra Comunidad Autónoma los trabajadores sociales están incorporados al sistema sanitario desde 1972. En esa fecha se hicieron las primeras contrataciones en los centros psiquiátricos y hospitales dependientes de las Diputaciones Provinciales.

También en 1972 el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) creó los primeros centros ambulatorios; estos en 1975 pasaron a depender de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) que creó centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica, de Salud Mental y Hospitales Infantiles por toda la geografía del Estado. En Extremadura puso en funcionamiento los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica de Cáceres y Badajoz, que junto con el recién traspasado centro de salud mental de Badajoz, constituían los dispositivos ambulatorios en Salud Mental. En 1982 se transfieren los centros de AISNA a la Junta Regional Extremeña y en 1985 definitivamente a la Junta de Extremadura, asumiendo el Ente Autonomico las funciones y personal de dichos centros. Estos dispositivos contaban con trabajadores sociales en sus plantillas.

El trabajo social como disciplina “se dirige hacia aquellas necesidades humanas que surgen de la interrelación personal-social, y también a desarrollar el potencial humano”.

En campo de la salud el objeto del trabajo social sanitario viene delimitado por la situación de crisis que genera la pérdida de la salud o el riesgo de perderla. Podríamos decir en palabras de Teresa Zamanillo “el malestar psicosocial” centrado en el contexto del continuo la salud-enfermedad.

La actuación profesional supone un proceso de intervención, en el que:

- Se consideran y atienden las condiciones sociales que dificultan las mejoras en los procesos de salud- enfermedad.
  
- Se cuenta con la significación que los conflictos y problemas tienen para las personas y grupos (comunidades) y con las capacidades y habilidades de éstos para afrontarlos, no para hurgar como clínico en su pasado con el fin de curar, sino para comprender los elementos que puedan dificultar o facilitar el cambio y, por tanto, ayudar realmente al proceso. (ayudar en los procesos de aceptación, reorganización de la red de cuidadores),
  
- Por supuesto, tiene muy en presente los recursos de que se dota o puede llegar a dotarse la sociedad para la atención de las necesidades y problemas de las personas con enfermedad mental. (Benavente, y otros, 2005)

Por lo tanto, Tullenque (2010, pág. 333-352) dice que el Trabajo Social en Salud Mental ha estado influenciado por el desarrollo de la asistencia psiquiátrica, el marco normativo a nivel nacional y autonómico y los planes de salud mental que se han ido implementando. En este marco, los trabajadores sociales en Salud Mental han ido construyendo un modo de hacer que ha



ido configurando su perfil y rol profesional, marcado por una especificidad propia en este ámbito. Los pilares básicos del Trabajo Social en Salud mental han sido la especialización, la formación continuada y el trabajo interdisciplinar. La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural.

Por tanto, el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento clínico y el equipo de salud mental trabaja en rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud.

Los trabajadores sociales en Salud Mental estamos integrados en un equipo interdisciplinario, entendiendo por tal al conjunto de profesionales encarados con un objetivo común, igualados en el momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, y capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema.

Cuando hablamos de funciones, vamos a referirnos a las manifestaciones dispuestas desde la institución. En nuestro caso no es lo más frecuente que la institución que contrata al trabajador social en el ámbito de la salud mental defina las funciones que tiene que desempeñar. Más bien, hemos sido los propios trabajadores sociales los que las hemos ido desarrollando en los diferentes servicios de salud mental, en un intento de definir nuestro espacio profesional.

La complejidad de situaciones que se nos presentan en nuestro quehacer profesional, requieren unas técnicas y una metodología adecuadas. Para intervenir en la complejidad es necesaria una adecuada formación, que abarque el conocimiento y manejo del mayor número de

modelos de intervención posible, que posibilite la comprensión de la situación psicosocial del sujeto en todas sus dimensiones y el desarrollo profesional dentro de equipos interdisciplinarios con distintos enfoques teóricos.

Por tanto, debemos integrar en nuestro quehacer profesional modelos teóricos adecuados a los procesos en los que intervenimos, según la psicopatología del paciente, y el problema objeto de intervención. Debemos formular un planteamiento más riguroso de nuestros criterios a la hora de decidir qué orientación de la práctica, qué enfoque, qué perspectivas y qué intervenciones deben utilizarse en relación con ciertos tipos de problemas. Estos pueden ser valorados utilizando diferentes enfoques de evaluación. El conocimiento de los modelos y sus técnicas nos permitirán abordar mejor las estrategias de intervención en cada caso concreto, de forma que técnicamente la intervención sea más eficaz.

En definitiva, el Trabajo Social en salud mental va a depender de lo que seamos capaces de emprender para adecuarnos a los nuevos tiempos, de la adecuación de los roles profesionales a las nuevas necesidades de los usuarios de salud mental, en definitiva de nuestro compromiso profesional. Pero no podemos olvidar en este proceso que además del empeño del colectivo profesional, es indispensable el apoyo de los responsables de planificación y gestión, donde los trabajadores sociales sean valorados y reconocidos en su quehacer profesional.

### **2.3.2 Salud Mental**

Los autores Díaz, Blanco, Valle, y Horcajo (2007, pag. 286-294) citan la definición de salud propuesta por la OMS en la que dicha entidad señala que ésta no consiste sólo en la

ausencia de enfermedad, sino también en la presencia de un estado de completo bienestar físico, mental y social. Para concretar en qué consiste este estado positivo, el Modelo del Estado Completo de Salud (MECS) ha definido la salud mental como un conjunto de síntomas de hedonía y funcionamiento positivo, operativizado por medidas de bienestar subjetivo, bienestar psicológico y bienestar social. Este modelo ha demostrado la existencia de dos nuevos axiomas. Primero: más que formar una única dimensión bipolar, la salud y la enfermedad son dos dimensiones unipolares correlacionadas entre sí. Segundo: la presencia de salud mental supone la existencia de un funcionamiento psicosocial positivo. En la presente investigación se ha aplicado el MECS al estudio de la depresión. Los análisis factoriales realizados parecen señalar que el primer axioma de este modelo no se cumple en su aplicación a este trastorno. De hecho, el modelo que defiende que la depresión y la salud constituyen los dos polos de una única dimensión continua ha mostrado un ajuste excelente a los datos.

Dado que la presencia de salud mental, al situarnos en uno de los polos del continuo, es una condición suficiente para la ausencia de depresión, altos niveles de hedonía y funcionamiento positivo (criterios diagnósticos de salud mental) constituyen un excelente factor de protección contra el trastorno. Por tanto, aumentar los niveles de bienestar subjetivo (hedonía), bienestar psicológico y bienestar social (funcionamiento positivo), constituye una buena estrategia de prevención contra la depresión. Las investigaciones realizadas sobre el bienestar nos han aportado diferentes estrategias o técnicas de intervención para aumentar los niveles de bienestar subjetivo.

Debemos señalar que, a pesar de que en muchas ocasiones la Psicología clínica tradicional ha abordado el trastorno y la salud mental tomando como marco de referencia y unidad de

análisis a un sujeto aislado de su medio, existen también diferentes estrategias para la intervención no sólo a nivel individual o microsocioal, sino incluso macrosocioal. El punto culminante de esta propuesta es el desarrollo de instituciones sociales y comunidades positivas. De manera más concreta, aumentar el sentimiento de pertenencia e integración de los ciudadanos en la sociedad, fomentar la participación de las personas en su comunidad simplificando y acercando los mecanismos para la toma de decisiones, incrementar la confianza de los ciudadanos en las instituciones reduciendo el tiempo de resolución de casos, proporcionando retroalimentación y aumentando con ello la sensación de control, son también estrategias para la prevención de la depresión en la medida en que aumentan los niveles de bienestar social.

Ahora bien, Fierro (2004, pág. 1-16) explica que; desde mitad del siglo XX han menudeado las críticas a un modelo médico de salud y trastorno mental. Han sido críticas de muy distinto signo: algunas desde el conductismo; otras desde una psiquiatría o una psicopatología crítica. Con el mayor desparpajo cáustico Szasz ha hablado de la enfermedad mental como de un mito. Hay desde luego -concede este autor- enfermedades del cerebro, pero esa es otra historia.

También es suya la ironía de que las llamadas "enfermedades mentales" ni son "enfermedades", ni son "mentales". Se trata de otra cosa: son problemas, conflictos, trastornos o disfunciones de la comunicación, que no deben quedar bajo competencia y control médico. Cierta psicología social ha llegado a sostener que toda caracterización en este ámbito debe tomarse como mera definición social, simple etiqueta clasificadora. El conductismo, por su parte, dictaminó que la designación de una conducta como patológica depende de la sociedad: se designa así aquella conducta que consideran inapropiada quienes controlan los refuerzos. El conductismo insistió, además, y con razón, en que los principios que rigen los trastornos

psicopatológicos son los mismos de la conducta "normal": la conducta, adaptada o inadaptada, se aprende, y no hay leyes de aprendizaje específicas en ellos.

Así, pues, la psicología, aunque deje de hablar de "enfermedad mental", no tiene por qué desistir del concepto de "salud": no sólo la física, también la (comporta) mental.

Tampoco debe renunciar a las aplicaciones prácticas, de intervención profesional, que de sus principios se siguen en el amplio universo de lo saludable; no debe renunciar -por muchas suspicacias que despierten estas otras palabras- a hablar de "psicoterapia" o de "terapia de conducta", sin limitarse sólo a la "modificación".

No hace falta profesarse freudiano o practicar el psicoanálisis para reconocer que se deben a Freud algunas de las primeras y más certeras caracterizaciones de la salud mental. Las propone con ocasión de hablar del fin -la meta a la vez que el término- de la terapia. Así cuando escribe: "El tratamiento no tiene otro fin que la curación del enfermo, el restablecimiento de su capacidad de trabajo y de goce" (Freud). En esta declaración subyace implícita, pero inequívoca, una noción de salud mental: equivalente no al goce, al hecho de ser feliz, o al de trabajar, pero sí a la capacidad de goce y de trabajo.

También en una aproximación conductista al trastorno psicopatológico es posible, por contraste, perfilar algunos rasgos de la salud mental. Cabe hacerlo, por ejemplo, a partir de un análisis de Skinner, quien relaciona la "enfermedad mental" con "ciertas formas de comportamiento perturbadoras o peligrosas para el individuo o para los demás" y añade que aquella "provoca ciertas molestias" al individuo".

De igual importancia, La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (2014, pág. 1) dice: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» Una importante consecuencia de esta definición es que considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales.

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

### **Determinantes de la salud mental**

La salud mental individual es determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo. (Salud O. M., 2014, prr. 4)

La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos. (Salud O. M., 2014, prr. 5)

También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales. Por último, los trastornos mentales también tienen causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales. (Salud O. M., 2014, prr.. 6)

### **Estrategias e intervenciones**

La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental. (Salud O. M., 2014, prr. 7)

El clima de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos resulta muy difícil mantener un buen nivel de salud mental. (Salud O. M., 2014, prr. 8)

Las políticas nacionales de salud mental no deben ocuparse únicamente de los trastornos mentales, sino reconocer y abordar cuestiones más amplias que fomentan la salud mental. Para ello hay que incorporar la promoción de la salud mental a las políticas y programas no solo del sector de la salud, sino también de los sectores público y privado en aspectos como la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social. (Salud O. M., 2014, prr. 9)

También, el autor Bazan (2013, pag. 1) expone; la importancia que juega el papel de la familia, en la evolución positiva de la enfermedad, es vital en el proceso rehabilitador de la persona que sufre de problemas de salud mental el apoyo y comprensión de sus allegados y familiares.

En los últimos 30 años y paradójicamente los avances en el manejo del trastorno mental grave no ha sido gracias a los tratamientos farmacológicos sino a los realizados en el ámbito psicosocial, sobre todo en relación a los programas de intervención familiar.

Ahora bien todos no estamos preparados para poder abordar determinadas situaciones derivadas de la salud mental , la familia necesita tomarse su tiempo , apoyarse en profesionales de salud mental y poder ofrecer una ayuda adecuada a la situación de su familiar y mejorar la calidad de vida e integración social. La convivencia diaria con un familiar que presenta un Problema de salud mental conlleva una serie de cargas objetivas como subjetivas que se traduce en una respuesta emocional del familiar.

La carga familiar repercute en distintas áreas de la vida del cuidador: las tareas de la casa, las relaciones de pareja, familiares y sociales, el desarrollo personal y del tiempo libre, la economía familiar, la salud mental y el malestar subjetivo del cuidador relacionado con la enfermedad. La carga objetiva se define como cualquier alteración potencialmente verificable y observable de la vida del cuidador causada por la enfermedad de la persona con problemas de salud mental. Se origina en las labores de supervisión y estimulación de la persona con problemas de salud mental.



La carga subjetiva se relaciona con la tensión propia del ambiente que rodea las relaciones interpersonales entre la persona con problemas de salud mental y sus familiares y las preocupaciones generales por la salud, seguridad, tratamiento y futuro de la persona con problemas de salud mental.

Desde que comienzan a observarse los síntomas de la enfermedad hasta la fase de aceptación de la misma, la familia por lo general manifiesta diversas reacciones: elusión del problema, negación de la realidad, sobreprotección. Hasta llegar a reacciones positivas como es la aceptación de la enfermedad y la capacidad de ofrecer apoyos.

Por consiguiente, Moreno y Moriana (2013) argumentan que los trastornos y/o problemas comunes (también llamados “menores”) de salud mental, representan uno de los motivos de atención más importantes dentro de los servicios de Atención Primaria. Este tipo de problemas con un perfil con características, a veces, más psicosociales que clínicas, saturan en la actualidad las consultas de Atención Primaria.

Esta demanda parece estar relacionada con un exceso en la prescripción de fármacos para tratar casuísticas, fundamentalmente asociadas con sintomatología ansioso-depresiva, que quizás pudieran ser atendidas desde un abordaje principalmente psicológico.

Muchos médicos de familia se encuentran desbordados por la presión asistencial, por el poco tiempo que tienen para intentar atender a sus pacientes y, en ocasiones, por la falta de formación en técnicas psicológicas que les ayuden a enfrentarse a ellos de forma eficaz.

En la última década, se han desarrollado importantes estudios que ponen de manifiesto la elevada prevalencia e incidencia de los problemas de salud mental en la población general. Además, se ha reconocido el papel fundamental que desempeñan los servicios de Atención Primaria de la salud para atender su creciente demanda. En esta línea, han surgido iniciativas y distintos modelos de intervención en países como Chile, Brasil, Australia o Reino Unido, que señalan un cambio hacia un abordaje más integral y adecuado de los problemas de salud mental, con la incorporación de profesionales de la psicología y la implementación de tratamientos psicológicos basados en la evidencia dentro de los sistemas sanitarios públicos.

En el artículo *El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria*, publicado en la *Revista Salud Mental*, analizamos las características de las demandas de los pacientes y de las intervenciones ofrecidas por una muestra de médicos de familia, para tratar este tipo de problemas y su percepción sobre los mismos. A partir de la mirada de estos profesionales se indagan aspectos como la administración de psicofármacos, el tiempo dedicado a las consultas, la hiperfrecuentación de los pacientes, la interacción con los servicios especializados, la implementación de guías o protocolos de actuación, la formación en temas de salud mental o la opinión que tienen los médicos sobre la posible incorporación de psicólogos a los equipos de Atención Primaria.

En este estudio, se pone de manifiesto la gran prevalencia que presentan los problemas “menores” de salud mental. Es decir, la presencia de síntomas que no llegan a constituir trastornos establecidos y tipificados (como síntomas de ansiedad, angustia, depresión, etc.) y la presencia de problemas psicosociales (relacionados, por ejemplo, con situaciones como divorcios, problemas familiares, paro, etc.). Un dato especialmente llamativo señala que, los propios médicos consideran que, aproximadamente, un 39% de los pacientes tratados con psicofármacos podrían resolver su problema sin hacer uso de ellos. Además, el 79,2% de los encuestados reconoce que no utiliza el consentimiento informado cuando prescribe este tipo de fármacos. Es decir, no se informa (de forma oral o escrita) sobre los efectos (primarios y secundarios), beneficios, limitaciones y/o alternativas de tratamiento. Esto podría influir sobre la capacidad de los pacientes para ejercer conductas de autocuidado, limita la capacidad de elección (informada) y favorece la naturalización del consumo de psicofármacos, incluso para afrontar problemas menores asociados a circunstancias vitales. Si ni siquiera se dispone de tiempo para “escuchar” el problema del paciente, mucho menos se tiene para intentar ayudarlo a buscar una solución. Lo “fácil y rápido” es la prescripción de fármacos como tratamiento de primera línea o elección.

### **2.3.3 Familia**

Según Robles, y Di Liseo (2012, pag. 43-53) “el matrimonio (y su indisolubilidad religiosa, en algunos casos) ha sido la institución por excelencia que ha reforzado aquella idea tradicional de familia, erguida sobre los pilares del parentesco, la convivencia y la sexualidad (heterosexual). Desde tales parámetros, difícilmente pudiera hablarse libremente de relaciones concubinarias, uniones homosexuales, parejas divorciadas, familias ensambladas, mujeres sin pareja que adoptan

un niño, etc. Estas modalidades de relación e interacción vienen imponiéndose en el escenario colectivo, recreando la concepción tradicional y patriarcal que de la familia se tenía.

La familia patriarcal convive en la actualidad con otras configuraciones familiares, aunque el imaginario social perpetúe la representación de la familia nuclear como ideal familiar, casualmente llamada “familia tipo”. Se trata, sin lugar a dudas, de un proceso de disciplinamiento social y moralización de los procesos familiares, que Jacques Donzelot (2008) describe como “policiamiento”. Para Donzelot, la familia se constituyó en reina y prisionera del Estado, recayendo sobre ella los medios de control para solidificarla, fomentarla y evitar su derrumbe. También Roudinesco se expresa en ese sentido, al afirmar: “las instituciones educativas, sociales, médicas y culturales organizaron la vida privada de todos para hacer de la familia el foco normativo de una individualidad ciudadana y democrática” (2003: pág. 157).

Los avances tecnológicos han derribado la certeza de que la concepción es el resultado de una relación sexual entre un hombre y una mujer. Nuevas maternidades y nuevas paternidades se despliegan en el marco de las nuevas configuraciones familiares y obligan a reformular los marcos conceptuales desde los cuales se interpretó la realidad de los sujetos. Tener dos madres o tener dos padres, hoy ya no escandaliza y la sociedad deberá seguramente prepararse para enfrentar los desafíos de otras y diversas configuraciones familiares, aún silenciadas pero no por ello inexistentes.

Para Eva Giberti (2005) la noción familia resulta polisémica, en tanto que la subjetividad de los miembros de la familia está ligada a la precariedad y polisemia que resultan de la identidad política, económica y psicológica de sus miembros. Señala esta autora que “las nuevas organizaciones familiares no son nuevas; nuevo es el registro de lo que existía, omitido, silenciado o negado” (2005: pág. 342).

La familia vivida, en tanto, se refiere a los modos habituales de los miembros de una familia; es la que aparece en el concreto del cotidiano y que podrá o no estar de acuerdo con la familia pensada. Señala la autora que esta solución, que fue una elección de una posibilidad que apareció como la viable en un momento determinado, tiene el carácter de realidad vivida, distante muchas veces de un pensado idealizado, que no conoce barreras para su realización. Por ello en ocasiones se vive en una nostalgia de un pensado irrealizado e irrealizable cuando no se encaran las soluciones como viabilizaciones de elecciones hechas según las posibilidades y límites del momento”.

Así mismo, Pellòn (S.f. pag. 1-28) afirma que:

“Los conceptos de matrimonio y de familia, al igual que el de parentesco, están sujetos en la actualidad a un complejo debate. Mientras que muchos piensan que estas instituciones sociales han entrado en una profunda crisis, otros creen que está viviendo una fase de su evolución que hace a los mismos distintos de cómo eran en el pasado, y otros muchos creen que en lo sustancial han cambiado por lo que su esencia institucional permanece inalterable. También es evidente que no en todas partes del mundo estos conceptos se han visto afectados por los cambios en idéntica medida, aunque no es

menos verdad que en un mundo globalizado como el nuestro, las sociedades están cada vez más interconectadas y los problemas que afectan a las mismas son similares.

Una de las claves de este debate es que en los países occidentales nunca han entrado en crisis más matrimonios que en el presente. Y sin embargo, nunca en la historia, en estos mismos lugares han existido matrimonios de tan larga duración, debido entre otras razones, a la prolongación en la duración de la vida. En toda Europa es cada vez más común la vida en pareja, si matrimonio. Sin embargo, las parejas de hecho, con funciones análogas las del matrimonio, han crecido sin parar. Y el concepto de matrimonio se ha ensanchado en muchos países occidentales y, progresivamente, en otras partes del mundo, para incluir a las parejas homosexuales.

La familia, como grupo primario, constituye el denominador común de todas las sociedades conocidas. La vida humana, sea donde fuere, es siempre familiar, aunque en las sociedades modernas industriales o postindustriales la influencia se halle atenuada por la presencia de numerosos grupos e instituciones que intervienen en la socialización de las personas. La familia en cualquier sociedad, está formada por un grupo de personas vinculadas entre sí por los lazos de matrimonio y de descendencia, que comparten un mismo hogar, entendido este último hecho en su acepción más amplia.

La crianza y socialización del ser humano en el seno de una familia es el resultado del condicionamiento dado por el hecho de su nacimiento inmaduro, de lo que se sigue la necesidad que tiene protección en los primeros años de vida.

En términos generales, el ser humano cuenta con dos familias de referencia. En primer lugar, la familia en la que el individuo nace y se cría, a la cual denominamos familia de orientación. En segundo lugar la familia que genera él mismo con su pareja y su descendencia, a la cual llamamos familia de procreación.

Por otra parte, Vargas (S.f, pag. 1-8) expone que la OMS define familia como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial.

Otras definiciones: Un grupo unido entre por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando estas son estables..... La familia es el resultado de una experiencia y de una alianza entre géneros. Requiere para su constitución, del encuentro y de la relación entre un hombre y una mujer que quieren unir su vínculo mediante el afecto entre ellos o hacia los hijos que surgen de su relación

Funciones de la familia; El funcionamiento familiar consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve.

Estas deben de cumplir con las siguientes demandas: Satisfacción de necesidades biológicas y psicológicas de los hijos, Socialización Bienestar económico, Mediadora con otras estructuras sociales.

A lo largo de la vida, las familias atraviesan distintos tipos de crisis que según las características de las mismas las podemos clasificar en crisis evolutivas o inesperadas. Las crisis evolutivas a aquellos cambios esperables por los cuales atraviesan la mayoría de las personas. Dichos cambios requieren un tiempo de adaptación para enfrentar nuevos desafíos, que forman parte del desarrollo de la vida normal. Las crisis inesperadas a aquellas que sobrevienen bruscamente, que no están en la línea evolutiva habitual (muerte temprana de un padre, pérdida del empleo, exilio forzoso, etc.). Tanto las crisis evolutivas como las crisis inesperadas pueden ser atravesadas por las personas/familias de distintas maneras dependiendo de los recursos que tengan y de las experiencias previas (adaptación a crisis anteriores). Teniendo en cuenta esto, habrá familias que puedan pasar por estos períodos de cambios con mayor facilidad y capacidad de adaptación y otras no tanto.

La familia, a lo largo de su ciclo vital, se enfrenta con numerosas situaciones que pueden producir ruptura de su homeostasis, como son las enfermedades graves o crónicas, dificultades económicas, crisis producidas en los cambios de las etapas del desarrollo familiar (formación, extensión, contracción). Ante estas situaciones, el funcionamiento de la familia, puede seguir dos caminos diferentes: o poner en marcha mecanismos de adaptación para lograr nuevamente el equilibrio o la crisis familiar.



Estos mecanismos de adaptación y de apoyo se denominan recursos, y de la cantidad y calidad de ellos dependerá el funcionamiento familiar. La homeostasis familiar depende de dos fuerzas antagónicas: los acontecimientos estresantes que actúan negativamente y el apoyo y los recursos familiares que actúan en forma positiva y compensadora.

Apoyo social; Son muchos los componentes que integran este proceso. Thoits, lo define como “el grado en que las necesidades sociales básicas, son satisfechas a través de la interacción con otros”. Para Bowling es “un proceso interactivo merced a la cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que está inmerso”. El apoyo social se obtiene a través de la red social. Por otro lado cuando la ayuda se encuentra dentro de la familia se denominan recursos familiares

Recursos familiares es la ayuda o apoyo que ofrece la familia a cualquiera de sus miembros en las situaciones de necesidad. Puede ser de carácter financiero, emocional, de educación e información, manejo médico. Los recursos familiares están incluidos dentro del apoyo social. La familia es un componente más de la red social.

Sin embargo, un informe de la UNICEF (2003) sobre las familias estadounidenses, explica que “el conjunto de transformaciones que ha experimentado la familia en el mundo occidental constituye una de las manifestaciones más importantes del cambio social contemporáneo. En pocas décadas, el modelo de familia afianzado en la inmediata posguerra, ampliamente difundido bajo el rótulo de “familia nuclear”, fue cediendo espacio a una creciente diversidad de formas y estilos de vida familiares. A consecuencia de los cambios ocurridos en la formación y disolución de las familias y en la inserción laboral de las mujeres, las bases del modelo “parsoniano” fueron

seriamente cuestionadas, tornando inviable la existencia de un modelo único de familia. Al lado de la familia nuclear “tradicional”, comenzaron a cobrar relevancia numérica y social, las familias monoparentales y las familias “reconstituidas o ensambladas”. Paralelamente la creciente desinstitucionalización de la familia implicó que los vínculos familiares “de facto” le ganaran terreno a los lazos legales. Estas transformaciones se iniciaron en Europa y Estados Unidos a mediados de la década del sesenta e inicios de los años setenta, extendiéndose a la gran mayoría de los países occidentales en los últimos años del siglo XX.

La forma en que concebimos el matrimonio, la familia y las relaciones de parentesco ha sido reconfigurada, quizás hasta destruida, por un conjunto de cambios económicos y sociales que desmantelaron un rígido patrón de relaciones de parentesco prescritas (Farber 1973; Goode 1963; Parsons 1951; Schneider 1980). En sólo treinta años, hemos pasado de una época en que casi todo el mundo se casaba, generalmente al final de la adolescencia o a principios de la edad adulta, a otra en que hay una creciente minoría que nunca se casará, y en que la mayoría posterga el matrimonio hasta después de los 25 años o incluso hasta más adelante. El matrimonio ya no es más el acontecimiento eje que articula el comienzo de las relaciones sexuales, la procreación, el abandono del hogar paterno, o incluso la formación de un hogar. Todos estos acontecimientos son cada vez menos interdependientes, tratándose cada uno de ellos de eventos delimitados en el curso de vida (Modell 1989; Modell, Furstenberg y Hershberg 1976; Furstenberg 1982).

En un libro reciente, John Gillis (1996) sostiene que la familia como institución sagrada y protegida es un invento cultural relativamente reciente; las nociones de privacidad, intimidad y los elaborados rituales familiares surgieron como consecuencia del retroceso de las instituciones religiosas y comunitarias locales, cediéndole mayor poder simbólico a la familia. La

nacionalización de estos modelos sólo se dio a mediados del siglo XX, en la era de la posguerra, cuando la vida familiar se volvió más accesible y solventable para todos.

El aumento de las tasas de divorcio acabó con el ideal de la monogamia para toda la vida. El valor de la satisfacción en el matrimonio aumentó, elevando las exigencias en términos de intimidad, gratificación sexual y distribución equitativa de las tareas domésticas. Los individuos comenzaron a mirar al matrimonio como una institución atemorizante, la cohabitación sin matrimonio se volvió para muchos una alternativa al casamiento temprano, y para una pequeña minoría, una alternativa al propio matrimonio (Bumpass 1990; Cherlin 1992).

Por otra parte, Angel (2004) habla sobre las transformaciones de las familias Colombianas; ella expone que el análisis de los cambios contextuales e institucionales del país y sus consecuencias sobre la estructura y funciones del sistema familiar colombiano, ha sido la preocupación de buena parte de los científicos sociales. Hoy, también se interesan en la exploración de alternativas y ritmos de modernización, para prever las transformaciones adecuadas y viables para la solución de los problemas sociales, establecer el pronóstico integral de alternativas deseables y propiciar la permanente revisión crítica de las políticas sociales que puedan afectar a la familia.

Las transformaciones estructurales y funcionales de la familia se han dado siempre; lo que ahora asombra, es la rapidez de estas metamorfosis. Las causas son múltiples, pero es evidente que los abruptos cambios sociales ocurridos en los últimos 40 años han repercutido sobre todas las estructuras del país y han propiciado unos ajustes violentos en la familia, con consecuencias

no previstas en cuanto al menos, de dos de sus funciones esenciales: la procreación y la socialización.

Todas las acciones y omisiones en los campos político-jurídico, económico, ecológico, religioso y educativo, entre otros, han tenido efectos directos e indirectos sobre la conformación de la familia Colombiana actual.

Basta observar la reducción de las tasas de natalidad y de mortalidad general e infantil de la población, ocurrida por la combinación de: a) avances médico-científicos y tecnológicos (control de la natalidad, vacunaciones masivas, para no mencionar sino algunas) y b) los procesos de urbanización e industrialización del país (de 30% de población urbana en el pasado, a un casi 80% hoy, y de país agrícola pasamos a ser un país en proceso de industrialización con una economía globalizada).

En los últimos 50 años la educación formal se amplió a todos los estratos sociales. Se redujo ampliamente el analfabetismo, se aumentaron los niveles de escolaridad y la cobertura universitaria. Últimamente se inician y cualifican los postgrados y la investigación científica. Especialmente significativo para la transformación familiar es el ingreso masivo de la mujer al sistema y su actual participación universitaria.

Consecuencia de lo anterior la mujer ingresa al mercado laboral remunerado (46% de participación en el mercado formal). El mercado nacional requiere cada vez mayor capacitación para el empleo formal y una calificación científica o tecnológica adecuada a las nuevas condiciones de internacionalización y de competitividad. Sin embargo, los avances tecnológicos

desplazan mano de obra no calificada y aun profesional, que multiplica las filas del subempleo y del desempleo.

La ética secular y los cambios señalados repercuten en un aumento de las relaciones prematrimoniales y de la unión libre como opción para conformar pareja, al menos como una etapa previa al matrimonio. Se generaliza el divorcio y la aceptación de sucesivas recomposiciones de pareja y de familia.

La familia pierde su papel productivo para convertirse en una unidad consumidora. Los cambios en la estructura y en la composición de los hogares señalan una coexistencia de varias modalidades, aunque privilegian la unidad nuclear que cíclicamente (por efectos económicos) se agrupa en formas extensas modificadas o convive con estructuras recompuestas.

#### **2.3.4 Personas con Discapacidad**

Para Alonso (S.f, pàg. 1-17) desde inicios de los años noventa el campo científico de la discapacidad se ha visto inundado de numerosas publicaciones teóricas, artículos y libros, hechas por académicos del Reino Unido y de EEUU, que por medio de unas severas y radicales críticas al modelo médico (en el que de manera simplista suelen juntar casi todos los modelos que no sean el suyo) plantean un modelo o teoría social de la discapacidad.

El modelo social defiende que la concepción de la discapacidad es una ‘construcción social’ impuesta, y plantea una visión de la discapacidad como clase oprimida, con una severa crítica al rol desempeñado por los profesionales y la defensa de una alternativa de carácter político más que científico. Esta posición tiene cierta difusión en algunos medios académicos de

los países citados arriba, y sobre todo en relación con el mundo de la sordera y de la discapacidad física, mientras que en las discapacidades del desarrollo y retraso mental o la discapacidad visual apenas se hacen presentes. Muchos de sus defensores abogan además porque sólo las personas con discapacidad son quienes están ‘capacitados’ para hablar e investigar el problema, y eso lo hacen siendo gran parte de las proponentes personas con discapacidad. Además, han dado lugar a los llamados ‘Estudios sobre discapacidad’ (‘Disability studies’) con interesantes propuestas para el currículo académico de formación en las universidades.

Los seguidores del modelo social rechazan la investigación objetiva y hablan de investigación emancipadora (Smith, 1999). La investigación emancipadora se dirige a desarrollar un compromiso político para afrontar la discapacidad cambiando las relaciones sociales de producción de investigación, incluyendo el rol de los financiadores, las relaciones entre investigadores e investigados, y los lazos entre investigación e iniciativas políticas (Barnes y Mercer, 1997). En definitiva se plantean romper lo que consideran una falsa separación entre política y ciencia, generando investigación participativa y emancipadora. Y esa participación activa de las personas con discapacidad en la investigación sobre discapacidad se considera esencial para introducir las variables ambientales, actitudinales y sociales necesarias por analizar (Bellini y Rumrill, 1999).

El modelo social se suele argumentar desde posiciones sociológicas especulativas, aunque de él también participan profesionales de otras disciplinas como la psicología, la pedagogía o el trabajo social. Frente a la concepción médica rehabilitadora de la discapacidad que se centra en el individuo para mejorar sus deficiencias o la psicológica que se centra en la mejora del proceso de adaptación, proponen ‘desde dentro’ de la discapacidad una teoría social de la misma (Abberley, 1987; Barnes, Mercer y Shakespeare, 1997; Marks, 1997a; Oliver, 1990). En este sentido, Oliver

(1990) plantea que el significado de discapacidad más que comprendido está distorsionado por las definiciones oficiales derivadas del paradigma de la rehabilitación como son las utilizadas por la Organización Mundial de la Salud. Esas definiciones y concepciones consideran a las personas con discapacidad como objetos pasivos de intervención, tratamiento y rehabilitación, generando consecuencias opresivas para las personas al reducir la discapacidad a un estado estático y violar sus componentes experienciales y situacionales. Oliver plantea como alternativa centrarse en las causas y dimensiones sociales de la discapacidad, "una teoría social de la discapacidad... debe estar localizada dentro de la experiencia de las propias personas con discapacidad y sus intentos, no solo para redefinir la discapacidad sino también para construir un movimiento político entre ellos mismos y desarrollar servicios proporcionados con sus propias necesidades autodefinidas" (Oliver, 1990, p.11).

Así mismo, Schalock (1999, pag. 18-20), expone el siguiente argumento sobre discapacidad: "a lo largo de mis 30 años de trabajo en el campo del retraso mental y del desarrollo de las discapacidades, he observado -y he sido parte de- un cambio radical en el modo de pensar sobre las personas con discapacidades y los servicios y apoyos que les proporcionamos.

En la actualidad la discapacidad se ve desde una perspectiva ecológica (es decir, desde la interacción persona-ambiente). Por ejemplo, la OMS (Bradley, 1995; OMS, 1997) define la discapacidad de una persona como resultante de la interacción entre la discapacidad de una persona y las variables ambientales que incluyen el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos. Dentro de este modelo, la limitación (impairment) es una falta o anormalidad del cuerpo o de una función fisiológica o psicológica; una actividad es la naturaleza y la amplitud del funcionamiento a nivel personal; y la participación es la naturaleza y la amplitud de la

implicación de una persona en las situaciones de la vida relacionadas con las limitaciones, actividades, condiciones de salud, y factores contextuales. En la misma línea, el Instituto de Medicina (1991) sugiere que las limitaciones de una persona se convierten en discapacidad sólo como consecuencia de la interacción de la persona con un ambiente que no le proporciona el adecuado apoyo para reducir sus limitaciones funcionales.

Uno de los cambios más sonados que se ha producido en los últimos 20 años tiene que ver con cómo vemos a las personas con discapacidad y al desarrollo simultáneo de un fuerte movimiento de auto-apoyo en el que las personas con discapacidad se están ayudando para aumentar las oportunidades de participar en la corriente de la vida. El impacto de este cambio es obvio: los usuarios incrementarán la ayudas para los apoyos individuales en los ambientes habituales, al ser incluidos en actividades principales tales como tomas de decisión y planificaciones centradas en la persona, y al asumir un mayor control de sus vidas. Lo que podría ser menos obvio es la nueva asociación que está surgiendo entre los profesionales tradicionales y las personas que se prestan apoyo a sí mismas (O'Brien, y Murray, 1997) y el papel cada vez mayor que desempeñan los usuarios en las actividades de medición y de evaluación.

En conclusión, ha amanecido un nuevo día en el campo de las discapacidades.

Este nuevo día refleja una forma diferente de pensar sobre la discapacidad que incluye:

Una nueva visión de lo que constituye las posibilidades de vida de las personas con retraso mental. Esta nueva visión enfatiza en la autonomía para tomar decisiones, en los aspectos en los que una persona destaca y en las capacidades, en la importancia de los ambientes normalizados y habituales, en la provisión de sistemas de apoyo individualizado, en el aumento de la conducta adaptativa y en el status alcanzado por la persona, y en la igualdad. Un paradigma de apoyos que



se basa la prestación de servicios para las personas con discapacidad y se centra en la vida y el empleo con apoyo y en la educación integradora. Una concepción cambiante de la discapacidad, que ha pasado de centrarse en la patología a adoptar la perspectiva de que la persona con discapacidad surge de la interacción entre las limitaciones funcionales y el ambiente social y físico de la persona. Un modelo ecológico o contextual de la discapacidad que remarca el contexto en el que se producen las conductas, y la opinión de que la mejor forma de avanzar en la comprensión de lo fundamental es estudiando la realidad social tal y como se produce en la vida diaria de las personas con discapacidad. Una conexión del concepto de calidad de vida con el de mejora de la calidad y de evaluación centrada en los resultados.

Por desgracia, el nuevo día también tiene nubes. Sobre el horizonte aparecen numerosos desafíos respecto a los cuales debemos actuar con decisión. La reestructuración de los servicios de educación y de habilitación basados en los principios de las limitaciones económicas y de la rentabilidad en los servicios de salud y rehabilitación nos seguirán obligando a centrarnos en la responsabilidad y en las cuestiones de coste-beneficio.

Por otra parte, Rodríguez (2011, pág. 9-33) Jesús señala que las personas con discapacidad son especialmente vulnerables a la exclusión social, por diversos factores entre otros la carencia de los bienes imprescindibles para ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

Bajo este contexto, se presupone que la discapacidad genera sufrimiento e implica algún tipo de “tragedia personal” (Oliver, 1996). Sin embargo debemos tener presente, como Trabajadores/as Sociales, que una persona con discapacidad no tiene por qué generar en sí mismo

sufrimiento, sino lo que genera sufrimiento es la discriminación permanente, el aislamiento y las restricciones sociales que impone la sociedad a las personas que tienen discapacidad. Ser discapacitado significa ser objeto de una discriminación, de experimentar la vulnerabilidad y asaltos abusivos a la propia identidad y estima (Barton, 1998), por lo que las actuaciones profesionales propuestas deberán ir enfocadas, en gran medida, a la erradicación de dicha discriminación. Rodríguez, (2011)

La discapacidad surge del fracaso de un entorno social estructurado a la hora de ajustarse a las necesidades y las aspiraciones de la ciudadanía con carencias, más que de la incapacidad de las personas con discapacidad para adaptarse a las exigencias de la sociedad.

Si pretendemos abordar la discapacidad desde un modelo social y de la diversidad, debemos volver la mirada hacia las estructuras sociales y agentes cuya influencia y actividades inciden en las vidas de estas personas. Desde este punto de partida, la discapacidad surge de la negación de ciudadanía, una negación de creación social, que hace evidente la necesidad de que la investigación (y la práctica diaria) se realice en el ámbito social y político, más que en el individual.

El Trabajo Social debe seguir un modelo de intervención que sirva de guía para desarrollar sus actuaciones. El “modelo en Trabajo Social” es definido, según la literatura especializada, como un conjunto coherente de conceptos y pensamientos (teorías y actitudes) de acciones que dibujan una forma de hacer y ordenar la intervención social.

La acción del Trabajador Social no comienza después del diagnóstico. Su intervención se inicia desde el primer contacto con el usuario. La mirada, la acogida, la manera de presentarse, la calidad de la escucha, las preguntas planteadas, modifican ya algo, cambian la imagen que el usuario tiene de sí mismo y de su entorno.

El modelo de intervención social desde el Trabajo Social toma como base de apoyo los elementos positivos y dinámicos existentes, tanto en una intervención con individuos y familias como con unidades de vida social más amplias. En lugar de centrar la acción en los puntos “enfermos” o “desorganizados”, se centra en los cambios en curso, en las modalidades particulares de la comunicación y de relación entre las personas y los grupos, en las potencialidades, en sus dinamismos. Esta voluntad de enfocar lo positivo constituye un cambio radical de aproximarnos en Trabajo Social y necesita de una nueva perspectiva por parte de los profesionales.

Ahora bien, Palacios (2008) nos habla del significado de las personas con discapacidad desde dos modelos:

El modelo de Prescindencia, Las características o presupuestos esenciales del modelo que se denominará de prescindencia son dos: la justificación religiosa de la discapacidad, y la consideración de que la persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la comunidad. En primer lugar entonces, se asume que las causas que dan origen a la discapacidad son religiosas: un castigo de los dioses por un pecado cometido generalmente por los padres de la persona con discapacidad, o una advertencia de los dioses acerca de que la alianza se encuentra rota y que se avecina una catástrofe. En cuanto al segundo presupuesto, se parte de la idea de que la persona

con discapacidad no tiene nada que aportar a la sociedad, que es un ser improductivo y además una carga que deberá ser arrastrada, ya sea por los padres o por la misma comunidad.

El modelo rehabilitador, Las características o presupuestos fundamentales del modelo que se denominará rehabilitador son dos. En primer lugar, las causas que se alegan para justificar la discapacidad ya no son religiosas, sino que pasan a ser científicas. En este modelo ya no se habla de dios o diablo, divino o maligno, sino que se alude a la diversidad funcional en términos de salud o enfermedad. En segundo lugar, las personas con discapacidad ya no son consideradas inútiles respecto de las necesidades de la comunidad, sino que ahora se entiende que pueden tener algo que aportar, aunque —como se verá— ello en la medida en que sean rehabilitadas o normalizadas. Desde la visión prevaleciente en este modelo, entonces, se considera que la persona con discapacidad puede resultar de algún modo rentable a la sociedad, pero dicha rentabilidad se encontrará supeditada a la rehabilitación o normalización —y, esto significa, en definitiva—, supeditarla a que la persona logre asimilar a los demás —válidos y capaces— en la mayor medida de lo posible.

Ahora bien, siendo las causas que se alegan para explicar el nacimiento de una persona con discapacidad científica, ciertas situaciones pasan a ser consideradas modificables. Y la asunción de la diversidad funcional como una enfermedad, fruto de causas naturales y biológicas, se traduce en la posibilidad de mejoramiento de la calidad de vida de las personas afectadas, como también en el desarrollo de los medios de prevención, tratamientos de rehabilitación, y —como se verá— de cierta manera de comprensión del significado de la integración social.

El modelo social, los presupuestos fundamentales del modelo social son dos. En primer lugar, se alega que las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas ni científicas, sino sociales o al menos, preponderantemente sociales. Según los defensores de este modelo, no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad, para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social. En cuanto al segundo presupuesto —que se refiere a la utilidad para la comunidad— se considera que las personas con discapacidad tienen mucho que aportar a la sociedad, o que, al menos, la contribución será en la misma medida que el resto de personas —sin discapacidad—. De este modo, partiendo de la premisa de que toda vida humana es igualmente digna, desde el modelo social se sostiene que lo que puedan aportar a la sociedad las personas con discapacidad se encuentra íntimamente relacionado con la inclusión y la aceptación de la diferencia.

Por otra parte, Rodríguez (2011) explica que el tema de la discapacidad, y concretamente su definición, ha suscitado y suscita numerosos debates, que ponen sobre la mesa cuestiones como la igualdad, la justicia social, la marginación, la opresión, la participación; por citar algunas, en este contexto resulta de especial relevancia, el papel protagonista de las propias personas con discapacidad y el esfuerzo de los organismos internacionales por superar lastres históricos relacionados con la definición de la discapacidad incorporando la propia percepción de las personas afectadas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980, delimitó el significado y tipos de: deficiencia, discapacidad y minusvalía, a partir de la necesidad de considerar no solo la

enfermedad sino las consecuencias de ésta en todos los aspectos de la vida de la persona, ampliando la concepción inicial basada exclusivamente en el modelo médico.

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

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

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

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

de una deficiencia o discapacidad. La desventaja surge del fracaso o incapacidad para satisfacer las expectativas del universo del individuo. Las minusvalías se clasifican de acuerdo a seis grandes dimensiones en las que se espera demostrar la competencia de la persona y que se denominan roles de supervivencia, por lo que las minusvalías podrán ser: de orientación, de independencia física, de la movilidad, ocupacional, de integración social, de autosuficiencia económica y otras.

El objetivo principal de esta clasificación es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”. La clasificación revisada define los componentes de la salud y algunos componentes “relacionados con la salud” del “bienestar” (tales como educación, trabajo, etc.). Por lo tanto, los dominios incluidos en la CIF pueden ser considerados como dominios de salud y dominios “relacionados con la salud”. Estos dominios se describen desde la perspectiva corporal, individual y mediante dos listados básicos: Funciones y Estructuras Corporales y Actividades-Participación, estos conceptos reemplazan a los denominados anteriormente como “deficiencia”, “discapacidad” y “minusvalía”, amplían el ámbito de la clasificación para que se puedan describir también experiencias positivas. Se debe tener en cuenta que estos conceptos se utilizan con un significado específico que puede diferir del que se les da en la vida cotidiana.

### **2.3.5 Intervención Social en Salud Mental**

Para el Equipo de Trabajadoras Sociales USM, (2001, pag. 1-28) El Trabajo Social Sanitario como disciplina surge con esta necesidad de ampliar la visión de la atención integral, de tratar no sólo los problemas de salud que presenta un paciente sino también los factores sociales

(familiares, económicos, higiénicos, habitabilidad, equilibrio psicológico, etc.) que pueden agravar o aligerar su enfermedad. La presencia histórica de los trabajadores sociales en los contextos sanitarios es efectiva desde hace más de un siglo tanto en EEUU, como en Europa (Reino Unido), y desde hace más de setenta años en España. A pesar de ello, los trabajadores sociales sanitarios siguen siendo, en muchas ocasiones, difícilmente identificables tanto por los diferentes profesionales del sistema sanitario, como para los usuarios del mismo. La idea, de que su función es exclusivamente de gestores de los recursos sociales ofrece una visión reduccionista de su quehacer profesional, no aportando la visión más compleja que significa analizar el entorno del paciente y proponer estrategias para facilitar desde ese entorno y/o con las ayudas externas necesarias las condiciones para afrontar los problemas de salud con una mayor garantía de éxito.

No cabe duda de que “lo social” tiene un peso importante en la concepción y provisión de los cuidados de salud, puesto que cualquier persona que presente una enfermedad va a enfrentarse a unos cambios que afectarán directamente a las otras dimensiones de su persona, tales como las relaciones familiares, personales, laborales, económicas, etc. Ayudar a enfrentarse a ellos y a encontrar el equilibrio entre sus hábitos de vida y la nueva situación para garantizar su calidad de vida, es una de las tareas que deben realizar los/as trabajadores/as sociales de salud, además de contribuir a completar la visión biopsicosocial que debe llevarse a cabo por los profesionales sanitarios en el abordaje de los problemas de salud complejos del individuo.

El Trabajo Social en el ámbito de la salud es la actividad que se ocupa de los aspectos psico-sociales del individuo, a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que concurren en el mantenimiento de la salud y en la aparición de la enfermedad de las



personas, los grupos y las comunidades, colaborando en potenciar el carácter social de la medicina.

En el plano individual y familiar la integración del trabajador social en el ámbito sanitario, supone la aportación de alternativas o soluciones a las dificultades/problemas sociales que surgen con la aparición y el desarrollo de la enfermedad, con el objetivo de evitar los desajustes socio-familiares que se producen como consecuencia de la pérdida de salud, estableciendo un sistema de participación de los pacientes y/o familiares en la atención individual y la toma de decisiones terapéuticas.

El trabajador social sanitario, es el profesional del equipo multidisciplinar que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, identifica las redes familiares y sociales, y promueve la utilización de los recursos disponibles, a través de acciones de investigación, planificación y programación, educación social, promoción, prevención, asesoría social y gestión de recursos sociales y/o sanitarios, orientadas a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades, en las instituciones sanitarias.

Así mismo, Gomez (S.f) señala que: “mi formación de más de ocho años en el modelo sistémico-relacional, y mi experiencia de intervención en familias, en el Gabinete de Orientación Familiar del Centro Sociocultural “Mariano Muñoz” del barrio de Orcasitas de Madrid, me han demostrado que el trabajador social puede capacitarse para realizar intervenciones preventivas y terapéuticas, tanto a nivel individual como familiar y grupal.

El Trabajo Social Clínico tiene que ser, a mi juicio, una especialización del Trabajo Social. No cabe duda que lo que capacita a cada uno para el ejercicio de una profesión es el título que está legalmente establecido, pero también es cierto que después cada uno adquiere la cualificación que más le gusta; la cual le proporciona las habilidades adecuadas para ayudar a las personas que requieran sus servicios, dentro del ejercicio de su profesión.

Gordon Hamilton mantenía allá por 1.967 que el trabajador social tenía que prepararse para administrar psicoterapia porque cuando alguien toma conciencia de su problema y quiere ser tratado no importa que dicho tratamiento sea considerado como parte del trabajo social o como terapia o psicoterapia. Lo importante es la demanda y que el tratamiento sea administrado por un profesional con una formación previa y reconocida.

El trabajador social que esté interesado en la práctica de la psicoterapia “debe estar emocionalmente dispuesto a aprender sobre sí mismo y sobre los demás, por lo que es conveniente el propio análisis, si fuera posible, y un periodo de adiestramiento en el que se trate un buen número de casos bajo la estrecha supervisión de un profesional, y posteriormente con consultas”.

Los trabajadores sociales tienen mucho que ofrecer y que aportar a nuestra sociedad, suponen unos recursos humanos que además de abundantes pueden ser aprovechados de una manera más eficiente si comienzan a dirigir sus esfuerzos, desarrollando habilidades, no sólo a aplicar los recursos sociales, lo cual es muy importante, sino también a desarrollar y fortalecer los propios recursos de los usuarios de los servicios sociales, potenciar su yo, pues con ello aumentará su autoestima y podrán hacer un mejor uso de sus habilidades para solucionar sus

problemas. Hartland reconoció que: “los pacientes en terapia no están dispuestos a abandonar sus síntomas hasta que no se sienten lo suficientemente fuertes para seguir adelante sin ellos”. En este sentido Erickson planteó que: “la mente contiene todos los recursos que un individuo dado necesita para resolver sus problemas, por ello el terapeuta debe ser capaz de ayudar a sus pacientes a activar los propios recursos naturales internos”.

Estoy totalmente de acuerdo con Cloé Madanes cuando afirma que la terapia se dirige a organizar la familia como una red de ayuda mutua, a enseñar terapia como una forma de arte y a incorporar moralidad y espiritualidad. La espiritualidad incluye un cierto sentido del humor que nos ayude a reírnos de nuestra precaria situación en este mundo. Uno de los propósitos de toda terapia debe ser el de ayudar a la gente a hacer cosas que les creen buenos recuerdos para poderlos recordar, entre ellos, muchos años después.

Todos tenemos que aportar nuestro granito de arena para contribuir a cambiar el perfil del trabajo social. Tenemos que colaborar para hacer que las representaciones sociales existentes incluyan al trabajador social como un profesional que cree en las personas a las que presta sus servicios, que les escucha y les comprende, que les da nuevas esperanzas de cambio, que les ayuda a ser más amables y solidarios con los otros miembros de su familia, en definitiva que les enseña a relativizar la vida, a ser más comprensivos y condescendientes con ellos mismos y con los demás.

Igualmente, Carballada (2012) indica que; Las demandas actuales en el campo de la salud mental están atravesadas por una serie de cuestiones que se expresan a través de una creciente complejidad ligada a las características del clima de época que franquean nuestras sociedades. Lo

social, mirado desde lo singular, fue incorporando nuevas categorías de análisis orientadas a acrecentar la intervención. Esta puede ser entendida como un proceso el análisis del contexto y los diferentes escenarios donde transcurre la vida cotidiana, su devenir y el impacto en la esfera de lo subjetivo.

Lo social en términos de intervención puede ser pensado en tres órdenes. Por un lado, la acción interventora de los trabajadores sociales se desenvuelve, dialoga y entrelaza con los diferentes dispositivos de Protección Social. En otras palabras, la intervención del Trabajo Social incluye en mayor o menor medida una forma de encuentro, diálogo y transformación a través del sistema de protección que posee una sociedad. Esto es, instituciones, políticas, planes y programas que en la singularidad de cada situación tendrán algún tipo de expresión.

Las enfermedades son narradas, contadas desde diferentes formas de relato. Las narrativas de la enfermedad, desde la intervención del Trabajo Social en Salud Mental, construyen la escucha la mirada y el registro. Desde allí se vinculan con las diferentes formas de intervención. Estas cuestiones pueden ser sistematizadas desde la noción de “Modelos de Intervención en Salud”.

Como vía de entrada, la noción de Modelo de Intervención, permite sistematizar y ordenar las prácticas desde diferentes aspectos. La idea de sujeto de intervención que se utiliza, el marco teórico que la sostiene, y la intervención típica que se produce como producto de la relación entre lo conceptual, la noción de sujeto y el contexto, da cuenta de una serie de posibilidades de análisis de la Intervención en lo social y también a sus peripecias de orientación y dirección.

Dentro de esas diferentes modalidades de intervención, la escucha, forma parte de todo el proceso del quehacer en la práctica diaria. Las narrativas en el proceso de intervención en salud, pueden revelar una serie de cuestiones posibles de enumerar. Por un lado, la existencia de un narrador genera una forma determinada de escucha. Es decir, la narración puede ser condicionada, atravesada y constituida desde el narrador, pero también desde el lugar de la escucha desde lo social. Este tipo de narración va dirigida a un otro, del cual se tiene una construcción simbólica definida. No son iguales las narraciones de la enfermedad en todas las disciplinas que intervienen en ese campo (médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales), pero también, esta narrativa dentro de cada campo está condicionada por el modelo de intervención que se utilice.

En otras palabras, la narrativa de la enfermedad se constituye como una forma de acceso al mundo de ese otro sobre el que se ejerce la intervención social en la práctica cotidiana. De allí, la importancia de ésta como vía de entrada al conocimiento profundo del proceso salud enfermedad. La construcción de la narrativa, también, le da sentido al sufrimiento, lo introduce en un contexto propio, subjetivo, que se entrelaza con la cultura. Pero, asimismo, desde esa construcción de sentido, la narrativa explica el padecimiento, lo integra al mundo de lo cotidiano. La naturalización del dolor y sus causas, implican una serie de nuevas interpelaciones a la práctica del Trabajo Social y a las disciplinas que intervienen en el campo de la salud. El hacer ver esa naturalización del sufrimiento, se entrelaza de manera sugestiva como camino de la restitución de derechos sociales.

De igual importancia, es el argumento de Rueda (S.f), en su artículo en el que expone que La Calidad de Vida de las Familias de personas con discapacidad está despertando un notable interés en los últimos años. Las razones que explican esta relevancia son diversas.

Por una parte, el concepto de Calidad de Vida se ha convertido en un concepto central en el ámbito de la discapacidad (Schalock & Verdugo, 2003), extendiéndose también al ámbito familiar. Por otra parte, se ha producido una progresiva valorización y protagonismo del papel de las familias. Aunque hacía tiempo que se reconocía su papel en la atención a las personas con discapacidad, supliendo con esfuerzos personales la ausencia de una red básica de servicios, los cambios comprensivos en la discapacidad han dado un giro muy relevante en la visión del papel de las familias. Las visiones de la discapacidad cada vez más vinculadas al medio social en el que se produce, la importancia de los apoyos en especial los naturales- para el logro de resultados personales relevantes y su desarrollo metodológico a través de la planificación centrada en la persona, la importancia de promover el control personal de la vida de las personas, hacen que las familias se sitúen en un espacio central en la respuesta a las situaciones de discapacidad.

Por otro lado, se empieza a reivindicar un papel diferente de las familias en la prestación de los servicios a las personas con discapacidad. Aunque cada vez más la voz de las familias es escuchada y los servicios empiezan a ser sensibles a su punto de vista, todavía es escasa su capacidad de influencia en los servicios y se hace difícil encontrar en la práctica experiencias de colaboración en clave igualitaria y dialógica.

No obstante, Corbella (2005, pag. 325- 341), hace énfasis, en estas dos últimas décadas el principio de normalización ha guiado la planificación de servicios de atención hacia las personas

con discapacidad. Al final de los años 50 del siglo pasado se inicia en los Países Escandinavos una corriente de denuncia hacia las instituciones, reclamando la integración de las personas con discapacidad. En España el marco legal donde se plasma la filosofía del principio de normalización se configura en los años 80 en la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) de 7 de abril de 1982. Coincidiendo con la celebración del Año Europeo de las Personas con Discapacidad (2003), se ha dado un gran impulso legislativo con el fin de mejorar las condiciones personales y sociales de las personas con discapacidad y sus familias.

Así pues, el desarrollo de los principios de normalización e integración ha favorecido que las personas con algún tipo de discapacidad permanezcan en su entorno familiar y social. Por lo tanto, la familia se configura como un importante recurso de servicios personales de ayuda y, también, se constituye como un punto de referencia clave de apoyo a la persona con discapacidad.

En estos últimos años se ha producido un interés creciente por el estudio de las familias cuidadoras de personas con discapacidad. Particularmente en el ámbito anglosajón son numerosas las investigaciones y esto queda reflejado en la abundante bibliografía con que contamos sobre esta cuestión. El estudio de las familias cuidadoras ha evolucionado desde el punto de considerarlas familias “*patológicas*” hasta concepciones actuales basadas en modelos de calidad de vida. Así, un primer acercamiento de estudio se fundamentó en considerar que estas familias estaban sujetas a altos niveles de estrés, lo que provocaba un trastorno psicológico en alguno de sus miembros. Esta postura presupuso, además, que la “*patología*” era una consecuencia inevitable y llevó a la generalización de que estas familias en la década de los 80 el modelo de calidad de vida se consolidan y se convierte en referente para la organización y planificación de

servicios para personas con discapacidad. Schalock (1999) define la calidad de vida como “*un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico autodeterminación, inclusión social y derechos*”

Este nuevo paradigma de apoyo a la familia tiene como fundamento capacitar a la familia y fomentar su autonomía.

El énfasis lo sitúa no en las limitaciones de la persona con discapacidad sino en las adaptaciones que son necesarias en el entorno para que la familia pueda experimentar calidad de vida. Una mejor calidad de vida familiar dependerá de ofrecer unos servicios de apoyo. Estos servicios deben responder a las necesidades de toda la familia de una forma individualizada y adecuada (Turnbull, 2003).

Desde el nuevo paradigma de un “*modelo centrado en la familia*”, los servicios de apoyo a la familia deben responder a las necesidades de toda la familia de forma individualizada y adecuada.

Los servicios centrados en la familia consideran que estos servicios apoyan a la familia y, al mismo tiempo, van a favor de la persona con discapacidad. Para Turnbull y cols.

### **2.3.6 Técnicas de Intervención Social**



Minuchin, y Fishman (2004), proponen la Terapia Familiar como una técnica de intervención, sin embargo ellos dicen que la mención de *técnicas* contiene una referencia a cierta artesanía: cuidar los detalles, atender a la función del producto y a la relación entre el esfuerzo y los resultados. Evoca las imágenes de un ángulo perfecto entre dos paredes, un cajón que se desliza sin dificultad, las finas incrustaciones de nácar en una puerta medieval, la ensambladura de los mosaicos griegos o las armoniosas filigranas de la Alhambra. Pero la expresión «técnicas de terapia de familia» suscita dudas. Evoca el manejo de unas personas por otras: espectros del lavado de cerebro, un control utilizado para acumular poder personal, un clientelismo. Esta inquietud moral está absolutamente justificada. Por otra parte, la técnica sola no asegura eficacia. Si el terapeuta permanece apegado a la técnica, si se limita a ser un artesano, su contacto con los pacientes será objetivo, desapegado, limpio, pero también superficial, manipulador en beneficio del poder personal y, en definitiva, no muy eficaz.

¿En qué consiste el arte de la terapia de familiar? En entrar en coparticipación con una familia, experimentar la realidad como sus miembros la vivencian y involucrarse en las interacciones repetidas que dan forma a la estructura familiar y plasman el pensamiento y la conducta de las personas. En instrumentar esa coparticipación para convertirse en un agente de cambio que obre dentro de las reglas del sistema familiar, con modalidades de intervención sólo posibles en esta familia las líneas empiezan a vincularse. Cada una responde a las demás y se organiza en relación con ellas. La pintura, limitada por el marco, constituye un sistema armónico donde cada línea se relaciona con el todo.

La terapia de familiar demanda el empleo de sí mismo. El terapeuta de familia no puede observar y sondear desde afuera. Tiene que integrarse en un sistema de personas

interdependientes. Para ser eficaz como miembro de este sistema, debe responder a las circunstancias en armonía con las reglas del sistema, al tiempo que se utiliza a sí mismo de la manera más amplia posible. Es lo que se entiende por espontaneidad terapéutica.

La formación de un terapeuta espontáneo desecha ciertos métodos populares de enseñanza y supervisión. No tiene sentido, por ejemplo, supervisar a un terapeuta pidiéndole que describa una sesión si no ha cobrado conciencia de haber ingresado en el sistema familiar. Parece ineficaz formar a un terapeuta haciéndole representar los roles correspondientes a su posición dentro de su familia de origen en diferentes estadios de su vida, puesto que lo que necesita es matizar su estilo de contacto y de intervención a fin de poder adaptarse a una diversidad de familias. Del mismo modo parece inadecuado requerirle que modifique su posición en su familia de origen cuando su objetivo es adquirir la pericia que le permita cuestionar una diversidad de sistemas. Todas esas técnicas pueden ser útiles para que el terapeuta como individuo comprenda su posición dentro de su sistema familiar y se haga consciente de su propio funcionamiento y el de su familia, pero no son necesarias ni suficientes para llegar a ser un terapeuta espontáneo.

Por otra parte, Torres (1999, pag. 1-2) señala que, Las herramientas prácticas en la intervención psicosocial son importantes porque, propician el aprendizaje significativo, como proceso activo, constructivo, que facilita la construcción del conocimiento desde una edificación personal de la realidad. Esta manera de intervenir la realidad, permite, que el aprendizaje se vuelve un proceso de vida alternativo al relacionar sustancialmente lo cognitivo, lo emocional y lo social. Pues permiten que los sujetos participantes dejen aflorar en las interacciones sociales cotidianas su actitud personal frente a la vida, facilitándole su apertura a diversas perspectivas del mundo, su integración y acoplamiento al mismo y la inserción sin trauma a los diversos espacios sociales del mundo de la vida.

Deduciendo entonces que, las técnicas prácticas de intervención psicosocial, vienen a ser el conjunto de acciones estratégicas intencionadas, coherentes y coordinadas, realizadas bajo métodos específicos con el objetivo de producir en los participantes sentido e impactos eficaces para sí y para su entorno, teniendo como premisa el aprendizaje significativo puesto en escena a través de la participación, la reflexión, la lúdica y la interacción. Para ilustrar esto a continuación se exponen algunas de las herramientas de intervención psicosocial, que potencian el aprendizaje significativo son las siguientes:

Metodología tipo taller como herramienta de trabajo y medio de aprendizaje el taller como medio de aprendizaje, es una herramienta, que promueve la reflexión-acción, a la vez que permite el análisis de situaciones reales y potencia la construcción y el desarrollo de alternativas. En la metodología taller se construye conjuntamente el conocimiento, por tanto, quien guía el taller se denomina facilitador. Dicha metodología consciente la filosofía del aprender a ser, aprender a aprender, esto implica tener capacidad de búsqueda conjunta del saber sin imposición de verdades absolutas y el aprender a hacer, a partir de la cual se ponen en juego, las capacidades, aptitudes y deseos de una persona para construir algo para sí y los demás. (Aguirre Baztan, 1999)

Además la metodología taller, plantea una educación humanizante, donde cada persona sea el agente de su propia transformación, una educación crítica, bajo la cual, a los sujetos se les potencie su actitud crítica para interpretar y valorar la realidad, además de una educación dialógica, que propenda por la capacidad de escuchar al otro antes de responder y de discutir, antes de juzgar; y por una educación concientizadora, que propugne por la acción de reflexión y la praxis.

Mediante el taller reflexivo, se vivifica la experiencia de trabajo colectivo como el máximo intercambio de dar-hablar y escuchar, dar y recibir, defender posiciones y buscar consensos, tornándose en una experiencia de trabajo creativo y vivencial que genera identidad, apropiación de la palabra, sentido de pertenencia y compromiso colectivo.

Esta técnica se torna en motor de aprendizaje significativo y cooperativo porque exige la construcción de metas comunes, la interdependencia de tareas o división de las labores lo que permite al grupo participante ser más eficiente en el desarrollo de sus actividades, en tanto cada cual puede hacer lo suyo con su aporte personal en beneficio del grupo, perfeccionando con ello su autoestima y la percepción de sí como una persona útil así mismo y a los demás.

### **2.3.7 Tipología Familiar**

Según el artículo publicado por Ulises (2010, prr. 1-6), la familia se ubica dentro del sistema socio-económico de la sociedad y es considerada un grupo de personas relacionadas por la herencia; este grupo se distingue fácilmente porque tiene padres, hijos y sus descendientes. Aunque también pueden entrar los vínculos y las relaciones de parentesco, así como los roles que se desempeñan.

Algunos expertos aseguran que la familia es la base de la sociedad, sin embargo pienso que la familia no solamente es la base, sino el eje dinámico de la misma y cambia constantemente, esto explica por qué el hombre evoluciona constantemente. En el proceso de socialización, la familia tiene un rol trascendental ya que no sólo transmite valores propios de la cultura donde se

desarrolla, sino que también sirve para determinar los lineamientos que permiten interacción cotidiana de los miembros dentro de la sociedad. De la misma manera dentro de ella es necesario que se cumpla con los requisitos mínimos de cuidado y atención, que permitan la satisfacción de las necesidades físicas, biológicas, afectivas y materiales de sus integrantes.

La familia debe de administrar cuidado y el apoyo a sus miembros, ofreciéndoles un ambiente adecuado para desarrollar una personalidad sana, así como los roles asignados dentro de este núcleo o los papeles esperados socialmente. Finalmente, la familia parte de un grupo social mayor, y está inmersa en un campo muy amplio de influencias culturales, tales como el carácter de diversas organizaciones complejas, cambios históricos y conflictos de valores debidos a diferentes étnicas, religiones y clases sociales; a pesar de esto, de uno u otra manera ha logrado existir a lo largo de la historia y todo evento humano es parte intrínseca de esa historia y evolución.

En el mundo, en un país, en una comunidad y en una aldea, existen una diversidad de familias, cada cual con características sea culturales, étnicas y/o religiosas, a continuación desarrollare solo 25 tipos de familia que es el resultado de diversas investigaciones realizadas por psicólogos y psiquiatras en Latinoamérica.

Familia de tres generaciones: En este tipo de familia existe una organización de apoyo: es decir, los abuelos siguen ayudando a la economía familiar, también existe una cooperación en las tareas familiares, con esto, ellos se tienden a sentir importantes, en caso contrario se sentirán rechazados e inútiles.

El niño no entiende quien tiene poder, pues está inmerso en un ambiente de continuos choques de poder entre padres y abuelos. El niño se convierte en aliados de uno de los dos lados (padres y/o abuelos), según el que más le convenga a sus necesidades. No existen las fronteras establecidas, como la familia nuclear.

Aunque los roles de poder generan problemas, pues el abuelo interfiere en los problemas de aprendizaje, pues existe una ruptura de normas. La función parental es todo. No hay normas y reglas totalmente establecidas para el niño. Estas acciones hacen que el niño se convierta en un niño manipulador porque cuando logra conocer que los roles de poder pueden ser manipulados, él también quiere tenerlo.

De igual importancia, es el artículo de Valencia (2009) en el que hace visible a través de una reflexión conceptual, las tensiones provocadas por las paradojas a las cuales se enfrenta la familia contemporánea. La familia al ser un campo tan particular de la vida social, no puede escapar a la confrontación entre un poder hegemónico anclado en concepciones, prácticas y

discursos sociales sacralizados y las nuevas configuraciones familiares, las cuales expresan la secularización de las relaciones sociales. En este contexto actual, la familia se constituye en un umbral que marca un escenario donde se hacen visibles los cambios y las transformaciones de la sociedad y sus integrantes. Construir una lectura política de la familia como ámbito de tensiones y también de ejercicio de prácticas democráticas desde el reconocimiento, el respeto, la protección y la defensa de su diversidad en su organización interna y en el lugar que tiene en la sociedad, es un punto de giro hacia otra manera de habitar el mundo social y familiar.

Paradójicamente, el tema de familia es quizás el asunto más complejo y resbaloso del mundo social. Los soportes que la institucionalizan a través de la asignación como ámbito primario de la formación humana, la preparación para la integración social, la experiencia temprana de la interacción y la convivencia cotidiana desde una parentalidad impuesta (consanguinidad) y elegida (afinidad). La familia es el mundo por excelencia de la diversidad de sentimientos, de las emociones más profundas, de los afectos más pertinaces, de la confianza y la certeza más próxima; asuntos que se forman y entrelazan en la obligatoriedad legal, moral y económica que impone el tejido parental. La invitación para andar la trayectoria de las familias contemporáneas, es la metáfora del cambio y la permanencia, de las contradicciones entre los intereses individuales y la presión por el comunitarismo familiar, de la añoranza de la confianza y la certeza en la familiaridad frente al riesgo y la incertidumbre, del desplazamiento y desvanecimiento de un modelo homogéneo como única alternativa de vida familiar, frente a su hibridación con múltiples posibles de convivencia familiar.

El nudo que amarra esta metáfora se encuentra en los procesos de individualización, en la urgencia de “democratizar las emociones y politizar la familia”, en el reto de confrontar los dualismos modernos de satanizarla como responsable de los males sociales y otorgarle la responsabilidad mesiánica de la salvación y permanencia del orden establecido, para darle el lugar de agencia de desarrollo y como tal, ser un agente de concertación y negociación, de manera conjunta con el Estado, las instituciones y las demás organizaciones sociales en la construcción o resignificación de una sociedad que dignifique la vida humana y los sujetos como actores protagónicos de la vida social. Derretir los sólidos, fue el requerimiento del espíritu moderno. La emancipación de las ataduras eternas, romper con la asfixia de la inmovilidad, liberar los anclajes que impedían la expansión de los círculos de acción y confrontar la negación de la elección y la decisión personal, se convirtieron en algunos de los soportes de las nuevas sociabilidades.

Construir este nuevo orden ha implicado hacer visible los riesgos derivados de la pérdida de las certezas preestablecidas, de los anclajes que garantizan la pertenencia a un lugar social, como también disponer de una vida cotidiana signada por el miedo y la búsqueda permanente de la seguridad.

Así mismo, Alonso (S.f, pag. 110-117), hace énfasis, en que, la información correspondiente a las familias se organiza en dos tipologías, una según parentesco y otra según funciones. La tipología de parentesco construye las siguientes categorías: unipersonal, nuclear y extendida, y es la de uso más corriente en los estudios de familia. La segunda toma las funciones de conyugalidad, reproducción y supervivencia de sí mismo y/o parientes diferentes del cónyuge y/o los hijos.



En la actualidad las sociedades están experimentando una transformación radical en las funciones tradicionales de la familia que incide en su morfología y en sus relaciones. La conyugalidad, entendida como convivencia vitalicia para organizar la sexualidad y garantizar social y familiarmente la legitimidad, cambia en la medida en que la gratificación sexual no requiere ni de la convivencia ni de la legalidad de la unión; surgen o se fortalecen diversas formas de unión y de reproducción de la prole.

Los cambios en la formación y disolución de uniones están generando nuevas formas de parentesco que apenas comienzan a reconocerse y para las cuales no existen categorías, o las existentes conllevan semantizaciones negativas. La variedad de funciones, ciclos y escenarios en los que se dan las relaciones familiares hace totalmente improbable la existencia de una forma única y universal e familia. Sin embargo, los factores alrededor de los cuales se construyen grupos familiares están presentes en todas las sociedades, y aunque cambian en intensidad y contenido, permiten construir tipologías e incluso hacer el seguimiento de sus cambios en el tiempo.

La organización familiar varía marcadamente de acuerdo con características del jefe, como la edad, el sexo y la conyugalidad; otras categorías como educación, se construyen en un referente de la ubicación de clase del grupo familiar y de la forma como se articulan o son excluidos de la oferta de servicios de bienestar.

A modo de conclusión podríamos decir que la organización familiar está en agudo proceso de reconstrucción con las inevitables tensiones, conflictos, redefiniciones, ambigüedades que generan las transformaciones radicales. Los factores que más han contribuido son:

La democratización en las relaciones familiares que debilita la supremacía de la autoridad paterna y fortalece la participación y la autonomía de los otros miembros. Una diversificación en formas de unión y en modalidades de convivencia, en especial el aumento de la unión libre con o sin residencia compartida, la separación y el madresolterismo. Hay un descenso en las mujeres separadas, como resultado de nuevas uniones. Aunque los datos no lo registran, se inicia una ligera Visibilización de parejas homosexuales. Un aumento en la viudez femenina asociada con el notorio incremento de muertes masculinas por causas violentas, en especial en los varones entre 20 y 44 años.

Por otra parte, las autoras Carrizalez, González, Gil, y Luque (2013), hacen referencia de las tipologías familiares desde una investigación en diferentes departamentos de Antioquia con familias que tienen personas con discapacidad, por lo tanto exponen que, en la muestra total de las familias en los cuatro departamentos se encontró con mayor frecuencia (33,3%, 73 familias) la presencia de la *familia nuclear*, siendo está conformada por padre, madre e hijos.

Con un alto nivel de representatividad (25,9 %, 57 familias) se identificó la *familia extensa*, con dos condiciones particulares: en primer lugar, la conformada por la familia nuclear y la incorporación de abuelos, abuelas, tíos, tías, sobrinos, primos, cuñados, entre otros, con un porcentaje de 19,1% (42 familias); y en segundo lugar, la familia extensa responsable de la persona con discapacidad pero sin presencia o reporte de padre y/o madre, es decir, abuelos o tíos

que se hacen cargo de la persona con discapacidad cumpliendo para ellos el papel paterno y materno, este alcanzó un porcentaje de 6,8% (15 familias). Estos casos, aunque pocos, fueron un rasgo característico principalmente en la ciudad de Cartagena y se registraron un par de casos en Cundinamarca.

Por otro lado, se encontró un nivel representativo alto (22,7%, 50 familias) de *familia mono-parental materna*, la cual está conformada por la madre y los hijos. Esta composición familiar se evidenció de mayor forma en Cundinamarca, Bolívar y Santander; en Antioquia fue menos frecuente esta figura y predomina la familia nuclear. Una particularidad de este tipo de familia es que si bien en algunos casos el hogar se compone por la madre y los hijos (10,9 %, 24 familias), con frecuencia la madre se une en convivencia a su familia extensa (11,8%, 26 familias) o está la acoge (fundamentalmente los abuelos y tíos), formando una red relacional fuerte que apoya y optimiza la crianza de la persona con discapacidad, permitiendo la flexibilización de roles y la organización, ayuda y acompañamiento en las responsabilidades de crianza.

De igual forma se identificó la *familia nuclear poligenética-simultánea o reconstituida*, que corresponde, de acuerdo a Jiménez (2003, p. 228) a “aquella en la que conviven hijos de distintos padres y los integrantes de la nueva pareja, pueden asumir de varias maneras el desempeño de los roles paterno y materno, es decir, pueden ser padres o madres sustitutas, simultáneos o superpuestos” (los tuyos, los míos y los nuestros).

Este tipo de familia alcanzó un porcentaje del 4,5% (10 familias), cuatro casos en los que la figura es el padrastro y seis casos en los que es la madrastra. El 50% de estos casos trae además al núcleo familiar nuevos hijos para la convivencia.

Se puede evidenciar desde las historias de vida que la crianza de las personas con discapacidad frecuentemente se caracteriza por la ausencia, sea física o por indiferencia, de alguna figura parental (padre, madre o padres). En estos casos, un alto porcentaje de la figura ausente es el padre (22,7%, 50 casos); con menor frecuencia, pero también característico en estas dinámicas, la ausencia es de la madre (5,9%, 10 casos), siendo asumida la crianza por el padre o algunos miembros de la familia extensa, y, finalmente, en algunos casos (10%, 22 casos) la ausencia es de las dos figuras, padre y madre, delegando la responsabilidad del cuidado a los hermanos, la familia extensa y en algunos casos a las instituciones. Dicha ausencia se da por diferentes motivos, pero uno de ellos, el más mencionado en las historias, tiene que ver con la no aceptación de la condición del niño o la niña y la impotencia para asumirla, llevándolos a huir de la situación y ausentarse del proceso.

De igual importancia es el artículo que exponen los autores Ferrer, Ruiz, y Ochoa, (S.f) en el que hacen alusión a los cambios sociales actuales están provocando cambios estructurales en las familias.

El surgimiento de formas familiares y el predominio de unas estructuras familiares (y no otras) es el resultado de las transformaciones sociales acontecidas en un momento determinado de nuestra historia. En la actualidad, encontramos formas familiares como la familia extensa y la familia nuclear o conyugal que han sido una constante histórica, pues han existido tanto en los pueblos primitivos como en las sociedades industriales avanzadas (Del Campo, 2004). De hecho, la familia nuclear constituye la estructura familiar sobresaliente en la mayor parte de contextos socioculturales, puesto que no se ha encontrado todavía ningún país europeo en el que este tipo

de familia sea inferior al 50% del total. Aunque resulta evidente que en las últimas décadas el número de familias nucleares se encuentra en descenso y crece una multiplicidad de formas familiares resultado de la pluralidad de maneras de convivir en la sociedad.

La diversidad familiar ha alertado a ciertos sectores sociales que han calificado esta situación como de crisis de la familia. Sin embargo, la realidad parece discurrir en sentido contrario. La familia se está adaptando a una sociedad diversa, heterogénea, globalizada y en constante cambio, donde se prima el desarrollo personal. El resultado de estos cambios es un descenso de las formas familiares predominantes y, paralelamente, un aumento de nuevos modos de “ser y estar en familia”, lo cual es un claro signo de supervivencia y crecimiento de la institución familiar. Las familias no permanecen ajenas al contexto social más amplio, al contrario, influyen y se ven influidas por el entorno social circundante. En este sentido, la pluralidad de formas familiares es el resultado de las transformaciones sociales actuales.

En la actualidad, también asistimos a una época de importantes cambios sociales que subyacen a la diversidad de formas familiares. Así, la sociedad industrial está evolucionando hacia una nueva sociedad globalizada, resultado de un sistema capitalista neoliberal, caracterizada por grandes cambios tecnológicos, el desarrollo de la informática, la expansión del mundo de las comunicaciones y la creación de empresas que trascienden las fronteras políticas. Estas transformaciones han favorecido cambios en las unidades familiares, como por ejemplo: el descenso vertiginoso de los índices de natalidad, el incremento de los divorcios y de las separaciones matrimoniales, el aumento de los nacimientos extramatrimoniales y la creciente

proliferación de relaciones de convivencia no institucionalizada o ajenas a la forma tradicional de familia conyugal -familias monoparentales, familias sin hijos o parejas de hecho- (González, 2004; Musitu et al., 1994).

Los movimientos migratorios, presentes desde el origen de la especie humana, constituyen uno de los aspectos que causa un mayor debate social, lo cual muestra la trascendencia de la inmigración en la configuración de nuestra sociedad. Uno de los rasgos distintivos de la sociedad globalizada es precisamente el aumento de la movilidad humana, tanto en las élites socioeconómicas (es frecuente que grandes ejecutivos, investigadores de prestigio, directores de empresa, etcétera, procedan de países diferentes al lugar de acogida) como en las clases más desfavorecidas, si bien es este segundo tipo de movilidad el que parece preocupar enormemente a nuestros gobiernos.

En relación con la estructura familiar, los procesos migratorios actuales han transformado las formas familiares y han propiciado el surgimiento de nuevas estructuras familiares.

### **2.3.8 Tipos de Discapacidad**

Según Conafe (2010) (Consejo Nacional de Fomento Educativo México) para definir discapacidad motriz es importante primero entender la función del sistema nervioso, porque en la discapacidad motriz intervienen las funciones cerebrales que envían información al cuerpo a través de los nervios, sobre cómo moverse y por qué es necesaria la interpretación adecuada de las sensaciones que llegan a él. Comenzaremos explicándote que el cerebro cumple con tres funciones principales: **Sensitiva**. El cerebro es capaz de sentir determinados cambios o estímulos del interior del organismo, es decir, el medio interno (como un dolor de estómago); también fuera

de él, es decir, el medio externo (por ejemplo, una gota de lluvia que cae en la mano o el perfume de una rosa). **Integradora.** La información sensitiva se analiza, se almacenan algunos aspectos y se toman decisiones de la conducta a seguir. **Motora.** Es la respuesta que el cerebro organiza a partir de los estímulos; por ejemplo, contracciones musculares, movimientos o secreciones glandulares como la salivación al ver un alimento. El sistema nervioso está compuesto por; Neuronas, Médula Espinal, Tallo Cerebral, Cerebelo, Hemisferios Cerebrales, Corteza Cerebral.

La discapacidad motriz constituye una alteración de la capacidad del movimiento que afecta, en distinto nivel, las funciones de desplazamiento, manipulación o respiración, y que limita a la persona en su desarrollo personal y social. Ocurre cuando hay alteración en músculos, huesos o articulaciones, o bien, cuando hay daño en el cerebro que afecta el área motriz y que le impide a la persona moverse de forma adecuada o realizar movimientos finos con precisión. La discapacidad motriz se clasifica en los siguientes trastornos:

1. Trastornos físicos periféricos. Afectan huesos, articulaciones, extremidades y músculos. Se presentan desde el nacimiento (por ejemplo, algunas malformaciones de los huesos), o bien, son consecuencias de enfermedades en la infancia (como la tuberculosis ósea articular). Algunos accidentes o lesiones en la espalda dañan la médula espinal e interrumpen la comunicación de las extremidades (brazos y piernas) hacia el cerebro y viceversa.

2. Trastornos neurológicos. Significan el daño originado en el área del cerebro (corteza motora cerebral) encargada de procesar y enviar la información de movimiento al resto del cuerpo. Origina dificultades en el movimiento, y en el uso, sensaciones y control de ciertas partes

del cuerpo. Los más comunes son la parálisis cerebral, los traumatismos craneoencefálicos y los tumores localizados en el cerebro.

Las causas del daño cerebral que interfiere con la motricidad se clasifican de acuerdo con la etapa en que se presentan:

a) Prenatales o antes del nacimiento. Incluyen malformaciones con las que nacen los bebés (por convulsiones maternas). Ocurren cuando la sangre de la madre es diferente a la sangre del bebé; también por la exposición a la radiación o a sustancias tóxicas, restricción del crecimiento en la etapa de formación del bebé, infecciones o presión alta durante el embarazo o embarazo múltiple (gemelos, triates, etcétera).

b) Perinatales o durante el nacimiento. Ejemplos: nacimiento prematuro (antes de las 32 semanas de embarazo), falta de oxígeno (asfixia o hipoxia neonatal), mala posición del bebé, infecciones en el sistema nervioso central o hemorragia cerebral.

c) Posnatales. Se debe principalmente a golpes en la cabeza, convulsiones, toxinas e infecciones virales o bacterianas que afectan el sistema nervioso central.

Por otra parte, se presenta la definición que hace la Asociación Americana de Retardo Mental (S.F, pag. 75-92) “La discapacidad mental es una condición resultante de la interacción entre factores personales, ambientales, los niveles de apoyo y las expectativas puestas en la persona”.



Las causas que originan discapacidad mental pueden ser: Se pueden transmitir de padres a hijos. Se deben a anomalías en genes heredados de los padres, errores en la combinación genética u otros desórdenes genéticos, como el síndrome de Down y el síndrome del cromosoma “X” Frágil. También influye el factor edad de la pareja. Existe cierta prevalencia que origina discapacidad mental en parejas muy jóvenes o de edad madura.

Se refiere a las características o rasgos con los que nace un individuo y que no dependen sólo de factores hereditarios, sino que son adquiridos durante la gestación. El consumo de alcohol y drogas durante el embarazo aumenta las probabilidades de deficiencia en el área mental. Asimismo, la mala nutrición de la madre, la exposición a contaminantes ambientales y enfermedades como la rubéola son factores de riesgo en esta etapa. Del mismo modo, el bajo peso al nacer y los partos prematuros. También se incluyen algunas enfermedades metabólicas como el hipotiroidismo congénito y la fenilcetonuria. Adquiridas: Son las ocasionadas por algún accidente o enfermedad después del nacimiento. Enfermedades que pueden terminar en una encefalitis o meningitis, accidentes como golpes en la cabeza, asfixia por inmersión y la exposición a toxinas como plomo y mercurio pueden provocar graves e irreparables daños en el cerebro y al sistema nervioso central.

Cuando las personas con discapacidad mental tienen los niveles de autonomía necesarios, en menor o mayor grado, para desempeñarse en los distintos ámbitos sociales enfrentan una serie de dificultades como consecuencia de su deficiencia, en especial debido a los estereotipos y

prejuicios que prevalecen respecto a sus capacidades. Si bien hay avances relevantes en los espacios de integración obtenidos por este sector, aún hay obstáculos importantes sustancialmente en su acceso a los sistemas de salud, a la educación y el trabajo. Un elemento que limita de manera importante el desarrollo de las personas con discapacidad mental es el énfasis que la sociedad le otorga al plano intelectual, el que constituye el área «vulnerable» de estas personas. Valorar y aprovechar sus potencialidades y otras capacidades ha sido un extenso trabajo de las entidades y personas vinculadas a esta realidad.

El trabajo para superar las dificultades que les pone el entorno a las personas con discapacidad mental implica mantener siempre una mirada integral de sus funciones y capacidades, además de abordar sus necesidades de manera intersectorial. Los desafíos van cambiando y creciendo con el paso del tiempo. Existen avances importantes, especialmente en el ámbito del lenguaje, prevaleciendo hoy la digna referencia de discapacidad intelectual. Se trata de un concepto que aclara que la discapacidad se ubica a nivel intelectual y que el resto de la persona está llena de capacidades y posibilidades.

Así mismo, Conafe (2010), explica también la discapacidad auditiva, Los niños con discapacidad auditiva enfrentan dificultad para adquirir el lenguaje. El lenguaje es una forma de conceptualizar el mundo, entenderlo y explicarlo; también, uno de los medios que nos permiten adquirir conocimientos e información acerca de nuestras experiencias y de los demás.

La persona que no puede escuchar enfrenta graves problemas para desenvolverse en la sociedad, por las dificultades para detectar la fuente sonora, identificar cualquier sonido del habla o ambiental, seguir una conversación y sobre todo comprender el lenguaje oral. Estas pérdidas repercuten en el desarrollo de las habilidades del pensamiento, del habla y del lenguaje; también en la conducta, el desarrollo social y emocional, y el desempeño escolar y laboral.

El grado de pérdida se especifica de acuerdo con el umbral de intensidad que una persona escucha. Se mide en términos de qué tan fuerte debe ser el sonido para escucharlo, y la unidad de medida es el decibelio. Una persona que sufre una pérdida de 60 decibelios puede oír sonidos como el ladrido cercano de un perro grande, un chiflido fuerte o el motor de un camión; pero no puede escuchar sonidos de menor volumen o intensidad, como las palabras en una conversación, el trinar de un ave o el agua de un río.

Las pérdidas de audición se clasifican en función del momento en que ocurren:

- Congénita (desde el nacimiento). Puede ser de cualquier tipo o grado, en un solo oído o en ambos (unilateral o bilateral). Se asocia a problemas renales en las madres embarazadas, afecciones del sistema nervioso, deformaciones en la cabeza o cara (cráneo faciales), bajo peso al nacer (menos de 1500 gramos) o enfermedades virales contraídas por la madre durante el embarazo, como sífilis, herpes e influenza.

- Adquirida (después del nacimiento). Puede ser ocasionada por enfermedades virales como rubéola o meningitis, uso de medicamentos muy fuertes o administrados durante mucho tiempo,

manejo de desinfectantes e infecciones frecuentes de oído, en especial acompañadas de fluido por el conducto auditivo.

De acuerdo con el lugar de la lesión, las pérdidas auditivas se clasifican del siguiente modo:

- **Conductiva.** Se caracteriza por un problema en la oreja, en el conducto auditivo o en el oído medio (martillo, yunque, estribo y membrana timpánica), lo que ocasiona que no sea posible escuchar sonidos de baja intensidad. Puede derivar de infecciones frecuentes del oído que no se atienden correctamente.

- **Neurosensorial.** Sucede cuando en el oído interno (sensorial) o en el nervio auditivo hay una lesión que va del oído hacia el cerebro (neural), la cual le impide realizar su función adecuadamente, es decir, traducir la información mecánica en información eléctrica. Así, no se discriminan diferentes frecuencias, de modo que no se puede diferenciar un sonido de otro y es posible confundir palabras como sopa-copa o no escuchar sonidos como una conversación suave o el canto de los pájaros. Algunos niños nacen con este tipo de pérdida y otros la adquieren por la exposición continua a ruidos fuertes o bien a un sonido muy fuerte.

- **Mixta.** Se presenta cuando están afectadas la parte conductiva y la neurosensorial; o bien, según otra clasificación, si se presenta antes o después de la adquisición del lenguaje.

- **Prelingüística.** Es la que sobreviene desde el nacimiento o antes de que el niño desarrolle la comunicación oral o el lenguaje, por lo regular antes de los dos años. En este caso, al niño se

le dificulta mucho desarrollar el lenguaje oral, dado que no escucha las palabras y no sabe cómo articularlas, por lo que requerirá servicios especiales.

Por otra parte, Campo, Castro, y Roman (S.f, pag. 225-253) hablan sobre el Prader Willi, (SPW) es un trastorno congénito no hereditario y poco común. No está relacionado con sexo, raza o condición de vida y su incidencia es aproximadamente de 1 por cada 10.000 nacidos.

Fue descrito por primera vez en 1956 por los doctores Prader, Labhart y Willi.

En los años siguientes, el desarrollo de la genética permitió definir el mecanismo implicado en la aparición del síndrome. Destacan los estudios de Ledbetter (1981), Butler y Palmer (1983) y Nicholls (1989), quienes relacionaron la aparición del mismo con deleciones en una región concreta del brazo largo del cromosoma 15 procedente del padre. En 1993 Holm, tras un estudio multicéntrico, publicó los criterios vigentes para su diagnóstico.

Existe consenso en que los niños pequeños son alegres, afectuosos, complacientes y cooperadores; sin embargo, en torno a los 6-18 años aparece un carácter más rígido, irritable y emocionalmente lábil. A los adolescentes y adultos se les describe con frecuencia como individuos extremadamente tercos, manipuladores, caprichosos, obstinados, egocéntricos, con frecuentes conductas autolesivas como pellizcarse la piel, pocas habilidades sociales y actos de agresividad verbal directa. Acumular y robar lo que parece comestible y hasta lo que no lo es, son rasgos muy característicos de ellos. A su vez se han documentado síntomas como "conductas de tipo obsesivo" (Whitman y Acvardo, 1987) que incluyen: miedo a hacer algo malo y morir, preocupación por que les roben sus pertenencias e incapacidad para cambiar planes. Necesitan que las tareas se realicen siempre de la misma forma, así como un fuerte deseo de mantener una

misma rutina. Se evidencian también síntomas de ansiedad, frustración y excesiva argumentación.

Muchas de las personas con Síndrome de Prader Willi (SPW) manifiestan dificultades con las relaciones interpersonales verbales y no verbales. Sobre todo a la mitad de su niñez, a pesar de su deseo de tener "amiguitos", tienen dificultades para mantener y establecer relaciones amistosas con otros niños de su edad (Rosell-Raga, L. 2003). Presentan una dificultad para la conversación, sobre todo en relación con la espera del turno, aprender a escuchar y con los estallidos emocionales. Las mayores dificultades aparecen con la escasa capacidad para expresar molestias, la irritabilidad y el rechazo a actuar debidamente. En la comunicación no verbal la situación más problemática se deriva de la incapacidad para mantener una distancia social adecuada.

La esperanza de vida puede ser normal si se controla el peso, ya que la obesidad y sus complicaciones son las causas más frecuentes de enfermedad y mortalidad. En el ámbito psicosocial, la calidad de vida de las personas con Síndrome de Prader Willi está condicionada en gran medida por el grado de retraso mental, la dificultad para desarrollar relaciones interpersonales y la capacidad de adaptación a normas y situaciones que se salen de su rutina habitual. La comprensión del síndrome y su aceptación y apoyo por parte de la familia y el entorno del niño son determinantes para mejorar estos aspectos.

De igual importancia, es el artículo de Fernandez, y Quezada (S.F, pg. 293-312) en el que hacen una descripción del Síndrome de Williams, En 1961 el cardiólogo neozelandés Joseph Williams, describió por primera vez un grupo de pacientes pediátricos que compartían determinadas características clínicas, entre las que destacaban unos rasgos faciales particulares,

enfermedad cardiovascular y un perfil cognitivo específico. Otras características clínicas significativas incluyen hipercalcemia, retraso mental, personalidad gregaria, y crecimiento deficiente.

Los niños con síndrome de Williams son a menudo pos términos y pequeños para la edad gestacional, es frecuente el retraso de crecimiento intrauterino que posteriormente se continúa con fallo del crecimiento asociado a dificultades para la alimentación, reflujo gastroesofágico, dificultad para succionar, problemas para deglutir y vómitos. Se han descrito episodios de llanto prolongado catalogados como cólicos del lactante más allá del periodo habitual pudiendo estar relacionados con reflujo gastroesofágico, estreñimiento crónico e hipercalcemia idiopática.

Los niños con síndrome de Williams, por lo general comienzan a caminar más tarde de lo que normalmente se espera. Esto se debe a una combinación de problemas de coordinación, equilibrio y fuerza que afectan al sistema muscular y esquelético (laxitud o contracturas articulares, alteraciones de la columna, bajo tono muscular), el aparato digestivo (estreñimiento crónico, hernias inguinales), al sistema urinario (incontinencia, enuresis) a los ojos (estrabismo, iris estrechados, miopía) y a la motricidad fina (dificultades que surgen a una edad muy temprana).

Presentan un retraso mental variable, de leve a moderado, con un Coeficiente Intelectual medio de 60-70 (se considera normalidad por encima de 80). Existe una asimetría mental que se manifiesta en déficits en áreas como la psicomotricidad y la integración visual motora, mientras que en otras facetas están casi preservadas, como el lenguaje, o incluso, más desarrolladas, como es el caso del sentido de la musicalidad.

La mayoría de las personas con Síndrome de Prader Willi tienen una personalidad ansiosa, con preocupaciones excesivas por temas recurrentes. Son muy acogedores y sensibles a los sentimientos ajenos, muy empáticos. Tienden a explorar sin medir las consecuencias de sus acciones.

Cuando llegan a la adultez, pueden reprimirse bastante. Es probable que las niñas adolescentes pasen por una etapa depresiva pues empiezan a sentirse solas, de repente son discriminadas, se frustran por no conseguir pareja fácilmente. Es necesario ayudarles a hacer frente a todos los impedimentos y dificultades que nuestra sociedad revierte sobre las personas consideradas como diferentes.

El desarrollo de la discapacidad se debe abordar con programas de intervención temprana, educación especial y formación profesional.

El sistema cardiovascular requiere seguimiento de por vida. En algún momento evolutivo de la enfermedad puede requerirse el tratamiento quirúrgico de la estenosis aórtica supra valvular y de la estenosis de la arteria renal. Previo a las intervenciones es importante la valoración anestésica dadas las complicaciones relacionadas con este procedimiento descritas en algunos casos. Es recomendable controlar la tensión arterial al menos una vez al año en ambas extremidades, la hipertensión arterial generalmente se controla con tratamiento farmacológico. En los adultos se debe evaluar la presencia de prolapso mitral, insuficiencia aórtica y estenosis arteriales de cualquier localización.



## 2.4 Enfoque hermenéutico

Hermenéutico el término proviene del verbo griego *hermeneuein* y de las funciones asignadas al dios Hermes. A este le corresponde ser el mensajero que pone en comunicación a los dioses y sobre todo, transmitir la voluntad de estos a los humanos.

En Aristóteles, este esfuerzo de mediación es el esfuerzo del discurso, de la expresión, de la argumentación, del enunciado (*hermeneia*). Un esfuerzo que consiste en traducir el pensamiento en palabras; un enunciado cuya exteriorización permite al interlocutor captar lo que la inteligencia quiere transmitir. Esta función mediadora es la que llevó a los intérpretes de Aristóteles a agrupar sus escritos lógico-semánticos con el nombre *De interpretatione (Peri Hermeneias)*. En ellos se estudia el enunciado, esto es, la proposición susceptible de ser verdadera o falsa. Desde entonces, la hermenéutica asegura el logos, interpreta el sentido, se pregunta por la /verdad a la que responde el enunciado y que accede al lenguaje. Sin embargo, en la cultura griega, la hermenéutica no designa únicamente la dimensión sintáctica y semántica del lenguaje; se ocupa de la inteligibilidad en todas sus dimensiones, y por ello incorpora también la pragmática. La hermenéutica estudia también el estilo, en tanto que habilidad para comunicar o transmitir un sentido. En definitiva, se trata de un término con el que nos preguntamos por el proceso de la significación, por el carácter mediador de la inteligibilidad; como expresión o manifestación externa de una palabra interna, como interpretación de un enunciado que no se entiende por sí mismo, como traducción de un /lenguaje extraño al lenguaje familiar. (Moratalla, S.F, prr. 2)

## 2.5 Tipo de investigación

I.A.P (Investigación Acción Participativa) Método de investigación y aprendizaje colectivo de la realidad, basado en un análisis crítico con la participación activa de los grupos implicados, que se orienta a estimular la práctica transformadora y el cambio social.

El método de la investigación-acción participación (IAP) combina dos procesos, el de conocer y el de actuar, implicando en ambos a la población cuya realidad se aborda. Al igual que otros ENFOQUES PARTICIPATIVOS, la IAP proporciona a las comunidades y a las agencias de desarrollo un método para analizar y comprender mejor la realidad de la población (sus problemas, necesidades, CAPACIDADES, recursos), y les permite planificar acciones y medidas para transformarla y mejorarla. Es un proceso que combina la teoría y la praxis, y que posibilita el aprendizaje, la toma de conciencia crítica de la población sobre su realidad, su EMPODERAMIENTO, el refuerzo y ampliación de sus redes sociales, su movilización colectiva y su acción transformadora. Desarrollo, (S.F)

## 2.6 Formulación de enunciados (Hipótesis de Acción)

- Visibilización del Trabajo Social a través de técnicas de intervención social con las familias del programa de Discapacidad.
- Estudio de la tipología familiar en contexto.
- Propuesta de política pública con familias de personas con discapacidad

## 2.7 Interpretación hermenéutica (Triada)

Para la presente interpretación se recopiló información por medio de las categorías y subcategorías, utilizando la matriz de ruta metodológica, matriz de descomposición y una entrevista a 15 Familias del programa Discapacidad, dos Educadores Especiales del programa Discapacidad, una Trabajadora Social especialista en familia y una Psicóloga.

De acuerdo a lo anterior, las familias en la primera pregunta: ¿Cuáles han sido las estrategias y técnicas utilizadas en el programa Discapacidad para intervenir la salud mental de las familias? Respondieron, que no hay un acompañamiento directo desde el programa Discapacidad, pero cuando han requerido alguna atención los remiten al programa Familia.

Por consiguiente Benavente, y otros, (2005) indica que; El trabajo social como disciplina “se dirige hacia aquellas necesidades humanas que surgen de la interrelación personal-social, y también a desarrollar el potencial humano”.

Así mismo, la actuación profesional supone un proceso de intervención, en el que:

- se consideran y atienden las condiciones sociales que dificultan las mejoras en los procesos de salud- enfermedad.
- se cuenta con la significación que los conflictos y problemas tienen para las personas y grupos (comunidades) y con las capacidades y habilidades de éstos para afrontarlos, no para hurgar como clínico en su pasado con el fin de curar, sino para

comprender los elementos que puedan dificultar o facilitar el cambio y, por tanto, ayudar realmente al proceso. (ayudar en los procesos de aceptación, reorganización de la red de cuidadores).

➤ por supuesto, tiene muy presente los recursos de que se dota o puede llegar a dotarse la sociedad para la atención de las necesidades y problemas de las personas con enfermedad mental.

Con base en lo anterior se expone que desde el quehacer del Trabajador Social es importante la intervención directa con las familias, porque es ahí donde se identifica el cambio en las condiciones de vida del paciente teniendo en cuenta que el grupo familiar se concibe como aspecto importante para la optimización del proceso. Así mismo, el Trabajador Social potencia el desarrollo humano con técnicas específicas como: visitas domiciliarias entendida a manera de: “Entrevista efectuada en el domicilio del sujeto de atención para profundizar y observar el ambiente familiar, contribuye directamente a interrelacionar hechos reales facilitando la precisión del diagnóstico.” (Quiroz E, Salazar D. 1999). También la Terapia Familiar concebida como: “dirigida a recuperar la capacidad reguladora del grupo familiar para el desempeño de las funciones que le son propias”. (Rueda, José M. 1981) entre otras técnicas que permiten acercarse más a la familia y hacer una intervención adecuada.

De igual forma, los Educadores Especiales en la pregunta número uno: ¿Qué estrategias y técnicas se utilizan desde la Educación Especial, para intervenir la salud mental de las familias con personas en situación de discapacidad? Contestaron que desde su profesión no se hacen intervenciones en la salud mental de las familias, pero cuando es solicitada se trabaja de forma

transversal con la oferta a nivel institucional desde el centro de Salud Mental y el programa Familia de la Secretaría de Bienestar Social.

Por consiguiente, Torres Carrillo (1999, pag. 1-2) señala que, Las herramientas prácticas en la intervención psicosocial son importantes porque, propician el aprendizaje significativo, como proceso activo, constructivo, que facilita la construcción del conocimiento desde una edificación personal de la realidad. Esta manera de intervenir la realidad, permite, que el aprendizaje se vuelva un proceso de vida alternativo al relacionar sustancialmente lo cognitivo, lo emocional y lo social. Pues permiten que los sujetos participantes dejen aflorar en las interacciones sociales cotidianas su actitud personal frente a la vida, facilitándole su apertura a diversas perspectivas del mundo, su integración y acoplamiento al mismo y la inserción sin trauma a los diversos espacios sociales del mundo de la vida.

Deduciendo entonces que las Técnicas Prácticas de Intervención Psicosocial, vienen a ser el conjunto de acciones estratégicas intencionadas, coherentes y coordinadas, realizadas bajo métodos específicos con el objetivo de producir en los participantes sentido e impactos eficaces para sí y para su entorno, teniendo como premisa el aprendizaje significativo puesto en escena a través de la participación, la reflexión, la lúdica y la interacción”.

De acuerdo a lo expuesto por el autor, y teniendo en cuenta la respuesta de los profesionales en Educación Especial, se evidencia claramente que en el programa Discapacidad es necesario un equipo interdisciplinario que permita hacer un acompañamiento continuo a las

familias, puesto que el apoyo que tienen actualmente no es permanente. Además, cabe mencionar que las técnicas específicas que se utilizan desde Trabajo Social permiten fortalecer la experiencia del trabajo con las familias mediante el intercambio de hablar y escuchar, defender posiciones y buscar consensos, tornándose en una metodología experiencial que genera sentido de pertenencia y compromiso colectivo.

No obstante la Trabajadora Social y la Psicóloga, en la misma pregunta uno: ¿Cuáles son las estrategias y técnicas utilizadas en el Trabajo Social y Psicología, para intervenir la salud mental de las familias con personas en situación de discapacidad? Coinciden en responder que la intervención individual y grupal, los estudios familiares, las entrevistas y charlas educativas son algunas de las estrategias y técnicas utilizadas para intervenir la salud mental de las familias.

Así mismo, Trullenque (2010, pag. 333-352) dice que los trabajadores sociales en Salud Mental han ido construyendo un modo de hacer que ha ido configurando su perfil y rol profesional, marcado por una especificidad propia en este ámbito. Los pilares básicos del Trabajo Social en Salud mental han sido la especialización, la formación continuada y el trabajo interdisciplinar.

La complejidad de situaciones que se nos presentan en nuestro quehacer profesional, requieren unas técnicas y una metodología adecuadas. Para intervenir en la complejidad es necesaria una adecuada formación, que abarque el conocimiento y manejo del mayor número de modelos de intervención posible, que posibilite la comprensión de la situación psicosocial del sujeto en todas sus dimensiones y el desarrollo profesional dentro de equipos interdisciplinares

con distintos enfoques teóricos. Por tanto, debemos integrar en nuestro quehacer profesional modelos teóricos adecuados a los procesos en los que intervenimos, según la psicopatología del paciente, y el problema objeto de intervención. Debemos formular un planteamiento más riguroso de nuestros criterios a la hora de decidir qué orientación de la práctica, qué enfoque, qué perspectivas y qué intervenciones deben utilizarse en relación con ciertos tipos de problemas. Estos pueden ser valorados utilizando diferentes enfoques de evaluación. El conocimiento de los modelos y sus técnicas nos permitirán abordar mejor las estrategias de intervención en cada caso concreto, de forma que técnicamente la intervención sea más eficaz.

Con base en lo anterior, se infiere que los Trabajadores Sociales estamos facultados para establecer la intervención en la salud mental de las familias de acuerdo a las características y prioridades del problema encontradas en el diagnóstico, teniendo en cuenta que el buen resultado de la intervención dependerá de la actitud que se tiene frente a la familia y sobretodo el compromiso que se tenga de ambas partes.

De otra manera, en la pregunta dos para las familias: ¿Las estrategias utilizadas por la Trabajadora Social y la Psicóloga, le han ayudado a tener un descanso mental? Ellas respondieron que ha sido de gran apoyo las intervenciones, terapias Psicológicas y orientaciones que nos han ofrecido, porque nos ayudan a encontrar soluciones y equilibrar las emociones.

Por lo anterior, Mendoza (2004, pag. 1-24) expone que: No se evidencian objetivos propios del Trabajo Social y cuando hacen referencia a otras dimensiones del tratamiento terapéutico, el

cambio en las condiciones de vida del paciente y de su grupo familiar se identifica como un aspecto importante y conclusivo para la optimización del proceso de recuperación.

Entonces, nuestros objetivos profesionales en el sector de la salud mental deben ser contruidos teniendo claro que las dificultades externas, que se nos presentan en la cotidianidad de la intervención profesional, tienen que ver con que dirigimos nuestro accionar hacia grupos sociales que, además de atravesar por la experiencia de una enfermedad mental, padecen y vivencia la desigualdad social existente.

Considerando lo expuesto por la autora y con base en la respuesta de las familias se argumenta que desde el Trabajo Social se cuenta con las pautas necesarias para intervenir en las dinámicas familiares, que presentan algún tipo de desajuste según la discapacidad de la persona y los efectos que esta presenta en el entorno familiar y social. Es así como desde la práctica profesional se ha podido establecer un vínculo con la familia que permite desarrollar procesos de intervención obteniendo resultados positivos. Además, abordando la misma desigualdad social mencionada por la autora, en nuestro medio aun no hace los correctivos necesarios para contrarrestarla, claro ejemplo está en lugares públicos como la moderna construcción que ocupa la sede artística Parque Biblioteca Débora Arango y el Parque Recreativo de Envigado lugares que carecen de garantías tales como accesibilidad para las personas con discapacidad.



No obstante los Educadores Especiales en la pregunta dos: ¿En caso de no conocer las estrategias y técnicas para intervenir una familia, que harían en una emergencia? Respondieron: tenemos un protocolo establecido y reglamentado como plan B, para estas situaciones inesperadas y también se les envía a las instituciones con las que tenemos convenio.

Con respecto, a las anteriores respuestas la Organización Mundial de la Salud (2014, prr. 7) dice que: La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental. El clima de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos resulta muy difícil mantener un buen nivel de salud mental.

Así entonces, desde Trabajo Social se ha identificado que el protocolo que tienen como plan B en el programa no coincide con la respuesta de los Educadores Especiales porque en este, todo está dirigido a las personas con discapacidad y no a las familias para alguna emergencia (ver anexo p. 232- 238). Sin embargo, es pertinente mencionar que desde la práctica profesional se ha evidenciado en varias ocasiones inesperadas con las familias, la forma en que los profesionales anteriormente nombrados abordan de manera asertiva la situación por la que atraviesan las familias. Por consiguiente se refleja positivamente el compromiso que tienen los Educadores Especiales frente al programa y todos sus usuarios

incluyendo familias, porque ante la situación de emergencia no dejan que el contexto los confunda.

Además, la Psicóloga y la Trabajadora Social en la misma pregunta número dos ¿Las estrategias utilizadas desde Trabajo social y Psicología para la intervención de las familias han tenido resultados positivos y como lo evidencian? respondieron que efectivamente se han obtenido resultados positivos y se evidencia a partir de los cambios que se generan en el entorno familiar y se les hace seguimiento periódicamente.

Por lo anterior, Richmond (1922, pag. 8) “reconoce el Trabajo Social como el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando consciente e individualmente el hombre a su medio social”. Por ello, las categorías diagnósticas y nosografías. “Parte de la nosología que trata de la clasificación y descripción de las enfermedades (Palabras y vida , S.f).” Que para otras disciplinas participantes del campo son estructurantes de la comprensión del padecimiento mental. Para el Trabajador Social, son indicadores de la comprensión del problema (situaciones problemas suficientemente perfiladas o algo vagas e indefinidas) que tiene la persona con padecimiento mental, pero no agotan las necesidades metodológicas para nuestra intervención.

Sin embargo, a pesar de reconocer aquellos aspectos de “determinación social” que pesan sobre lo que es la salud, y de incluir categorías como: poder, dependencia, complejidad, para definirla; se suele cometer el error de deslizar esas mismas categorías hacia la relación asistencial que se establece con quien tiene un padecimiento mental.

Considerando lo expuesto por la autora Richmond; se manifiesta que desde las prácticas profesionales se ha podido demostrar en el programa Discapacidad, la importancia y la necesidad del Trabajo Social en los procesos de intervención con las familias que presentan dificultades con su entorno social y familiar. Pues desde dicha profesión se cuenta con el conocimiento, las bases y herramientas necesarias para atender esta población y sus conflictos.

Por otra parte, en la pregunta tres para las familias: ¿Qué enfermedades mentales se presentan con más frecuencia en las familias (cuidadores) con personas en situación de discapacidad? Ellas respondieron que las más frecuentes son: Estrés “alteración física o psíquica de un individuo por exigir a su cuerpo rendimiento superior al normal” (española, 2005, prr. 2), Tristeza “emoción que se produce en respuesta a sucesos no placenteros y que denota pesadumbre o melancolía” (Andina, 2013, prr. 3) , Depresión “trastorno mental frecuente que se caracteriza por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima” (Portalparejas, 2012) y Cansancio “falta de fuerzas después de realizar un esfuerzo físico, intelectual, emocional, o por la falta de descanso” (Lexicoon, S.F, prr. 2).

En este orden de ideas la autora Bazán (2013, pag. 1) en su Blogs dice que; “la carga familiar repercute en distintas áreas de la vida del cuidador: las tareas de la casa, las relaciones de pareja, familiares y sociales, el desarrollo personal y del tiempo libre, la economía familiar, la salud mental y el malestar subjetivo del cuidador relacionado con la enfermedad. La carga objetiva se define como cualquier alteración potencialmente verificable y observable de la vida del cuidador causada por la enfermedad de la persona con problemas de salud mental. La carga

subjetiva se relaciona con la tensión propia del ambiente que rodea las relaciones interpersonales entre la persona con problemas de salud mental y sus familiares y las preocupaciones generales por la salud, seguridad, tratamiento y futuro de la persona con problemas de salud mental”.

Ahora bien, desde el Trabajo social se considera que la familia tiene un papel importante en el cuidado de la persona con discapacidad, sin embargo de una u otra manera es vital la atención comprensión y el apoyo que debe tener el familiar (cuidador) en todo momento porque es quien se está desgastando física y mentalmente en el cuidado de la persona con discapacidad. Para esto la familia debe recurrir a profesionales que les ayuden a equilibrar esa carga emocional, permitiendo una mejor calidad de vida e integración social.

No obstante, los Educadores Especiales en la pregunta número tres: ¿Desde la Educación Especial, cuál considera usted que es la enfermedad mental más frecuente en las familias con personas en situación de discapacidad? contestaron que desde el programa Discapacidad no se tienen identificadas las enfermedades mentales en las familias de los usuarios inscritos.

Teniendo en cuenta lo anterior, los autores Díaz, Blanco, Horcajo, y Valle (2007, pag. 333-352) explican que: “el punto culminante de esta propuesta es el desarrollo de instituciones sociales y comunidades positivas. De manera más concreta, aumentar el sentimiento de pertenencia e integración de los ciudadanos en la sociedad, fomentar la participación de las personas en su comunidad simplificando y acercando los mecanismos para la toma de decisiones, incrementar la confianza de los ciudadanos en las instituciones reduciendo el tiempo de

resolución de casos, proporcionando retroalimentación y aumentando con ello la sensación de control, son también estrategias para la prevención de la depresión en la medida en que aumentan los niveles de bienestar social". Sin embargo (Freud) citado por (Díaz, Blanco, Horcajo, y Valle, 2007, pag. 333-352) dice que; "El tratamiento no tiene otro fin que la curación del enfermo, el restablecimiento de su capacidad de trabajo y de goce"

Dicho lo anterior, se encuentra pertinente la propuesta de los primeros autores en la que plantean instituciones sociales y comunidades comprometidas hacia la integración de los ciudadanos (familias); porque son dichos entes el apoyo fundamental para que las familias conserven esa armonía con el entorno familiar, social y con la persona con discapacidad. Sin embargo, como Trabajadora Social se encuentra una discrepancia con la anterior expresión Psicológica de Freud, puesto que en ella da a entender que solo interesa la restitución de la persona con discapacidad para que se integre en el campo laboral, pero deja aislado el proceso de rehabilitación, el bienestar y la calidad de vida de las familias o cuidadores.

De igual importancia, la Trabajadora Social y la Psicóloga responden a la pregunta tres: ¿Desde el Trabajo Social y Psicología, cuál considera usted que es la enfermedad mental más frecuente en las familias con personas en situación de discapacidad? haciendo énfasis en que la enfermedad más frecuente en las familias son los trastornos depresivos: "trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo y la manera de pensar" (Dr. Rozados)

Por lo tanto, Moreno, y Moriana (2013) explican que; “muchos médicos de familia se encuentran desbordados por la presión asistencial, por el poco tiempo que tienen para intentar atender a sus pacientes y, en ocasiones, por la falta de formación en técnicas sociales que les ayuden a enfrentarse a ellos de forma eficaz”. Por lo tanto, desde la atención primaria en medicina, pretenden abordar la salud mental de las familias con medicamentos, que a través del tiempo los vuelven dependientes de los fármacos para poder enfrentar la realidad; sin embargo la intencionalidad desde el trabajo social es poder intervenir la salud mental de las familias de una forma directa y continua por medio de las diferentes técnicas empleadas en dicha área.

Para ello, se tiene como referente a los autores Minuchin, y Fishman (2004) quienes proponen la Terapia Familiar como una técnica de intervención, sin embargo ellos dicen que la mención de técnicas contiene una referencia a cierta artesanía: cuidar los detalles, atender a la función del producto y a la relación entre el esfuerzo y los resultados.

Por consiguiente desde el rol de Trabajo Social se infiere que la terapia familiar consiste en entrar en participación con una familia, experimentar la realidad como sus miembros la viven y involucrarse en las interacciones repetidas que dan forma a la estructura familiar y plasman el pensamiento y la conducta de las personas. Además, fomentar esa participación para convertirse en un agente de cambio que obre dentro de las reglas del sistema familiar, con modalidades de intervención sólo posibles en esta familia y así cada una responde a las demás y se organiza en relación con ellas.

En la cuarta pregunta para las familias: ¿Qué presentimiento afecta con más frecuencia a la familia, frente al cuidado de la persona con discapacidad? la respuesta de ocho familias es: que el sentimiento que más les afecta es no saber en manos de quien quedaría la persona con discapacidad.

Por lo tanto, Pellòn (S.f, pag. 1-28) que: La familia, como grupo primario, constituye el denominador común de todas las sociedades conocidas. La vida humana, sea donde fuere, es siempre familiar, aunque en las sociedades modernas industriales o postindustriales la influencia se halle atenuada por la presencia de numerosos grupos e instituciones que intervienen en la socialización de las personas. En términos generales, el ser humano cuenta con dos familias de referencia. En primer lugar, la familia en la que el individuo nace y se cría, a la cual denominamos familia de orientación. En segundo lugar la familia que genera él mismo con su pareja y su descendencia, a la cual llamamos familia de procreación.

Sin embargo, en el transcurso de las prácticas profesionales realizadas en el programa Discapacidad, se ha presenciado que gran parte de las familias que cuidan a sus hijos o familiares, se encuentran en un dilema sin saber a cargo de quien van a quedar en caso que faltasen primero, porque no tienen muchas opciones. Así entonces, desde el Trabajo Social se propone crear una red de apoyo con estas familias y sus más allegados para buscar posibles soluciones ante la dificultad.

En esta misma pregunta cuatro, la respuesta de siete familias es que el sentimiento que más les afecta es la precaria situación económica.

Por lo anterior, Vargas (S.f, pag. 1-8) explica que: A lo largo de la vida, las familias atraviesan distintos tipos de crisis que según las características de las mismas las podemos clasificar en crisis evolutivas o inesperadas. Las crisis evolutivas a aquellos cambios esperables por los cuales atraviesan la mayoría de las personas. Dichos cambios requieren un tiempo de adaptación para enfrentar nuevos desafíos, que forman parte del desarrollo de la vida normal. Las crisis inesperadas son aquellas que sobrevienen bruscamente, que no están en la línea evolutiva habitual (muerte temprana de un padre, pérdida del empleo, exilio forzoso, etc.). Tanto las crisis evolutivas como las crisis inesperadas pueden ser atravesadas por las personas/familias de distintas maneras dependiendo de los recursos que tengan y de las experiencias previas (adaptación a crisis anteriores). Teniendo en cuenta esto, habrá familias que puedan pasar por estos períodos de cambios con mayor facilidad y capacidad de adaptación y otras no tanto.

No obstante, desde Trabajo Social se ha evidenciado que una de las preocupaciones de las familias es la parte financiera, porque uno de los proveedores económicos debe dejar de trabajar, o si es madre o padre soltero debe pagar quien cuide a su hijo o familiar y a eso se le suma la compra de medicamentos y terapias que debe tener el paciente para avanzar en los procesos de recuperación. Por consiguiente, las anteriores situaciones descritas conllevan a una precaria situación económica. Por lo tanto, el profesional en Trabajo Social debe buscar en compañía de las familias posibles soluciones, que vinculen a diferentes sectores para que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas.



Por lo tanto, los Educadores Especiales en la pregunta cuatro: ¿A simple vista sin haber hecho un estudio riguroso dese la Educación Especial, cuáles son los enfermedades mentales que manifiestan las familias de personas con discapacidad? Respondieron que los trastornos depresivos no sólo en las familias sino también en los usuarios, sobre todo si la discapacidad es adquirida.

Partiendo de la respuesta anterior, Vargas (S.f, pag. 1-8) indica que; El funcionamiento familiar consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve. Estas deben de cumplir con las siguientes demandas: Satisfacción de necesidades biológicas y psicológicas de los hijos, Socialización Bienestar económico, Mediadora con otras estructuras sociales.

De este modo, desde la formación como Trabajadora Social se encuentra afinidad con la autora, sin embargo no se puede omitir la realidad en la que viven las familias puesto que son ellas quienes se están desgastando frente al cuidado de sus parientes, generando en ellos situaciones depresivas debido a los efectos que tiene el ser cuidador y no disponer en muchas ocasiones de apoyo moral y económico. Es por eso que como profesionales en el área social se utilizan intervenciones familiares como terapia familiar, charlas educativa entre otras que puedan equilibrar un poco el estado emocional.

Además la Psicóloga y la Trabajadora Social en la misma pregunta cuatro: ¿De acuerdo a las intervenciones realizadas desde Trabajo Social y Psicología, por qué cree usted que esta

enfermedad es más recurrente en las familias de personas con discapacidad? Respondieron que los trastornos depresivos son más recurrentes en las familias porque no tienen mucho apoyo moral y económico frente a la situación.

Según la respuesta anterior, los siguientes autores explican el Apoyo social como mecanismo para integrar este proceso, así que Vargas (S.f. pag. 1-8) cita a Thoits quien lo define como “el grado en que las necesidades sociales básicas, son satisfechas a través de la interacción con otros”. Para Bowling es “un proceso interactivo merced a la cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que está inmerso”. El apoyo social se obtiene a través de la red social. Por otro lado cuando la ayuda se encuentra dentro de la familia se denominan recursos familiares.

Así entonces, se espera que el apoyo mencionado anteriormente se implemente en todas las familias, sin embargo a lo largo de las prácticas profesionales los resultados de los diagnósticos realizados no han mostrado en algunas personas que este apoyo social se implemente de forma activa, puesto que deben atravesar por muchas circunstancias para llegar a algo tan elemental como el apoyo de la familia.

Por otra parte, las familias en la pregunta cinco: ¿Cuál es la tipología familiar más frecuentes en el programa de Discapacidad? respondieron que la tipología familiar más frecuente es extensa (más de tres generaciones) y una familia respondió que monoparental (uno de los padres y los hijos).

Entre tanto, Alonso (S.f, pag. 110-117) hace énfasis en que, “la información correspondiente a las familias se organiza en dos tipologías, una según parentesco y otra según funciones. La tipología de parentesco construye las siguientes categorías: unipersonal, nuclear y extendida, y es la de uso más corriente en los estudios de familia. La segunda toma las funciones de conyugalidad, reproducción y supervivencia de sí mismo y/o parientes diferentes del cónyuge y/o los hijos.

En la actualidad las sociedades están experimentando una transformación radical en las funciones tradicionales de la familia que incide en su morfología y en sus relaciones. Los cambios en la formación y disolución de uniones están generando nuevas formas de parentesco que apenas comienzan a reconocerse y para las cuales no existen categorías, o las existentes conllevan semantizaciones negativas. La variedad de funciones, ciclos y escenarios en los que se dan las relaciones familiares hace totalmente improbable la existencia de una forma única y universal en familia. Sin embargo, los factores alrededor de los cuales se construyen grupos familiares están presentes en todas las sociedades, y aunque cambian en intensidad y contenido, permiten construir tipologías e incluso hacer el seguimiento de sus cambios en el tiempo.

Analizando lo que se menciona anteriormente, se expone que desde el Trabajo Social se tiene claro las tipologías familiares, pero no se puede pasar por alto que la situación actual en el mundo está permeando la organización familiar a tal punto que la constitución de las familias cada día varía más, es decir aumentan los divorcios, las parejas homosexuales, las madres solteras, madres adolescentes, entre otras, que conllevan a visibilizar nuevos parentescos de familia.

Entre tanto, los Educadores Especiales en la pregunta cinco: ¿Cuál es la tipología familiar más frecuente en el programa Discapacidad? responden que desde el programa no se ha hecho un estudio que permita identificar las tipologías familiares de los usuarios inscritos.

Para Eva Giberti (2005) citado por Robles, y Di Liseo (2012, pag. 43-53) la noción familia resulta polisémica, en tanto que la subjetividad de los miembros de la familia está ligada a la precariedad y polisemia que resultan de la identidad política, económica y psicológica de sus miembros. Señala esta autora que las nuevas organizaciones familiares no son nuevas; nuevo es el registro de lo que existía, omitido, silenciado o negado. (2005: 342).

Por lo tanto, se concibe que la familia es el grupo primario en el que nacemos y nos criamos en esta se fundamentan normas, valores y orienta hacia un proyecto de vida y pese al acelerado cambio por el que estamos atravesando se reconocen las nuevas tipologías familiares.

Así mismo, desde Trabajo Social se consider que es primordial implementar un estudio familiar en el programa Discapacidad, que dé cuenta de las tipologías familiares existentes actualmente en dicho programa, cuáles son sus características más relevantes y con base en esto poder identificar en qué fase se encuentra la salud mental y sus relaciones con el entorno.

De otra manera, la Trabajadora Social y la Psicóloga en la quinta pregunta: ¿Cuál es la tipología familiar más frecuente identificada desde el Trabajo Social y Psicología, en el programa Discapacidad? responden que la tipología familiar más común es la extensa.

En cuanto a esta respuesta, Angel (2004) habla sobre las transformaciones de las familias Colombianas; ella expone que “el análisis de los cambios contextuales e institucionales del país y sus consecuencias sobre la estructura y funciones del sistema familiar colombiano, ha sido la preocupación de buena parte de los científicos sociales. Hoy, también se interesan en la exploración de alternativas y ritmos de modernización, para prever las transformaciones adecuadas y viables para la solución de los problemas sociales, establecer el pronóstico integral de alternativas deseables y propiciar la permanente revisión crítica de las políticas sociales que puedan afectar a la familia.

Las transformaciones estructurales y funcionales de la familia se han dado siempre; lo que ahora asombra, es la rapidez de estas metamorfosis. Las causas son múltiples, pero es evidente que los abruptos cambios sociales ocurridos en los últimos 40 años han repercutido sobre todas las estructuras del país y han propiciado unos ajustes violentos en la familia, con consecuencias no previstas en cuanto al menos, de dos de sus funciones esenciales: la procreación y la socialización. Todas las acciones y omisiones en los campos político-jurídico, económico, ecológico, religioso y educativo, entre otros, han tenido efectos directos e indirectos sobre la conformación de la familia Colombiana actual.

En concordancia, con lo expuesto anteriormente por la autora cabe mencionar que pese a las influencias negativas o positivas, que intervienen en la conformación de nuevas familias, se debe tener en cuenta desde el Trabajo Social la importancia de mediar entre estas familias para que sigan siendo un contexto en el que se forjan principios y valores como; el ejercicio de prácticas democráticas desde el reconocimiento, el respeto, la protección y la defensa de su diversidad, permitiendo visibilizar cambios y transformaciones en el entorno social. Sin embargo

en el diagnóstico inicial (ver p. 21-28) de la primera fase de esta sistematización se realizó una encuesta que arroja el 38% predominando la familia nuclear, pero al profundizar en estas familias también nos encontramos con que los padres son personas muy adultas que ya no tienen las facultades físicas y mentales, para cuidar de las personas con discapacidad, por lo tanto es una familia nuclear pero resulta que el cuidador es externo al núcleo familiar y es así como tienden a ser más familias extensas.

Por otra parte, las familias en la sexta pregunta (Mencione algunas causas por las cuales cree usted que se da esta tipología familiar) respondieron que algunas de las causas que generan la tipología familiar Extensa, es por la formación en valores y porque hay madres solteras.

Sin embargo, un informe de la UNICEF (2003) explica que “el conjunto de transformaciones que ha experimentado la familia en el mundo occidental constituye una de las manifestaciones más importantes del cambio social contemporáneo. En pocas décadas, el modelo de familia afianzado en la inmediata posguerra, ampliamente difundido bajo el rótulo de “familia nuclear”, fue cediendo espacio a una creciente diversidad de formas y estilos de vida familiares.

De hecho “el aumento de las tasas de divorcio acabó con el ideal de la monogamia para toda la vida. El valor de la satisfacción en el matrimonio aumentó, elevando las exigencias en términos de intimidad, gratificación sexual y distribución equitativa de las tareas domésticas. Los individuos comenzaron a mirar al matrimonio como una institución atemorizante, la cohabitación sin matrimonio se volvió para muchos una alternativa al casamiento temprano, y para una pequeña minoría, una alternativa al propio matrimonio” (Bumpass 1990; Cherlin 1992).

De acuerdo, a lo expuesto por el informe de la UNICEF (2003) y por los anteriores autores citados; se considera que desde Trabajo Social se ha identificado otra variable que influye en la conformación de familias extensas como más recurrente en el programa Discapacidad. Una de las razones es que gran parte de las personas con discapacidad son adultos y sus progenitores ya han fallecido, por consiguiente deben unirse a otra familia que pueda contribuir a su cuidado. Así mismo, ocurre con personas jóvenes donde los proveedores económicos deben salir a laborar, entonces deben unirse también a familiares o amigos que puedan colaborar ante dicha situación.

Sin embargo, los Educadores Especiales en la sexta pregunta: (De acuerdo a las actividades realizadas en el programa de Discapacidad, que conformación familiar se ha identificado con más recurrencia) respondieron que se han evidenciado los tres tipos de familia en general (extensa, monoparental, nuclear).

Según Robles, y Di Liseo, (2012, pag. 43-53) explican que: Los avances tecnológicos han derribado la certeza de que la concepción es el resultado de una relación sexual entre un hombre y una mujer nuevas maternidades y nuevas paternidad se despliegan en el marco de las nuevas configuraciones familiares y obligan a reformular los marcos conceptuales desde los cuales se interpretó la realidad de los sujetos. Tener dos madres o tener dos padres, hoy ya no escandaliza y la sociedad deberá seguramente prepararse para enfrentar los desafíos de otras y diversas configuraciones familiares, aún silenciadas pero no por ello inexistentes.

Por consiguiente, y en acuerdo con lo expuesto por los anteriores autores, se manifiesta que desde Trabajo Social también se han podido determinar varios tipos de familia en el programa

Discapacidad y teniendo en cuenta su composición se han identificado diversas dinámicas familiares que hay en ellas tales como: enfrentar el proceso de adaptación ante la nueva realidad.

Entre tanto la Psicóloga y la Trabajadora Social en la sexta pregunta (Mencione algunas causas desde Trabajo Social y Psicología, por las cuales cree usted que se presenta con más frecuencia esta tipología familiar (extensa) en el programa Discapacidad) respondieron que el desajuste que se da en las familias conlleva a unirse a otras, la edad de algunos familiares o cuidadores influye mucho y las labores de trabajo.

Según, un artículo publicado el autor Ulises (2010, prr. 1-6) en el periódico Psicoasesor menciona que Algunos expertos aseguran que la familia es la base de la sociedad, sin embargo pienso que la familia no solamente es la base, sino el eje dinámico de la misma y cambia constantemente, esto explica por qué el hombre evoluciona constantemente. En el proceso de socialización, la familia tiene un rol trascendental ya que no sólo transmite valores propios de la cultura donde se desarrolla, sino que también sirve para determinar los lineamientos que permiten interacción cotidiana de los miembros dentro de la sociedad. De la misma manera dentro de ella es necesario que se cumpla con los requisitos mínimos de cuidado y atención, que permitan la satisfacción de las necesidades físicas, biológicas, afectivas y materiales de sus integrantes.

De acuerdo a lo anterior, desde el rol de Trabajo Social se concibe que la familia es fundamental para compartir diferentes sucesos, teniendo en cuenta que no siempre se habla de



una familia nuclear. Sin embargo, es de vital importancia contar con dicho grupo sin prevalecer su conformación sino los valores y apoyo que en esta se den.

Ahora bien, las familias en la séptima pregunta: (Explique la discapacidad de su familiar y los efectos en su entorno) catorce de ellas respondieron que la discapacidad de la persona es Retardo Mental Leve, generando en el entorno familiar y social una conducta de poco compromiso para el acompañamiento en las actividades requeridas.

Por lo tanto, la Asociación de Americana de Retardo Mental,(S.F, pag. 75-92) define que: “La discapacidad mental es una condición resultante de la interacción entre factores personales, ambientales, los niveles de apoyo y las expectativas puestas en la persona”.

Las causas que originan discapacidad mental pueden ser: Se pueden transmitir de padres a hijos. Se deben a anomalías en genes heredados de los padres, errores en la combinación genética u otros desórdenes genéticos, como el síndrome de Down y el síndrome del cromosoma “X” Frágil. También influye el factor edad de la pareja. Existe cierta prevalencia que origina discapacidad mental en parejas muy jóvenes o de edad madura.

En este orden de ideas la definición y las respuestas de las familias se relacionan teniendo en cuenta que desde Trabajo Social y el programa Discapacidad se han logrado avances importantes en la inclusión laboral de las personas con retardo mental, sin embargo es un proceso lento porque pueden ocurrir dos situaciones desfavorables: primera, hay empresas que ofrecen los empleo para ellos y se logra integrarlos en el campo laboral, pero la falencia es, que desde la formación ocupacional no se hace énfasis en competencias personales lo que conlleva a un buen

desarrollo productivo, pero relaciones conflictivas con los compañeros. Y la segunda, hay personas que logran un nivel académico superior, pero los empleos que ofrecen son muy operativos, es decir no están acorde con el perfil de formación que tienen. Dicho lo anterior el reto desde Trabajo Social es trabajar con las personas con discapacidad cognitiva de una forma paralela, en la que se incluye laboral vs personal.

Así mismo, una familia describe la discapacidad de su hija como Síndrome de Prader Willi, generando como efecto en la familia situaciones de discordia y estrés.

De acuerdo, a la respuesta anterior Del barrio del campo, Castro Zubizarreta , y San Román Muñoz (S.f, pag. 75-92) hablan sobre el Prader Willi, (SPW), es un trastorno congénito no hereditario y poco común. No está relacionado con sexo, raza o condición de vida y su incidencia es aproximadamente de 1 por cada 10.000 nacidos.

Fue descrito por primera vez en 1956 por los doctores Prader, Labhart y Willi. En los años siguientes, el desarrollo de la genética permitió definir el mecanismo implicado en la aparición del síndrome.

Muchas de las personas con SPW manifiestan dificultades con las relaciones interpersonales verbales y no verbales. Sobre todo a la mitad de su niñez, a pesar de su deseo de tener "amiguitos", tienen dificultades para mantener y establecer relaciones amistosas con otros niños de su edad (Rosell-Raga, L. 2003). Presentan una dificultad para la conversación, sobre todo en relación con la espera del turno, aprender a escuchar y con los estallidos emocionales. Las mayores dificultades aparecen con la escasa capacidad para expresar molestias, la

irritabilidad y el rechazo a actuar debidamente. En la comunicación no verbal la situación más problemática se deriva de la incapacidad para mantener una distancia social adecuada.

De este modo, cabe mencionar que en el programa Discapacidad este síndrome no es muy frecuente, sin embargo se ha podido desarrollar un trabajo interdisciplinario con la usuaria, para que pueda aceptar su condición, resaltando que cognitivamente el retardo mental es muy leve, esto dificulta más el proceso porque la persona es muy consciente del rechazo social, y las pocas oportunidades de inclusión que se le ofrece en el medio.

Por otra parte, los Educadores Especiales en la séptima pregunta: (Explique los tipos de discapacidad y los efectos en su entorno familiar) describieron que las discapacidades más comunes son; sensoriales, cognitiva, física y múltiple, generando en el entorno familiar sobreprotección, no aceptación de la discapacidad y disminución de recursos económicos.

Ahora bien, Rodríguez (S.f, pag. 1) explica que; el tema de la discapacidad, y concretamente su definición, ha suscitado y suscita numerosos debates, que ponen sobre la mesa cuestiones como la igualdad, la justicia social, la marginación, la opresión, y la participación. La Organización Mundial de la Salud, (2014), delimitó el significado y tipos de: deficiencia, discapacidad y minusvalía, a partir de la necesidad de considerar no solo la enfermedad sino las consecuencias de ésta en todos los aspectos de la vida de la persona, ampliando la concepción inicial basada exclusivamente en el modelo médico.

**Deficiencia:** dentro de la experiencia de la salud se define como toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Puede ser temporal o permanente y en principio solo afecta al órgano.

**Discapacidad:** es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se clasifican en nueve grupos: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad.

**Minusvalía:** viene definida como toda situación desventajosa para una persona concreta, producto de una deficiencia o de una discapacidad, que supone una limitación o un impedimento en el desempeño de un determinado rol en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales.

Con base en lo explicado anteriormente, se ratifica que desde Trabajo Social se hace importante la implementación de técnicas de intervención social, que permitan el desarrollo de habilidades en las personas con discapacidad y sus familias, como también se hace importante fortalecer los servicios sociales, para mayor cobertura en la integración social permitiendo ser más comprensivos y condescendientes con ellos mismos y con los demás.

Entre tanto, la Psicóloga y la Trabajadora Social en esta misma pregunta siete: ¿Cuáles son los tipos de discapacidad y los efectos en su entorno familiar, identificados desde Trabajo Social

y Psicología? Ambas responden haciendo énfasis en la discapacidad de retardo mental, ocasionando en la familia falta de aceptación frente a la nueva condición.

Por lo tanto, Alonso (S.f, pag. 1-17) expone que “desde inicios de los años noventa el campo científico de la discapacidad se ha visto inundado de numerosas publicaciones teóricas, artículos y libros, hechas por académicos del Reino Unido y de EEUU, que por medio de unas severas y radicales críticas al modelo médico (en el que de manera simplista suelen juntar casi todos los modelos que no sean el suyo) plantean un modelo o teoría social de la discapacidad.

El modelo social defiende que la concepción de la discapacidad es una ‘construcción social’ impuesta, y plantea una visión de la discapacidad como clase oprimida, con una severa crítica al rol desempeñado por los profesionales y la defensa de una alternativa de carácter político más que científico. Esta posición tiene cierta difusión en algunos medios académicos de los países citados arriba, y sobre todo en relación con el mundo de la sordera y de la discapacidad física, mientras que en las discapacidades del desarrollo y retraso mental o la discapacidad visual apenas se hacen presentes. Muchos de sus defensores abogan además porque sólo las personas con discapacidad son quienes están ‘capacitados’ para hablar e investigar el problema, y eso lo hacen siendo gran parte de los proponentes personas con discapacidad”.

Por consiguiente, desde el Trabajo Social se hace énfasis en el cuidado de la salud mental de las familias y cuidadores, ya que en la actualidad se observa que desde la convención de derechos humanos, la constitución política de Colombia, la OMS, entre otras; hay leyes que garantizan el bienestar social y calidad de vida de las personas con discapacidad. Pero en

Colombia pese a que está estipulado en el artículo 8 de la ley estatutaria 1618 el cuidado (ver p. 14 - 15) que se debe tener con las familias, actualmente no se cumple con ella porque todos los derechos y cuidados están más orientados en las personas con discapacidad, pasando a un segundo plano las familias y cuidadores.

## **2.8 Hallazgos**

- Es de suma importancia el diálogo que se concibe entre la Psicología y el Trabajo Social, para la intervención con las familias y usuarios del programa “Discapacidad en pro de mejorar su calidad de vida”. Sin embargo, debe haber claridad en el rol que cada profesional debe asumir con dicha población para que la una no determine las decisiones de la otra sino que se complementen a medida que se van desarrollando los procesos.
- En cuanto al protocolo que se tiene establecido como plan B en el programa Discapacidad, no se encuentra claridad para casos de emergencia con las familias; teniendo en cuenta que este debe incluir indicaciones para remitir o intervenir en caso de una crisis inesperada con ellas.
- De acuerdo a la indagación realizada para esta sistematización y como posible propuesta de investigación que interese a alguna de las disciplinas de las ciencias humano sociales surge la siguiente pregunta: ¿Por qué las familias que tienen personas con discapacidad tienden a ser de tipología extensa según las respuestas de la población encuestada?

- En los informes familiares realizados a las familias, se detectó que estas no tienen muy claro el diagnóstico de discapacidad de su pariente.

## **2.9 Recomendaciones**

- Conformar un equipo interdisciplinario (Educadores Especiales, Trabajador Social, Psicólogo, Abogado, entre otros) que permita abordar los casos de manera más holística, porque en las familia se ha identificado la necesidad prominente de tener orientación desde cada una de las disciplinas mencionadas inicialmente.
- Implementar estrategias que permitan dar continuidad en los procesos con las familias, para generar desde el programa acciones realmente incluyentes con esta población.
- Garantizar la permanencia de un profesional en el área social en el programa Discapacidad, que genere la atención oportuna a las familias de los usuarios y el cumplimiento de las actividades planteadas en la tercera fase de esta sistematización.
- Generar procesos de evaluación y seguimiento socio familiares desde el área social para los usuarios inscritos en el programa.

### 3. FASE DEL ACTUAR

#### 3.1 Planes, Programa y Proyectos

**Proyecto 1:** Técnicas de intervención social con las familias del programa Discapacidad, de la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario del municipio de Envigado.

**Objetivo:** Desarrollar técnicas de intervención social que aporten al cuidado de la salud mental de las familias con personas con discapacidad.

**Justificación:** Las técnicas de intervención social desde Trabajo Social son importantes para el acompañamiento de las familias, porque permiten hacer lecturas personales de su relación con el entorno y su forma de ver y verse en la sociedad; además facilita la interpretación en relación con los demás y sus complejidades.

**Metodología:** Es participativa porque involucra las familias, los profesionales y la población en su entorno. Así mismo se trabaja con un grupo interdisciplinario a través de sus técnicas y estrategias, como también las del Trabajador Social.

Fecha	Actividad	Objetivo	Responsable	Recursos	Evaluación
Enero 12 de 2015	Atención general a las familias del programa Discapacidad.	Orientar a las familias sobre los servicios del programa Discapacidad.	Programa Discapacidad.	Hojas, esferos, sillas, un escritorio.	
	Estudio Socio familiar.	Conocer la estructura y	Trabajadora	Hojas de formatos de evolución de	



Enero 27 de 2015		dinámica familiar para el diagnóstico de las dificultades familiares.	Social.	usuarios y lapiceros, sillas, un escritorio, listado de asistencia.	
Febrero 12 de 2015	Intervención familiar.	Intervenir la problemática detectada en el estudio familiar.	Trabajadora social.	Lápices, hojas, sillas, un escritorio, listado de asistencia.	
Febrero 27 de 2015	Visitas domiciliarias a las familias del programa Discapacidad.	Determinar el contexto habitacional y las dinámicas de las familias de personas con discapacidad.	Trabajadora social.	Lápices, formato de visita domiciliaria, cámara fotográfica, transporte, listado de asistencia	
Marzo 12 de 2015	Taller de sensibilización sobre discapacidad visual para las familias del programa Discapacidad.	Fortalecer el acompañamiento familiar a las personas con discapacidad.	Programa discapacidad.	Espacio físico, video beam, computador, sillas listado de asistencia, cámara fotográfica.	
Marzo 27 de 2015	Taller de sensibilización sobre discapacidad auditiva para	Fortalecer el acompañamiento familiar a las personas con discapacidad.	Programa discapacidad.	Espacio físico, video beam, computador, sillas listado de asistencia, cámara	

	las familias del programa Discapacidad.			fotográfica.	
Abril 12 de 2015	Taller de formación y sensibilización sobre discapacidad mental y cognitiva para las familias del programa Discapacidad.	Aclarar dudas y diferencias a las familias frente a estas discapacidades.	Programa de discapacidad.	Espacio físico, video beam, computador, sillas listado de asistencia, cámara fotográfica.	
Abril 27 de 2015	Taller de sensibilización sobre discapacidad física para las familias del programa Discapacidad.	Fortalecer la dinámica familiar frente al acompañamiento de las personas con discapacidad.	Programa Discapacidad.	Espacio físico, video beam, computador, sillas listado de asistencia, cámara fotográfica.	
Mayo 12 de 2015	Taller de sensibilización sobre discapacidad múltiple para las familias del programa Discapacidad.	Aclarar dudas a las familias frente a la discapacidad múltiple.	Programa Discapacidad.	Espacio físico, video beam, computador, sillas listado de asistencia, cámara fotográfica.	
Mayo 27 de	Taller de preparación	Estimular en las personas con	Programa Discapacidad.	Espacio físico, sillas, listado de	

2015	ocupacional desde el programa Discapacidad para las personas con discapacidad.	discapacidad la funcionalidad de acuerdo a sus capacidades.		asistencia, cámara fotográfica.	
Junio 12 de 2015	Taller de preparación ocupacional para las familias desde el programa Discapacidad.	Reforzar el acompañamiento de las familias en los procesos de las personas con discapacidad.	Trabajadora Social y Programa Discapacidad.	Espacio físico, sillas, listado de asistencia, cámara fotográfica.	
Junio 27 de 2015	Taller de preparación ocupacional desde el programa Discapacidad para empleadores.	Sensibilizar el sector de empresas y comerciantes del municipio de Envigado, frente a la importancia de vincular laboralmente a las personas con discapacidad.	Programa Discapacidad.	Espacio físico, video beam, computador, sillas listado de asistencia, cámara fotográfica.	

Fuente del cuadro: construcción propia con base a las actividades realizadas

**Proyecto 2:** Caracterización de las familias con personas en situación de discapacidad inscritas en el programa Discapacidad.

**Objetivo:** Identificar tipologías familiares de los usuarios inscritos en el programa Discapacidad, teniendo en cuenta prácticas culturales y sociales (creencias religiosas, recreativas, educativas).

**Justificación:** Es importante desde Trabajo Social identificar las tipologías familiares que involucran a las personas con discapacidad, porque permiten entrever las relaciones con el entorno y de manera profesional se contribuye a la transformación de la situación mediante la participación de todos los integrantes de la familia sin aislarla del entorno social del que hace parte.

**Metodología:** Es formativa y participativa porque involucra las familias y un equipo interdisciplinario que profundizará en el tema de manera teórico – práctica.

Fecha	Actividad	Objetivo	Responsable	Recursos	Evaluación
Enero 12 de 2015	Creación de base de datos	Clasificar por grupos las diferentes discapacidades e identificar las prácticas culturales que favorecen a cada una de ellas.	Trabajadora social y programa de discapacidad.	Espacio físico, lápices, hojas, sillas, un escritorio, un computador.	
Enero 27 de	Conferencia sobre duelo y	Brindar herramientas	Psicólogo.	Espacio físico, video beam,	

2015	aceptación de la discapacidad.	para comprender la nueva situación dentro de la familia.		computador, una USB, sillas, listado de asistencia.	
Febrero 12 de 2015	Salida de campo con las familias separados de las personas con discapacidad.	Generar espacios de socialización de las diferentes prácticas culturales que tiene cada familia.	Trabajadora Social.	Lugar recreativo, transporte, refrigerios, cámara fotográfica, listado de asistencia	
Febrero 27 de 2015	Taller sobre independencia y autonomía.	Concientizar a las familias de la importancia del desarrollo de independencia en las personas con discapacidad.	Programa Discapacidad.	Espacio físico, video beam, computador, una USB, sillas, listado de asistencia.	
Marzo 12 de 2015	Staff para estudio de casos.	Trabajar casos de difícil manejo, con un grupo interdisciplinario para la toma de decisiones.	Equipo interdisciplinario.	Espacio físico, una mesa, sillas, hojas, lapiceros.	
Marzo 27 de 2015	Identificar las familias de mayor y menor experiencia en	Promover e incentivar en las familias de mayor experiencia	Programa Discapacidad.	Espacio físico, sillas, listado de asistencia.	

	el acompañamiento a personas con discapacidad.	como fuentes de soporte para las de menor experiencia.			
Abril 12 de 2015	Capacitar las familias con mayor experiencia, como soporte funcional en las familias que apenas inician con esta situación.	Motivar a las familias para realizar acompañamiento .	Trabajadora social	Espacio físico, sillas, listado de asistencia.	
Abril 27 de 2015	Encuentro de la familias inscritas en el programa Discapacidad.	Generar espacios de socialización de experiencias vividas por cada familia.	Programa Discapacidad	Espacio físico, sillas, cámara fotográfica, listado de asistencia.	
Mayo 12 de 2015	Creación de base de datos de las instituciones que trabajan con y para la discapacidad.	Orientar a las familias sobre otras instituciones de apoyo.	Programa Discapacidad.	Espacio físico, sillas, video beam, una USB, un computador, fotocopias del listado de instituciones, lapiceros, listado de asistencia.	

Mayo 27 de 2015	Campaña de reconocimiento para las familias que brinden un acompañamiento funcional.	Otorgar el reconocimiento como familia ejemplar en los procesos de acompañamiento a las personas con discapacidad.	Programa Discapacidad.	Espacio físico, video beam, cámara fotográfica, estatuillas de trofeos, sillas, un micrófono, refrigerios, listado de asistencia.	
Junio 12 de 2015	Clausura de los talleres anuales por parte de las personas con discapacidad.	Estimular la participación de las familias frente al avance o retroceso de las personas con discapacidad en los procesos de aprendizaje.	Programa Discapacidad	Espacio físico, cámara fotográfica.	
Junio 27 de 2015	Socialización de los resultados y expectativas para el año siguiente.	Identificar la matriz DOFA como mecanismo de mejoramiento.	Trabajadora social y programa Discapacidad	Espacio físico, silla, lápices, hojas de block, listado de asistencia.	

Fuente del cuadro: construcción propia con base a las actividades realizadas.

### **Proyecto 3:** Política Pública con las familias de personas con Discapacidad.

**Objetivo:** Incluir en la formulación de la política pública el acompañamiento profesional, a la salud mental y física de las familias y cuidadores de personas con discapacidad.

**Justificación:** Es fundamental que de manera legal quede establecido el acompañamiento a las familias y cuidadores de personas con discapacidad, porque así ellas podrán conocer y exigir sus derechos en aras de tener una mejor calidad de vida; además desde el Trabajo Social se ratifica la importancia de ser partícipes de este proceso, ya que contamos con los elementos y herramientas necesarias para contribuir a la formulación y cumplimiento de dicha política.

**Metodología:** Es participativa porque involucra las familias, un equipo interdisciplinario y población en general, quienes se empoderarán de manera articulada hacia un mismo objetivo.

Fecha	Actividad	Objetivo	Responsable	Recursos	Evaluación
Enero 12 de 2015	Convocatoria abierta en el municipio de Envigado para las familias con personas en situación de discapacidad.	Estimular la participación de las familias para el diseño de la política pública en Discapacidad.	Comunicadora social y programa Discapacidad.	Medios de comunicación, espacio físico, sillas, listado de asistencia.	
Enero 27 de 2015	Taller para las familias de personas con discapacidad sobre política pública.	Concientizar las familias de la importancia de participar en la formulación de la política	Invitado especialista en el tema.	Espacio físico, video beam, computador, una USB, sillas, listado de asistencia.	



		pública.			
Febrero 12 de 2015	Capacitar a las familias sobre sus derechos y los de las personas con discapacidad	Formar a las familias sobre los derechos y deberes de acuerdo a las leyes.	Invitado especialista en el tema.	Espacio físico, video beam, computador, una USB, sillas, listado de asistencia.	
Febrero 27 de 2015	Informar los mecanismos para acceder a la justicia (derecho de petición, acción de tutela).	Orientar a las familias para que ellas mismas realicen los mecanismos de accesos a la justicia.	Invitado especialista en el tema.	Espacio físico, video beam, computador, una USB, sillas, listado de asistencia.	
Marzo 12 de 2015	Promoción y divulgación de la política pública en Discapacidad.	Dar a conocer a la población municipal el proyecto de política pública (medios masivos de comunicación).	Programa Discapacidad y comunicadora social.	Medios de comunicación, espacio físico, sillas, listado de asistencia.	
Marzo 27 de 2015	Crear mesas de trabajo con las familias de personas con discapacidad.	Determinar las necesidades de las familias, con respecto al acompañamiento y las posibles	Programa Discapacidad.	Espacio físico, computador, una USB, sillas, hojas, lapiceros, listado de	

		soluciones que se puedan plasmar en el marco de la política pública de Discapacidad.		asistencia.	
Abril 12 de 2015	Crear mesas de trabajo con instituciones que trabajan con y para la discapacidad.	Identificar posibles soluciones desde las instituciones para el acompañamiento o integral a las familias de personas con discapacidad.	Programa Discapacidad.	Espacio físico, computador, una USB, sillas, hojas, lapiceros, listado de asistencia.	
Abril 27 de 2015	Crear mesas de trabajo con el Alcalde y los Secretarios de Despacho del Municipio de Envigado.	Determinar compromisos con cada una de las instancias, para el beneficio de las personas con discapacidad.	Programa Discapacidad.	Espacio físico, computador, una USB, sillas, hojas, lapiceros, listado de asistencia.	
Mayo 12 de 2015	Elaboración de la propuesta de política pública en Discapacidad	Incentivar a las familias para la redacción de la propuesta de política pública,	Familias de personas con discapacidad y programa Discapacidad.	Computador, internet, lápices, cuadernos, sillas, mesas,	

	por parte de las familias.	de acuerdo al diagnóstico obtenido en las mesas de trabajo.		espacio físico, listado de asistencia.	
Mayo 27 de 2015	Socialización de la propuesta ante el consejo municipal.	Socializar el contenido de la propuesta.	Programa Discapacidad.	Espacio físico, computador, una USB, sillas, hojas, lapiceros, listado de asistencia.	
Junio 12 de 2015	Implementación de la política pública	Planeación y ejecución de las actividades propuestas en la política pública.	Programa Discapacidad.	Espacios físicos, sillas, hojas, cámara fotográfica, listado de asistencia.	
Junio 27 de 2015	Rendición de cuentas a la población.	Evaluación semestral de la implementación de la política pública en Discapacidad.	Programa Discapacidad	Espacio físico, computador, una USB, sillas, esferos, listado de asistencia.	

Fuente del cuadro: construcción propia con base a las actividades realizadas.

## **4. FASE DE LA DEVOLUCIÓN CREATIVA**

### **4.1 Ensayo**

El proceso de aprendizaje en las prácticas profesionales, en el programa Discapacidad de la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario del municipio de Envigado, fue de gran aporte para la vida personal y profesional no sólo desde la parte teórica (aunque ha sido fundamental), sino también asumir la responsabilidad de enfrentarse a una realidad que como Trabajadora Social en formación es determinante. En este contexto, tenía un concepto muy vago sobre el tema de Discapacidad sin embargo, la experiencia ha generado mayores aprendizajes como; el rol del trabajador social en este campo, el aplicar los conocimientos previos e investigar minuciosamente sobre el tema para trabajar de manera acorde con dicha población que no es inherente en nuestra sociedad. En este mismo orden de ideas, cabe explicar que la función como practicante de Trabajo Social se ha enfocado en el acompañamiento a las familias de las personas con discapacidad, puesto que en el programa no se han establecido actividades que contribuyan al cuidado de la salud mental y física de las familias y cuidadores. Así entonces, teniendo en cuenta que

Asumimos la sistematización como una práctica investigativa con identidad propia y no un momento o fase de toda investigación como es común escuchar: la organización y análisis de información. Tampoco es una evaluación, pues su intención no es valorar el cumplimiento de lo planeado ni su impacto, sino recuperar los saberes y significados de la experiencia para potenciarla. González, y Carrillo, (S.F)

He de resaltar, que la experiencia así como lo afirmo inicialmente resulta significativa porque las diferentes situaciones a las que se debe enfrentar el trabajador social día a día en este campo pueden ser inesperadas sin embargo, esto no quiere decir que sea algo negativo, todo lo contrario

es un punto a favor para el profesional puesto que se le exige que sea una persona dinámica, responsable y atenta a cualquier situación que pueda cambiar; además, los resultados trascienden a una mayor importancia para la institución universitaria como para la agencia de práctica.

Ahora bien, los autores (St-Arnaud y Alexandre L'hotellier) exponen que “el procedimiento praxeológico intenta reducir las fronteras (dualistas o de otro tipo), puede servir donde se desee aplicarlo”. Asimismo, Juliao Vargas explica que

La praxeología se entiende como un discurso (logos) construido después de una seria reflexión, sobre una práctica particular y significativa (praxis); como un procedimiento de objetivación de la acción, como una teoría de la acción. Por dicho planteamiento, es indispensable que en la práctica se hace necesario tener claridad sobre el contexto en el que se desenvuelve, el funcionamiento y del proceso social que se implementa para el adecuado desarrollo del proyecto de intervención “todo esto con el fin de acrecentar su pertinencia y su eficacia liberadora”. (Vargas, 2011)

En concordancia con los anteriores autores que hablan sobre la praxeología cabe resaltar que este enfoque ha sido de gran ayuda porque, por medio de las fases que plantea el padre Juliao en el libro “El enfoque praxeológico” se ha adquirido más conocimiento sobre dicho tema, mediante un exhaustivo análisis sobre las situaciones a las que se ven sometidas las familias y cuidadores día a día. Igualmente, el padre Juliao expone que “desde un enfoque práctico, esto implica promover que todos los integrantes de una comunidad logren una comprensión de sí mismos, dejando la idea de que el mundo o su lugar en él son realidades establecidas, determinadas o inalterables”. (Vargas, 2011)

Por lo anterior se manifiesta que, como Trabajadora Social en formación llama mucho la atención, que la mayor parte de las familias y cuidadores muestran la tendencia de dejar a un lado sus sueños, ilusiones y su proyecto de vida, para dedicar de una manera comprometida la mayor parte de su tiempo para hacerle acompañamiento a las personas con discapacidad, sumado a ello, es posible que las familias no busquen o encuentren un acompañamiento profesional que pueda mitigar el shock o situación traumática, en el que la persona y sus familias entran en el momento de adaptarse a esa nueva vida o condición de discapacidad. Por consiguiente, se sustenta lo anterior de acuerdo a lo expuesto por el autor Juliao en el siguiente párrafo “los participantes de una comunidad tienen vidas que se desarrollan en la cotidianidad presente y que requieren llenarse de sentido, construyendo un puente entre su pasado y su futuro. Pero este sentido requiere de la presencia de los otros para manifestarse” (Vargas, 2011, p. 29). De acuerdo con lo expresado por el autor, se confirma la importancia del quehacer del Trabajador Social en el programa Discapacidad, puesto que desde nuestra formación como profesionales tenemos los fundamentos teóricos y las técnicas necesarias para contribuir a que estas familias puedan tener una mejor calidad de vida.

Ahora bien, la sistematización como guía en la práctica profesional contribuye considerablemente en ampliar los conocimientos teóricos mediante el exhaustivo rastreo bibliográfico y adquirir la experiencia necesaria, que hacia futuro permitirá una retroalimentación con las familias, el programa Discapacidad y las prácticas en Trabajo Social, generando datos que pueden ser utilizados como base de referencia para implementar estrategias de intervención y que posibilitan a su vez mayor seguridad en la toma de decisiones de forma asertiva.

Por otra parte, es pertinente traer a colación el argumento de E. Kant (1966) citado por Vargas, (2011, pág. 29) otro pensador de la razón práctica quien explica que; la educación difícilmente puede ir separada de un deseo de progreso hacia una mayor perfección y una mayor felicidad. Por eso, cuando un profesional, tratando de resolver y comprender una situación problemática, se esfuerza por observar el efecto de sus propias acciones y prácticas, para mejorarlas en el momento de volverlas a realizar, se convierte en lo que Donald Schön (1998) llama un profesional reflexivo. Es así como se hace innegable que desde la formación profesional que ofrece la Corporación Universitaria Minuto de Dios y conforme al compromiso de cada estudiante se hace énfasis en ser profesionales reflexivos, con pensamientos críticos, de mente abierta y profundizar el conocimiento más allá de lo que muestra la realidad del contexto actual.

Para concluir, se manifiesta que por medio de la práctica en el programa Discapacidad y el desarrollo de esta investigación queda como experiencia gratificante el conocimiento de nuevos autores, la oportunidad de estar en otros contextos que aportaron de forma positiva en el proceso de formación permitiendo interpretar la realidad social desde una postura profesional, crítica y reflexiva; además el poder trabajar de manera articulada con otros profesionales integrando equipos interdisciplinarios para el desarrollo de diversas actividades y sobre todo poder tener y disfrutar la primera experiencia como profesional con una población que me gusta y en un campo que me entusiasma como lo es Discapacidad y Familia.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alex. (8 de diciembre de 2008). *Blogspot Tipologías familiares*. Recuperado el 10 de Marzo de 2014, de <http://alexffmm.blogspot.com/>
- Alonso, A. R. (S.f). *Formas, Cambios y Tendencias en la Organización Familiar en Colombia*. S.I.
- Alonso, M. A. (S.f). *La concepción de Discapacidad en los modelos Sociales. ¿Que significa la Discapacidad hoy? Cambios conceptuales*, (págs. 1-17). S.I.
- Andina, B. (13 de Octubre de 2013). *Archivos diarios, descripción de algunas emociones*. Recuperado el 12 de junio de 2014, de <http://dilmitadotorg.wordpress.com/2013/10/13/>
- Angel, L. E. (2004). *La Familia en Colombia Transformaciones y Prospectiva*. Bogota: Facultad de Ciencias Humanas, Centro de Estudios Sociales CES.
- Antioquia, P. d. (SF). *Saluda*. Obtenido de <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/BibliotecaProgramas/ProgramaSalud/Secciones/aFondo/A%20Fondo/Colombia%20no%20goza%20de%20una%20pol%C3%ADtica%20clara%20para%20la%20discapacidad>
- Asamblea de las Naciones Unidas. (23 de Septiembre de 2013). *Naciones Unidas*. Obtenido de <http://www.un.org/es/ga/68/meetings/disability/>
- Aula Abierta . (2014). *Aula abierta una ventana abierta a la diversidad*. Obtenido de <http://aulaabierta.edu.co/quienes-somos>
- Bazan, A. M. (14 de junio de 2013). *¿Como afronta la familia los problemas de salud mental?* Recuperado el 8 de Abril de 2014, de Mentalia puerto: <http://mentaliapuerto.com/como-afronta-la-familia-los-problemas-de-salud-mental/>
- Baztan, A. (1999). *Técnicas prácticas de intervención Psicosocial- caja de herramientas*. Recuperado el 10 de Marzo de 2014, de <http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/CajadeHerramientas.pdf>



- Benavente, A., Clemente, M. V., Diaz, C., Jimenez, R., Perez, C., Rodriguez, M. A., y otros. (2005). *Organización y funcionamiento del Trabajo Social en la red de atención a la salud mental*. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud.
- Campo, J. A., Muñoz, S. C., & Roman, M. S. (S.f). Síndrome de Prader -Willi.
- Carballeda, A. J. (2012). *La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas*. margen 65.
- Carrizalez, D. M., González, E. Y., Gil, R. M., & Luque, A. G. (2013). *Crianza y discapacidad: una visión desde las vivencias y relatos de las familias en varios lugares de Colombia*. Colombia: Universidad Pedagógica Nacional.
- Comunitario, T. S. (2014). *Blog diseñado para apoyar el proceso de aprendizaje de estudiantes de Trabajo Social*. Recuperado el 10 de Marzo de 2014, de <http://tscomunitario.blogspot.com/2010/04/paradigmas-de-la-intervencion-social.html>
- Conafe. (2010). *Discapacidad Motriz, Guía didáctica para la inclusión educativa inicial y básica*. Mexico.
- Corbella, M. B. (2005). Calidad de vida familiar: La familia como apoyo a la persona con parálisis cerebral. En *Intervención Psicosocial* (págs. 325-341).
- Del barrio del campo, J. A., Castro Zubizarreta , S., & San Román Muñoz, M. (S.f). Síndrome de Prader- Willi . En S.n. S.l.
- Desarrollo, D. d. (S.F). *Universidad del País Vasco*. Recuperado el 1 de Junio de 2014, de <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/132>
- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J., & Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión . *Psicotherma* , 286-294.
- Díaz, D., Blanco, A., Valle, J., & y Horcajo, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicotherma*, 286-294.
- Discapacidad, B. d. (2014). Base de Datos del Programa Discapacidad, de la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario de Envigado. Envigado, Antioquia, Colombia.

- Equipo de Trabajadoras Sociales USM, U. U. (2001). *Intervención del/la Trabajador/a Social en las Unidades de Apoyo de Salud Mental*. Recuperado el Abril de 2014, de [http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion\\_del\\_TSS\\_unidades\\_de\\_salud\\_mental.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion_del_TSS_unidades_de_salud_mental.pdf)
- española, D. d. (2005). *WordReference.com*. Recuperado el 12 de junio de 2014, de <http://www.wordreference.com/definicion/estr%C3%A9s>
- Fernandez, N. G., & Quezada, M. U. (S.F). Síndrome de Williams.
- Ferrer, B. M., Ruiz, D. M., & Ochoa, G. M. (S.f). *Formas familiares y procesos migratorios actuales: nuevas familias en la sociedad de la globalización*. Universidad Pablo de Olavide.
- Fierro, A. (2004). Ponencia en el Congreso Internacional de Psicología "¿hacia donde va la Psicología?". *Salud mental, Personalidad sana, Madurez personal* (págs. 1-16). Santo Domingo: Universidad de Málaga.
- Gomez, F. G. (S.f). *El Trabajo Social Clínico*. Madrid: E.U.T.S de la Universidad Complutense de Madrid.
- González, L. C., & Carrillo, A. T. (S.F). *La sistematización como experiencia investigativa y formativa*. Colombia.
- Heler, M. (2005). La producción del conocimiento en el Trabajo Social: revisión crítica de sus condiciones de posibilidad. *La investigación en Trabajo Social en el contexto latinoamericano* (pág. 13). Paraná: [http://www.fts.uner.edu.ar/academica/ccs/archivos/catedras/1er\\_cuatrimestre\\_2009/CSeIP/CSeIP\\_La\\_produccion\\_del\\_conocimiento\\_en\\_TS\\_Mario\\_Heler.pdf](http://www.fts.uner.edu.ar/academica/ccs/archivos/catedras/1er_cuatrimestre_2009/CSeIP/CSeIP_La_produccion_del_conocimiento_en_TS_Mario_Heler.pdf).
- Juliao Vargas, C. G. (2011). El enfoque praxeológico. En C. G. Vargas, *El enfoque praxeológico* (pág. 29). Bogotá: Corporación Universitaria Minuto de Dios.
- Lexicoon. (S.F). *Lexicoon*. Recuperado el 12 de Junio de 2014, de <http://lexicoon.org/es/cansancio>

- Maria, & Olga, y. (2014). *Blog Igualdad para todos*. Recuperado el 10 de Marzo de 2014, de <http://igualdadparatodos.wordpress.com/significado/>
- Mendoza, F. M. (2004). Las relaciones entre Trabajo Social y Salud Mental: un recorrido histórico. *XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social* (págs. 1-24). San Jose, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Mental, A. A. (S.F). Discapacidad Mental. 75-92.
- Mental, A. A. (S.F). Discapacidad Mental. 75-92.
- Mexico, U. N. (2014). *Escuela Nacional de Trabajo Social*. Recuperado el 5 de Marzo de 2014, de <http://www.trabajosocial.unam.mx/queestsocial.html>
- Minuchin, S., & Fishman, C. H. (2004). *Técnicas de Terapia Familiar*. Salvador: Paidós SAICF.
- Moratalla, A. D. (S.F). *mercaba*. Recuperado el 1 de Junio de 2014, de <http://www.mercaba.org/DicPC/H/hermeneutica.htm>
- Moreno, E., & Moriana, J. A. (3 de Enero de 2013). *Consejo General de la Psicología de España*. Recuperado el 16 de marzo de 2014, de [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=4266](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4266)
- Muriel Bazán , A. (14 de Junio de 2013). *¿Como afronta la familia los problemas de salud mental?* Obtenido de Mentalia Puerto : <http://mentaliapuerto.com/como-afronta-la-familia-los-problemas-de-salud-mental/>
- Palabras y vida . (S.f). *Palabras y vida*. Obtenido de <http://palabrasyvidas.com/la-palabra-nosograf%C3%ADa-significa.html>
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de Discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Grupo editorial CINCA.
- Pellón, E. G. (S.f). Antropología de la familia y del parentesco. En *Introducción a la antropología social y cultural* (págs. 1-28). Universidad de Cantabria.

Portalparejas. (22 de Noviembre de 2012). *Globedia, el diario colaborativo*. Recuperado el 21 de marzo de 2014, de <http://co.globedia.com/superando-depresion-relaciones-pareja>

Programa de Salud de la Universidad de Antioquia. (S.f). *Saluda*.

Ramirez, J. M. (2014). Recuperado el prr. 4 , de <http://www.envigado.gov.co/AsiesEnvigado/Lists/Informacion%20general/nDispForm.aspx?ID=28>

Ramirez, J. M. (2014). Obtenido de <http://www.envigado.gov.co/NuestraAlcaldia/Lists/Nuestro%20Alcalde/DispForm.aspx?ID=3&source=/NuestraAlcaldia/Paginas/NNuestroAlcalde.aspx>

Ramirez, J. M. (S.f). *pagina web de la Alcaldia de Envigado*. Recuperado el fere de 2014

Republica, C. d. (27 de febrero de 2013). Recuperado el 5 de Marzo de 2014, de [http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_1618\\_2013.htm](http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1618_2013.htm)

Restrepo, H. L. (2012). *Plan de Desarrollo Municipal de Envigado*. Envigado.

Richmond, M. (1922). *Trabajo Social en el campo de la salud mental*. <http://www.diporets.org/publicaciones/LIBRO1.pdf>.

Robles, C., & Di Liseo, L. (2012). El concepto de familia y la formación académica en Trabajo Social. *Revista debate público reflexión de Trabajo Social*, 43-53.

Rodriguez, C. C. (S.f). *El concepto de Discapacidad.Una revisiòn de las propuestas de la OMS*. España.

Rodriguez, J. M. (2011). Revista de Trabajo Social y Acciòn Social. En C. P. Social, *La conciencia de Trabajo Social en Discapacidad: hacia un modelo de intervenciòn social basado en derechos* (págs. 9-33). Malaga: Colegio Profesional de Trabajo Social de Màlaga.

Rueda, I. M. (S.f). *Calidad de vida de las familias con hijos/as con discapacidad intelectual en el país vasco*. Bizcailab.

- Jorge Mesa Ramirez. (S.f). Recuperado el 20 de febrero de 2014, de Pagina web de la Alcaldia de Envigado:  
<http://www.envigado.gov.co/AsiesEnvigado/Lists/Informacion%20general/nDispForm.aspx?ID=28>
- Salud, O. M. (2011). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado el 10 de Marzo de 2014, de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Salud, O. M. (Diciembre de 2013). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado el 10 de Marzo de 2014, de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Salud, O. M. (Agosto de 2014). *Organizaciòn Mundial de la Salud*. Recuperado el Septiembre de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
- Schalock, D. R. (18-20 de Marzo de 1999). *Universidad de Salamanca*. Obtenido de <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada3/actas/conf6.pdf>
- Tomas, E. (30 de Diciembre de 2010). Los 25 tipos de familia y sus características. *Psicoasesor*.
- Torres Carrillo , A. N. (1999). *Técnicas prácticas de intervención psicosoial - caja de herramientas* . Obtenido de <http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/CajadeHerramientas.pdf>
- Trullenque, E. M. (2010). *El trabajo Social en Salud Mental*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- Ulises, T. (Diciembre de 2010). *El Psicoasesor*. Obtenido de <http://elpsicoasesor.com/los-25-tipos-de-familia-y-sus-caracteristicas/>
- UNICEF. (2003). *Nuevas formas de familia perspectivas nacionales e internacionales*. Montevideo, Uruguay: Universidad de la Republica.
- Valencia, M. C. (2009). *Los cambios y transformaciones en la familia. una paradoja entre lo sólido y lo liquido*.
- Vargas , I. (S.f). *Familia y ciclo vital familiar*. Obtenido de <http://www.actiweb.es/yaxchel/archivo1.pdf>

## ANEXOS

## A. Estado del arte

<b>Categoría: Trabajo Social</b>			
<b>Autor</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Bibliografía De Autores</b>
Alfredo Carballeda	La intervención en lo social, exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales.	Nuevas formas de intervención en lo social que contemplen la articulación entre el Estado, el mercado y las formas actuales que asume la ciudadanía.	Heler, Mario. Filosofía Social y Trabajo Social. Editorial Biblos. Buenos Aires 2002.  Carballeda , Alfredo Juan Manuel .Salud mental y Cuestión Social. Una mirada desde la Intervención. Ponencia en Jornadas Nacionales de Salud Mental. Mendoza. 2005.  Castel, Robert. La metamorfosis de la cuestión social. Editorial Paidós. Buenos Aires .1997
Ana Marcela Bueno Profesora del programa Trabajo Social Universidad de La Salle, Colombia.	Producción de conocimiento sobre investigación en Trabajo Social.	Evidenciar los avances que se han dado desde hace ya varias décadas sobre construcción disciplinar en Trabajo Social y que han generado retos, aún pendientes, a profesionales y académicos.	Acero, Cándida. 1988. “La investigación en Trabajo Social”. Cuadernos del Trabajo Social I:35-46. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.  Ander-Egg, Ezequiel. 1990. Investigación y diagnóstico para el Trabajo Social. Buenos Aires: Humanitas.  Erstad Inger, Helen. 2002. “La investigación en la práctica del Trabajo Social. La experiencia como fuente de conocimientos”. Cuadernos de Trabajo Social 10: 413-425. Alicante: Universidad Alicante/ Escuela Universitaria de Trabajo Social.
Freddy Esquivel	Aportes para la enseñanza de la	Destacar algunos de los principales cambios en el	

Corella Profesor de la Escuela de Trabajo Social Universidad de Costa Rica	naturaleza del trabajo social: una experiencia en Costa Rica	estudio y enseñanza de Trabajo Social en América Latina, así como sus implicaciones en la investigación y la formación profesional, tomando la experiencia de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica.	
Maria Cristina Melano, Jean- Pierre Deslauriers	El Trabajo Social latinoamericano: elementos de identidad		
Aylwin A., Nidia	Trabajo Social familiar	Esta obra abarca el desarrollo histórico del trabajo social, sus bases conceptuales y también las estrategias de intervención	
Fabiana Mariela Mendoza Lic. en Servicio Social, Especialista en Salud.	Las relaciones entre trabajo social y salud mental: un recorrido histórico	Abordar los aspectos centrales analizados respecto de la modalidad de atención en salud mental y al Trabajo Social como una de las profesiones inscriptas en la misma, desde una perspectiva histórica.	GRASSI, Estela. La mujer y la profesión de asistente social. El control de la vida cotidiana. Humanitas, Buenos Aires, 1989.-  OLIVA, Andrea. Los recursos en la intervención profesional del Trabajo Social. Documento de Trabajo. Grupo de Investigación y Acción Social. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Tandil, 2003.-  SIEDE, María Virginia. Intervención profesional y conflicto social. Ponencia presentada en Buenos Aires, 2002.
Dirección General de Atención Sociosanitaria y	Organización y funcionamiento del Trabajo	Desarrollará una atención directa o asistencial y una atención programada	A. Ituarte Tellaeche "Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico" Editado por Siglo XXI. Colección Trabajo Social nº 2. 1995. Madrid.

<p>Salud. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios</p>	<p>Social en la red de atención a la Salud Mental.</p>	<p>con la metodología de factores de riesgo, por lo que su intervención con individuos y familias va desde la detección del riesgo social hasta la finalización y/o derivación de la problemática.</p>	<p>C. Gómez Lavin, R. Zapata García. "Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social. Ediciones Eunarte. 2.000. Navarra.</p> <p>E. Aymerich i Boltá. "La atención a las familias". Revista Trevall Social nº 145. marzo 1997</p> <p>Monográfico El Trabajo Social en Salud Mental. Revista Trabajo social Hoy nº 28. Editada por el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo social Madrid primer semestre 2000.</p>
<p>Mary Richmond. 1922</p>	<p>TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL.  La práctica del trabajo social y el despliegue de sus condiciones de posibilidad en el campo de la salud mental</p>	<p>Presentar algunos rasgos imprescindibles para la intervención, o si se quiere, algunas invarianzas, que desde el trabajo social se observan en el campo de la salud mental y en especial en la intervención en ese campo.</p>	<p>MENDEZ, R. "El diagnóstico en Trabajo Social" en Revista Servicio Social Tribuna Libre Nº8. Buenos Aires.1994.</p> <p>FOUCAULT, M. "Enfermedad mental y Personalidad". Buenos Aires. Paidos. 1961.</p> <p>ENRIQUE DI CARLO y EQUIPO. "La comprensión como fundamento de la Investigación Profesional". Mar del Plata. Humanitas. 1995.</p>
<p>MISSTSOCIAL Impresiones de una trabajadora social y psicóloga en potencia.</p>	<p>Trabajo Social en Salud Mental.</p>	<p>Incorporar el factor social de los problemas de salud mental, colaborando en la continuidad de los cuidados, aportando los recursos necesarios para la integración y reinserción social de la persona.</p>	<p>Garcés Trullenque, E.Mª. (2010) El trabajo social en salud mental. <i>Cuadernos de Trabajo Social</i>, (23), 333-352. Universidad de Zaragoza.</p>
<p>Eva María Garcés Trullenque</p>	<p>El Trabajo Social en Salud Mental</p>	<p>El trabajo social en salud mental depende, de lo que seamos capaces de emprender para adecuarnos a los nuevos tiempos, en definitiva de nuestro compromiso profesional.</p>	<p>Barg, L. 2006. Lo interdisciplinario en salud mental. Niños, adolescentes, sus familias y la comunidad. Buenos Aires: Espacio Editorial.</p> <p>Fernandez, X. 1997. "La supervisión del trabajo social en salud mental". RTS 145: 48-58.</p>



			Garcés, E. 2007. “La especificidad del trabajador social en salud mental ¿un rol reconocido?”. Revista de Trabajo Social y Salud 56: 309-332
<b>Categoría: Salud Mental</b>			
Carmelo Vázquez Gonzalo Hervás	Capítulo publicado en Vázquez, C. y Hervás, C. (2008). Psicología Positiva aplicada (pp. 17-39). Bilbao: Desclee de Brower.	Desarrollar intervenciones que promuevan el bienestar de las Personas.	Costa, M. y López, E. (2006). Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling. Madrid: Pirámide.  Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J. y Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. Psicothema, Vol. 19 (2), 286-294  Frankl, V. (1946/2004). El hombre en busca de sentido. Herder: Barcelona. Freud, S. (1895/1979) Estudios sobre la histeria. En: S. Freud. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.
Alfredo Fierro Universidad de Málaga	Salud Mental, Personalidad Sana, Madurez Personal Ponencia en el Congreso Internacional de Psicología “¿Hacia dónde va la Psicología” Santo Domingo, 3-5 septiembre 2004	Poner orden en algunas ideas y evidencias que contribuyen a precisar qué se entiende por salud mental y por personalidad psicológicamente sana, madura.	Fierro, A. (1996). Manual de Psicología de la personalidad. Barcelona: Paidós, cap. 4º.  Foucault, M. (1990). Tecnologías del yo. Barcelona: Paidós.  Kanfer, F. H. y Goldstein, A.P. (1993). Cómo ayudar al cambio en psicoterapia. Bilbao: Desclee de Brouwer.  Seligman, M. E. P. (1995). No puedo ser más alto, pero puedo ser mejor. Barcelona: Grijalbo.
			Teorías de la personalidad – Jess y Gregory j Feist

Christian Chaler	La Salud Mental Psicología y psiquiatría		La estructura de la personalidad – Prof. Dr Philipp Lersch  Conducta antisocial, un enfoque psicológico – Arturo Silva  Intervenciones psicológicas en la prevención y atención a la dependencia – Ignacio Montorio Cerrato – Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid
José Luis Alvaro <i>Universidad Complutense de Madrid</i>	Román Reyes (Dir): Diccionario Crítico de Ciencias Sociales		Alvaro, J. L.; Torregosa, J. R. y Garrido Luque, A. (1992). Influencias Sociales y psicoplogicas en la salud mental. Siglo XXI  González de Pablo, A.; Arrizabalaga, J.; Arquiola, E.; Martínez, J.; Huertas, R. y Montiel, L. (1993). "La locura y las enfermedades mentales en la Historia". <i>Historia 16</i> . Madrid.  Tusquets, J.L. y M.J. Murcia, M.J. (1988). <i>Enfermedad mental y entorno urbano. Metodología e Investigación</i> . Anthropos. Barcelona
Perry, Philippa, 1957	Cómo estar mentalmente equilibrado	Todo el mundo acepta la importancia de la <b>salud</b> física; sin embargo, ¿no deberíamos dar la misma importancia a su equivalente <b>mental</b>	Sierra Agudelo, Gloria Lucía Familia, crianza y salud mental : funciones y disfunciones del contexto familiar contemporáneo / compiladora Gloria Lucía Sierra Agudelo García Caro, Patricio Cuidado psiquiátrico en casa : salud mental con entorno familiar  Pallarés, Miguel , 1948- Emociones y sentimientos : dónde se forman y cómo se transforman / Miguel Pallares
Eliana Moreno y Juan Antonio Moriana. Universidad de Córdoba	Los problemas de la salud mental en atención primaria. Un análisis de la	Analizar las características de las demandas de los pacientes y de las intervenciones ofrecidas por una muestra de médicos de familia, para tratar este	“insistir en una visión de la depresión como enfermedad y ofrecer como alternativa los psicofármacos es un error”- Entrevista a Jorge Barraca.  La terapia cognitivo-conductual es más eficaz y eficiente que los fármacos para el tratamiento de la ansiedad y depresión.

	demanda y de la percepción de los médicos de familia.	tipo de problemas y su percepción sobre los mismos.	
Calabuig Pablo, J. Fernández Sáiz, M. J. González Muñoz, R. A. Serrano Escartín, R. M.	Atención de enfermería a las familias con enfermos mentales	Ofrecer a las personas una serie de consejos sobre dicha enfermedad, intentando que les sea más sencillo el convivir y tratar este tipo de enfermo.	Macías Gutiérrez, B. E.; Arocha Hernández, J. L.: "Salud pública y educación para la salud". ICEPSS Editores S.L. Las Palmas de Gran Canaria. 1996.  Garcés Ferrer, J.; Martínez Román, M. A.: "Necesidades colectivas y servicios sociales". Alicante. 1992.
Blogs, Mentalia Puerto	¿Cómo afronta la familia los problemas de salud mental?	La familia necesita tomarse su tiempo , apoyarse en profesionales de salud mental y poder ofrecer una ayuda adecuada a la situación de su familiar y mejorar la calidad de vida e integración social.	La familia del enfermo mental: la otra cara de la psiquiatría  Gradillas, Vicente  Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral de trastorno mental severo  Gisbert, Cristina
Informe de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud y la Universidad de Melbourne.	Promoción de la salud mental.	Fomentar actividades en el campo de la salud mental, especialmente aquellos que viven en armonía con las relaciones humanas.	Albee GW, Gullotta TP (1997). Trabajos de prevención primaria. Thousand Oaks, Sage Publications.  Goodman RM, Steckler AB (1987). Un modelo de institucionalización de los programas para la promoción de la salud. Salud de la Familia y la Comunidad, 11:63-78  Jenkins R, Lehtinen V, Lahtinen E (2001). Perspectivas emergentes sobre salud mental. Publicación Internacional de Promoción de la Salud Mental, 3 (1):25-43
Nelson Ardón- Centeno Andrés Cubillos-	La salud mental: una mirada desde su	Hacer un análisis de la aplicación y de la evolución de dichas normas, realizar un	República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Guía para la planeación del componente de salud mental en los planes territoriales de salud; 2005.

Novela	evolución en la normatividad Colombiana. 1960-2012	seguimiento de los avances logrados y las diferentes perspectivas bajo las cuales se ha abordado esta legislación.	Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaración sobre los problemas éticos de pacientes con enfermedades mentales. París: Asociación Médica Mundial; 1995.  Organización Panamericana de la Salud (OPS). Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas, Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C; 2006.
--------	--	--	--

### Categoría: Familia

Claudio Robles y Lía Di Ieso	El concepto de familia y la formación académica en Trabajo Social	conceptualizar las categorías familia, representación social y habitus	De Jong, E.; Basso, R.; Paira, M. (comp.) (2001). La familia en los albores del nuevo milenio. Espacio Editorial. Buenos Aires.  Robles, C. (2004). La intervención pericial en Trabajo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires.  Jelin, E. (1994). "Familia: crisis y después..." En Wainerman, Catalina H. (comp.) Vivir en Familia. UNICEF-Losada. Buenos Aires.
María Jose Escartin Caparros Profesora de Trabajo Social EUTS de Alicante	El Sistema Familiar y el Trabajo Social		S. Minuchin: Técnicas de Terapia familiar, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1988.  J. A. Ríos González: Orientación y Terapia familiar, Fund. Inst. Ciencias del Hombre, Madrid, 1984.  M. Walters y P. Papp: La red invisible, Paidós, Buenos Aires, 1991.  S. de Shazer: Pautas de Terapia familiar breve, Paidós, Buenos Aires, 1987.  Watzlawick: Cambio, Herder, Barcelona, 1976.
Carlos Eroles	Familia y	Rescatar mucho de lo bueno	

	Trabajo Social	que se ha elaborado sobre la metodología de intervención y que puede ser utilizado para el trabajo con familias.	
Hesley Andrea Parra Bolívar Universidad de Antioquia Medellín 2005	Relaciones que dan origen a la familia	La gran variedad de tipos de familia que actualmente existen en la sociedad, dificulta la elección de una definición única y general.	F. Engel. "El Origen de la Familia, La Propiedad y el Estado". Panamericana, 1993 Maria Cristina Escudero Alzate. "Procedimiento de Familia y del Menor", editorial Leyer, 11ª edición.  Gutierrez de Pineda Virginia; "Familia y Cultura en Colombia" Universidad de Antioquia; 402 Pág.  Elizabeth Jelin, "Familia Y Unidad Domestica; Mundo público y vida Privada", CEDES, Argentina, Pag. 44.
Eloy Gómez Pellón	Antropología de la familia y del parentesco	Los conceptos de matrimonio y de familia, al igual que el de parentesco, están sujetos en la actualidad a un complejo debate.	Buchler, I. [1980]. (1981). Estudios de parentesco. Barcelona: Anagrama.  Flandrin, J. L. [1976]. (1979). Orígenes de la familia moderna. Barcelona: Grijalbo.  Segalen, M. [1987]. (1992). Antropología histórica de la familia. Madrid: Taurus.
Xiomara Rodríguez, Francis Araque, Elkis Salazar  Escuela de trabajo social de la Universidad del Zulia. Venezuela	Nociones de familia en el discurso de profesionales de Trabajo Social en espacios escolares.	Reflexionar sobre la noción de familia que circula en el sistema educativo como producto del discurso de la modernidad.	DE JONG, E. (2001) "Trabajo Social, familia e intervención" en La familia en los albores del milenio, Editorial Espacio, Buenos Aires, 2001, pp. 2-20.  EROLE, C. Familia y Trabajo Social, Editorial Espacio, Buenos Aires, 1998. Págs. 130-172  VIDAL, F. El devenir de la familia. Artículo disponible en <a href="http://www.psicoterapeutas.org/devenir.htm">http://www.psicoterapeutas.org/devenir.htm</a> , 2000.
Ligia Echeverri Ángel.	La familia en Colombia,	Análisis de los cambios contextuales e institucionales	Martin, Jesùs, Lopèz de la Roche, Fabio y Jaramillo, Jaime Eduardo. (eds.) cultura y globalización. Santafè de Bogotà:

	transformaciones y prospectiva	del país y sus consecuencias sobre la estructura y funciones del sistema familiar Colombiano.	Centro de Estudios Sociales, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia, 1999.
Enciclopedia Británica en Español, 2009	La familia: concepto, tipos y evolución	Definiciones de familia y su historia.	Estrada, L. (2003). El ciclo vital de la familia, México: Grijalbo  Organización Mundial de la Familia (1988). Vuelve la Familia. Congreso Internacional de la Familia, Encuentro. ISBN 9788474902105.
Dra. Ingrid Vargas	Familia y Ciclo Vital Familiar.	Resumen de las definiciones de y conceptos sobre familia.	Loayssa Lara. Dinámica Familiar. Una familia en formación con muchas dificultades. Medifam. Vol. 11 No. 7. Madrid. Julio, 2001. pp 399-404.  Marcelo Rodríguez Ceberio Viejas y nuevas familias. La transición hacia nuevas estructuras familiares. INTERPSIQUIS. 2006; (2006).  Belart A, Ferrer M. El ciclo de la vida. Una visión sistémica de la familia. Bilbao: Desclée De Brouwer, 1999.
UNICEF- UDELAR	Nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales.	Mientras en los países industrializados los cambios en la familia han sido extensamente estudiados, en América Latina la investigación sobre este tópico es aún incipiente; en parte porque se trata de un tema relativamente nuevo y escasamente priorizado en relación a otros temas de investigación....	Bucheli, M., Vigorito, A. y Miles, D. (1999) un análisis dinámico de la toma de decisiones de los hogares en América Latina. El caso uruguayo, ponencias de las jornadas del Banco Central, Montevideo.

### Categoría: Personas Con Discapacidad

Carlos Egea García	Algunas reflexiones tras el año europeo de las personas con discapacidad.		<p>INE, "Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999". INE 2001. A esta encuesta se la conoce, de forma abreviada, como EDDDES 1999.</p> <p>Consejería de Trabajo y Política Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. "Plan Regional de Acción Integral para Personas con Discapacidad 2002 - 2004", más conocido como PRAID. Una versión en la Web de este Plan se puede encontrar en: <a href="http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/lex/PRAID.pdf">http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/lex/PRAID.pdf</a></p> <p>Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Esta ley comienza a ser conocida por LIONDAU.</p>
Miguel Ángel Verdugo Alonso	La concepción de discapacidad en los modelos sociales.		<p>Barnes, C. (1998). Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental. En L. Barton (Ed.), Discapacidad y sociedad (pp. 59-76). Madrid: Morata/Fundación Paideia.</p> <p>Oliver, M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En L. Barton (Ed.), Discapacidad y sociedad (pp. 34-58). Madrid: Morata/Fundación Paideia</p> <p>Barton, L. (Comp.) (1998a). Discapacidad y sociedad. Madrid: Morata/Fundación Paideia. [Original en inglés en 1998: Disability and society: emerging issues and insights. London: Addison Wesley Longman]</p>
Elisabet Geva López Universitat de	De la discapacidad a la participación	Potenciar y ofrecer espacios de participación social al colectivo de personas con	Adroher, S. (Coord) (2004) Discapacidad e integración: familia, trabajo y sociedad. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias

Barcelona	social: un compromiso como ciudadanos	discapacidad intelectual, a partir de un trabajo de autodeterminación de las mismas.	y Discapacidad. Insero. Universidad Pontificia, Comillas. Madrid.  Organización Mundial de la Salud (2001) Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud; CIF.  Payá, M. (1997). Educación en valores para una sociedad abierta y plural: Aproximación conceptual. Ed. Desclée de Brouwer.
Marta Schorn	Discapacidad: una mirada distinta una escucha diferente reflexiones psicológicas y psicoanalíticas	hacer un recorrido por diversos temas inherentes a la <b>discapacidad</b> : prevención, diagnóstico, abordaje psicoterapéuticos, integración	
<b>Celsa Cáceres Rodríguez.</b> Dpto. de Trabajo Social y servicios Sociales de la Universidad de La Laguna. Tenerife. Islas Canarias. España	Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS	Aquí se expone una breve revisión de la evolución que este concepto ha tenido desde la primera clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDM).	INSERSO (1986). Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Madrid: INSERSO. (Orig. 1983 ).  OMS (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, las Discapacidades y la Salud. Ginebra: OMS (CD-ROM, multilingüe. Versión 1.0).
Robert L. Schalock	Hacia una nueva concepción de la discapacidad.	"una nueva manera de pensar sobre la discapacidad".	Bruininks, R. H., Thurlow, M. y Gilman, C. J. (1987). Adaptive behavior and mental retardation. Journal of Special Education, 21, 69-88.  World Health Organization. (1997). ICDH-2: International classification of impairments, activities, and participation. Geneva, Switzerland: Author.
<b>Jesús Muñor Rodríguez.</b> Profesor-	La (con)ciencia del Trabajo Social en la	Este artículo pretende sumergirse en los aspectos teóricos y conceptuales de la	Abberley, P. (2008). El concepto de opresión y el desarrollo de una teoría social de la discapacidad. En Barton, L. (Comp.), Superar las barreras de la discapacidad. (pp. 34-50).



<p>Investigador Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Almería</p>	<p>discapacidad: Hacia un modelo de intervención social basado en derechos</p>	<p>discapacidad para plantear un modelo de intervención, en Trabajo Social, basado en derechos (y la construcción) de ciudadanía</p>	<p>Madrid: Morata.</p> <p>Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Madrid. CERMI</p> <p>Muyor Rodríguez, J. (2011). “Intervenir en la vida de otros: Trabajo Social, Discapacidad y Derechos Humanos”. Trabajo Social Difusión, nº 87, pp.17-22.</p> <p>Huete, A., Díaz, E. y Jiménez, A. (2009). Discapacidad en contextos de multiexclusión. En Verdugo Alonso, M.A. (Coord.) Mejorando resultados personales para una vida de calidad: VII Jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad. (pp-271-288). Salamanca: Armarú</p>
<p>Agustina Palacios</p>	<p>El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.</p>	<p>Esbozar una descripción de las características esenciales prevalcientes en el tratamiento hacia la persona con discapacidad dentro de los tres modelos mencionados, exclusivamente con el propósito de llegar a un mejor entendimiento del modelo y de nuestra realidad actual.</p>	<p>ALLUÉ, M., Discapacitados. La reivindicación de la igualdad en la diferencia, Bellaterra, Barcelona, 2003.</p> <p>BARNES, C., “Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental” en Discapacidad y Sociedad, L. Barton (comp.), Morata S.L., Madrid, 1998.</p> <p>CAYO PÉREZ BUENO, L. y DE LORENZO GARCÍA, “La promoción de la autonomía personal y la protección en casos de dependencia por razón de discapacidad”, en Tratado de Discapacidad, De Lorenzo &amp; Pérez Bueno (Dir.), Thomson Aranzadi, Navarra, 2007.</p> <p>COURTIS, C., “Discapacidad e inclusión social: retos teóricos y desafíos prácticos. Algunos comentarios a partir de la Ley 51/2003”, Revista Jueces para la Democracia, Nro. 51.</p>
<p>Observatorio de la discapacidad</p>	<p>Personas con discapacidad intelectual y</p>	<p>Establecer si los mecanismos y los medios de valoración utilizados en la</p>	<p>Discapacidad y empleo en áreas rurales, Cordoba, Promi, 1997.</p>

	necesidad de apoyos intermitentes: situación, necesidades y demandas	actualidad son adecuados para la detección temprana de la deficiencia, aspecto fundamental para el desarrollo integral de la persona afectada.	Guía «La participación de las familias en el movimiento asociativo», Gobierno de Navarra y ANFAS.  Schalock, R. L. (1999): «Hacia una nueva concepción de la discapacidad», Revista Siglo Cero, vol. 181, mayo-enero-febrero, FEAPS.
Organización Mundial de la Salud.  Banco Mundial	Informe Mundial Sobre Discapacidad	Pese a la magnitud del tema, no hay conciencia ni información científica suficiente acerca de la discapacidad. No se ha llegado a un acuerdo sobre definiciones y se dispone de escasa información comparable internacionalmente sobre la incidencia, la distribución y las tendencias de la discapacidad.	The Global Burden of Disease, 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008.  Mathers CD, Iburg KM, Begg S. Adjusting for dependent comorbidity in the calculation of healthy life expectancy. Population Health Metrics, 2006,4:4- doi:10.1186/1478-7954-4-4 PMID:16620383  Data and statistics: country groups. Washington, World Bank, 2004 ( <a href="http://go.worldbank.org/D7SN0B8YU0">http://go.worldbank.org/D7SN0B8YU0</a> , accessed 4 January 2010).

### Subcategoría: Intervención Social En Salud Mental

Equipo de Trabajadoras Sociales USM, USMI, UME y UU.	Intervención del trabajador/a social en las unidades de apoyo de salud mental.	Identificar y atender la problemática social del paciente y de su familia, prestando especial atención a las situaciones de riesgo social.	Ituarte Tellaeche, A. “Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico”. (1995). Editado por Siglo XXI. Colección Trabajo Social nº 2.  Mañá, S.; Ivorra, J.; Girón M. 1998.Escala DAS II. Adaptación para una intervención psicoeducativa en familiares de pacientes con esquizofrenia.  Rodríguez, Mª A. Organización y Funcionamiento del Trabajo Social en la red de Atención a la Salud Mental. (2006) Servicio Extremeño de Salud.  Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios
--	--	--	---

<p>Antonia V. Sosa, Laura E. Luna (alumnas tesistas, Universidad Nacional de Cuyo)</p>	<p>Trabajo Social y Salud Mental</p>	<p>Indagar sobre la intervención del Trabajo Social en el ámbito de la Salud Mental I</p>	<p>ARITO, Sandra (2001) “Cuestión Social y salud mental: una relación implicada en la intervención profesional” Boletín Electrónico Surá. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, en <a href="http://www.ts.ucr.ac.cr">http://www.ts.ucr.ac.cr</a></p> <p>BARG, Liliana (2009) “Las tramas familiares en el campo de lo social” Ed. Espacio. Buenos Aires.</p> <p>CARBALLEDA, Alfredo J. M., ** y Otros. (2002). “Modelos de intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud: Obstáculos, posibilidades y nuevas perspectivas de actuación”. Revista Margen. Edición N° 27</p>
<p>Alfredo Juan Manuel Carballada. Trabajador Social</p>	<p>La intervención del trabajo social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas.</p>		<p>Hörisch, Jochen. Las épocas y sus enfermedades. El saber patognóstico de la literatura. En. Literatura, Cultura y Enfermedad. Editorial Paidós. Buenos Aires 2006.</p> <p>- Goffman, E. La presentación de la persona en la vida cotidiana. Editorial Amorrortu. Buenos Aires 1970</p> <p>Se define territorio como espacio físico en donde mejor se muestran diferentes características sociales y culturales asociadas con un determinado grupo social</p>
<p>Cesaroni, Estela y Mendoza, Fabiana.</p>	<p>La, intervención del Trabajador Social en el campo de la Salud Mental</p>	<p>Profundizar en el conocimiento de una problemática tan compleja como es el abordaje de la salud y enfermedad mental.</p>	<p>Cazzaniga, Susana. Metodología y Trabajo Social. Ficha de Cátedra Trabajo Social V. Escuela Superior de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires. 1997.</p> <p>Guerra, Yolanda. Elementos para la comprensión de la instrumentalidad del Trabajo Social. Ponencia presentada en el V Encuentro de Trabajo Social. México, Centro América y el Caribe. Puerto Rico. 1997.</p>

			Parra, Gustavo. En el camino de la investigación cualitativa: Reflexiones sobre reconstrucción histórica, historia oral y Trabajo Social. Buenos Aires. 1998.
Florencia Amelotti y Nadia Fernández Ventura  Licenciadas en Trabajo Social	Estrategias de Intervención del Trabajo Social en salud a nivel Interinstitucional	El presente trabajo aborda la descripción y análisis de las estrategias de intervención profesional del trabajador social desde una perspectiva interinstitucional, en torno a la problemática de salud mental....	Barg, Liliana. "Las tramas familiares en el campo de lo social". Editorial Espacio. Buenos Aires. 2009.  Carballeda, Alfredo. "La intervención de lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales". Capítulo IV: La intervención. Paidós. Buenos Aires. 2002.  Carballeda, Alfredo (coordinador). "Salud e Intervención en lo Social". Colección Cuadernos de Margen. Editorial Espacio. Buenos Aires. 2008.
Cabrera, Cecilia Silva  Licenciada en Trabajo Social.	Investigar e intervenir en salud mental tendiendo a la desmedicalización del sentir, pensar y hacer. Aportes para el debate sobre la dialéctica salud-enfermedad	<i>El presente trabajo pretende contribuir a la polémica entorno al proceso salud-enfermedad y el posicionamiento de las diversas disciplinas que intervienen en el campo de la salud respecto a la hegemonía médica, propia de la agudización de una sociabilidad medicalizada.</i>	Comité de Salud Mental de la OMS. <i>Informe sobre la salud mental en el Mundo 2003</i> . [En línea] vía <a href="http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/planopant2003/planop01concepto.htm">http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/planopant2003/planop01concepto.htm</a> . Consultado el 16/01/07.  Fernández, B. (2003). "Apuntes sobre vulnerabilidad social y salud mental. Un desafío disciplinario". En: <i>Revista de Trabajo Social</i> . Año XVI, N° 27. Ediciones EPPAL. Montevideo, Uruguay. Págs. 3 a 14.  Míguez, Ma. N. (2003). <i>Construcción social de la discapacidad través del par dialéctico integración-exclusión</i> . Tesis de Maestría. UdelaR-UFRJ. Montevideo, Uruguay. Mimeo.
Consejería para la igualdad y bienestar social.	Guía de Intervención y Apoyo a Familias de Personas con Discapacidad.	La guía ofrece pautas para estructurar la intervención con familias en los momentos de crisis y transición en los que la supervisión profesional y el trabajo	Asociación Formación Social (2009). Inteligencia Emocional para Cuidadores. Curso online: A.F.S.  Córdoba, L., Gómez, J. y Verdugo, M.A. (2008). Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo. <i>Universitas Psychologica</i> , 7 (2), 369-383.

		conjunto son fundamentales para favorecer la calidad de vida de las familias, las personas con discapacidad, y los profesionales.	Rojas, M. (2006). Cuidar al que cuida: Claves para el bienestar del que cuida a un ser querido. Madrid: Santillana.
Biskai Lab	Calidad de Vida de las Familias con Hijos con Discapacidad Intelectual en el País Vasco	La Calidad de Vida de las Familias de personas con discapacidad está despertando un notable interés en los últimos años. Las razones que explican esta relevancia son diversas. Por una parte, el concepto de Calidad de Vida se ha convertido en un concepto central en el ámbito de la discapacidad (Schalock & Verdugo, 2003), extendiéndose también al ámbito familiar.	Cordoba-Andrade, L.; Gomez-Benito, J. & Verdugo-Alonso, M.A. (2008). Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo. Univ. Psychol. [online] , 7 (2), 369-383.  Schalock, R., & Verdugo, M. (2003). Calidad de Vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza.  Verdugo, M. (2004). Calidad de Vida y calidad de Vida Familiar. II Congreso Internacional de Discapacidad Intelectual: Enfoques y Realidad: Un Desafío.
Rubio Pilarte, Jesús	Tendencias en la atención a la discapacidad	La atención a las personas con discapacidad ha evolucionado, especialmente desde el siglo XX. El principal agente prestador de servicios a las personas con discapacidad es la familia.	PÉREZ - DÍAZ, V.; CHULIÁ, E.; ÁLVAREZ - MIRANDA, B.- Familia y sistema de bienestar. La experiencia española con el paro, las pensiones, la sanidad y la educación. Fundación Argentaria - Visor SA. Madrid: 1998; p. 91-121.  DE LORENZO, R. “Discapacidad, exclusión social y ciudadanía”. VIII Foro de Tendencias Sociales. UNED. Madrid: 2004.
Marta Badia I Corbella	Calidad de Vida Familiar	En este artículo se hace una revisión de los distintos enfoques de estudio que se han llevado a cabo sobre las familias cuidadoras de personas con	Schalock, R. L. y Verdugo, M. Á. (2003). Calidad de vida. Manual para profesionales de la salud, educación y servicios sociales. Madrid : Alianza.  Verdugo Alonso, M. Á. (2004). Calidad de vida y calidad de vida familiar. II Congreso Internacional

		discapacidad, se describen las variables sobre las que se ha centrado el interés de las investigaciones y los resultados más significativos de los estudios sobre las familias que ofrecen apoyo a la persona con PC. Por último, se perfilan las características principales de la planificación de servicios de apoyo centrados en la familia.	de Discapacidad Intelectual: Enfoques y Realidad: Un desafío. Medellín, Colombia, 23-25 de septiembre.
--	--	--	--

### Subcategoría: Técnicas De Intervención Social En Salud Mental

Alfredo Antonio Privado Medrano (ministro de salud pública y asistencia social)	Protocolos de Atención a los Problemas de Salud Mental	El presente instrumento esta dirigido entonces, a los prestadores de servicio en el nivel primario y secundario del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.	El presente instrumento esta dirigido entonces, a los prestadores de servicio en el nivel primario y secundario del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Roses, M. Salud Mental, una prioridad de salud pública en las Ameritas. Rev Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health 18(4/5), 2005
Salvador Minuchin H. Charles Fishman	Técnicas de terapia familiar.	Los doctores Minuchin y Fishman, maestros de la terapia familiar, exponen en este libro un completo repertorio de intervenciones que acaban conformando una guía clara y matizada.	<a href="http://espanol.free-ebooks.net/ebook/Tecnicas-de-terapia-familiar/pdf/view">http://espanol.free-ebooks.net/ebook/Tecnicas-de-terapia-familiar/pdf/view</a>
Torres Carrillo, Alfonso Navarro, 1999	Técnicas prácticas de intervención psicosocial- caja de	propician el aprendizaje significativo, como proceso activo,	DAWES, R. Fundamentos y Técnicas de Medición de Actitudes. México, D. F. Edit. Limusa, S.A. 1983. p. 121-125

	herramientas	constructivo, que facilita la construcción del conocimiento desde una edificación personal de la realidad	NAMEE, Sheila y GERGEN, Kenneth. La Terapia como Construcción Social.
Carmina Puig Cruells	Metodología de la intervención social.	Encontrar una metodología científica se agrupa en tres grandes movimientos...	GRAWITZ, M. (1984). Método y técnicas de las ciencias sociales, México, Editorial Mexicana.  ANDER-EGG, E. (1982). Metodología del trabajo social, Barcelona, El Ateneo

### Subcategoría: Tipología Familiar

El Psicoasesor	Los 25 Tipos de Familia y sus Características.	La familia se ubica dentro del sistema socio-económico de la sociedad y es considerada un grupo de personas relacionadas por la herencia; este grupo se distingue fácilmente porque tiene padres, hijos y sus descendientes.	Manual de psicopatología del niño / Ajuriaguerra J. De y D. Marcelli  Fundamenuiceftos de Psiquiatría Infantil / Stuart Finch
UNICEF- UDELAR	Nuevas Formas de Familia.	El conjunto de transformaciones que ha experimentado la familia en el mundo occidental constituye una de las manifestaciones más importantes del cambio social contemporáneo	Ariza, María y Olivera, Orlandina de (2001), "Transición de la familia y cambios conceptuales en la investigación" Papeles de Población, Nueva época, 7 (28).  Cicchelli-Pugeault, Catherine y Cicchelli, Vincenzo (1999), Las teorías sociológicas de la familia, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.  Lira, Luis Felipe (1976), La Familia como unidad de estudio demográfico, Centro Latinoamericano de Demografía. San José, Costa Rica.
Belén Martínez Ferrer David Moreno Ruiz	Formas Familiares y Procesos Migratorios Actuales: Nuevas	El presente trabajo tiene como objetivo analizar las formas familiares en la sociedad actual.	ELZO, J. (2004): La educación del futuro y los valores. Barcelona: UOC.  GONZÁLEZ, M. E. (2004): "El análisis sociológico de la

Gonzalo Musitu Ochoa Universidad Pablo de Olavide.	familias en la sociedad de la Globalización.		familia actual”. En A. POYATOS (Coord.). Mediación familiar y social en diferentes contextos. Valencia: Nau Llibres (pp. 15-45).  RUIZ BECERRIL, D. (2004): “Nuevas formas familiares”. Portularia, 4, 219-230.  LAMELA VIERA, C. (2003): Migraciones y familias transnacionales. VI Congreso Vasco de Sociología.
Raúl Sánchez Molina  Pedro Tomé Martín  M <sup>a</sup> Ángeles Valencia	Nuevos Tiempos, Nuevas Familias: aproximaciones etnográficas en el estudio de configuraciones familiares contemporáneas.	“Nuevos tiempos, nuevas familias” es un esfuerzo académico por visibilizar las configuraciones familiares contemporáneas como consecuencia de los actuales procesos de globalización.	Appadurai, Arjun. 2001. La modernidad desbordada. Dimensiones culturales de la globalización. buenos Aires: Trilce-FCE  Borneman, John. 1997. Cuidar y ser cuidado: el desplazamiento del matrimonio, el parentesco, el género y la sexualidad. Revista Internacional de Ciencias Sociales 154, <a href="http://www.unesco.org/issj/rics154/bornemanspa.html">http://www.unesco.org/issj/rics154/bornemanspa.html</a> (Recuperado el 22 de marzo de 2007).  Huntington, Samuel. 1997. El choque de civilizaciones y la reconfiguración del orden mundial. barcelona: Paidós.
Ana Rico de Alonso.	Formas, Cambios y Tendencias en la Organización Familiar en Colombia.	E n este artículo se retornan elementos del debate, se presentan algunas cifras sobre su composición y funciones; se concluye recogiendo características y tendencias de la relación parentesco espacio y sociedad.	CALVO. Gloria. La familia en Colombia. Un estado del Arte de la investigación 1980-1994. Vol.1, Bogotá. ICBF, 1995  GUTIERREZ DE PINEDA, Virginia. Familia y Cultura en Colombia: Tipologías, funciones, y dinámica familiar, Bogotá, Tercer Mundo 1- Ediciones Universidad Nacional. 1968.  JELIN, Elizabeth (Ed), Familias Siglo XXI. Buenos Aires, Isis, 1994.
XIMENA PACHÓN Profesora,	La Familia en Colombia a lo Largo del siglo XX.	El concepto de familia trae a la mente situaciones, recuerdos e imágenes que	UMAÑA Luna, Eduardo. La familia colombiana: una estructura en crisis. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1994.



Departamento de Antropología Universidad Nacional de Colombia.		evocan emociones de diversa índole, situaciones irrepetibles que se vivieron dentro del núcleo en el cual fue engendrada la persona.	BONILLA, Elsy (Compiladora). Mujer y familia en Colombia. Bogotá, Plaza y Janes, 1985.
Clara Inés Vásquez Rúa Graduada de Psicología Fundación Universitaria Católica del Norte	Las nuevas tipologías familiares y los malestares interracionales que se suscitan en ellas	Se expone las circunstancias que han generado la transformación de la familia contemporánea, como también el origen y evolución de los conflictos y los diferentes tipos de crisis que emergen en cualquier familia independiente de la conformación que posea.	UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA. Encuentro: La familia hoy, prospectiva y propuestas. Medellín, 1995.  QUINTERO VELÁSQUEZ, Ángela María. Escenarios contemporáneos de la familia. Ponencia presentada en XVII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. Lima: ALAETS-CELATS, 2001.
María Cristina Palacio Valencia.	Los Cambios y Transformaciones en la Familia. Una Paradoja entre lo Sólido y lo Líquido.	El propósito de este artículo es hacer visible, a través de una reflexión conceptual, las tensiones provocadas por las paradojas a las cuales se enfrenta la familia contemporánea.	Bauman, Zigmunt. 2002. Modernidad Líquida. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.  Villegas, Guillermo. 2008. Familia, ¿cómo vas? Individualismo y cambio de la familia. Manizales: Editorial Universidad de Caldas.
Adriana María Gallego Henao	Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características.	Este artículo de revisión contiene algunos estudios relacionados con los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características, oportunos para comprender los procesos intersubjetivos que se gestan al interior de la familia.	Agudelo Bedoya, M. E. (2005). Descripción de la dinámica interna de las familias Monoparentales, simultáneas, extendidas y compuestas del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 3(1).  Gimeno, A. (1999). La familia: el desafío de la diversidad. Barcelona: Ariel.

			González, I. (2000). Reflexiones acerca de la salud familiar. Revista Cubana de Medicina General Integral [online],16(5), pp. 508-512.
Dora Manjarrés Carrizalez. Elvia Yaneth León González Rosanna Martinez Gil Andrés Gaitán Luque	Crianza y Discapacidad: una visión desde las vivencias y relatos de las familias en varios lugares de Colombia.	Se llevó a cabo un estudio de carácter interpretativo con enfoque etnográfico, que permitió, desde la lectura de la realidad y desde la visión, experiencias y relatos de los actores de dicha realidad, identificar dinámicas generadas alrededor del proceso de crianza de personas con discapacidad.	Manjarrés, D (2012). Apoyo y fortalecimiento a familias para la crianza de niños y niñas con discapacidad. Maestría en Desarrollo Educativo y social CINDE-UPN. Bogotá.  Moreno, M. y Cárdenas, A. (2008). Familia y capacidades diferentes. Una oportunidad de crecer. Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha. Convenio 3188.  Pava, R. (2010). Familia y discapacidad: tendencias investigativas en la última década. En Resúmenes de trabajos de investigación. XII Simposio de Investigación Facultad de Salud, Universidad del Valle.

### Subcategoría: Tipos De Discapacidad

Organización Mundial de la Salud.  BANCO MUNDIAL	Resumen: Informe Mundial sobre La Discapacidad	La discapacidad forma parte de la condición humana: casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida, y las que lleguen a la senilidad experimentarán dificultades crecientes de funcionamiento	The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008  Regional report of Europe 2007. Chicago, IL, International Disability Rights Monitor, 2007 ( <a href="http://www.idrmnet.org/content.cfm?id=5E5A75andm=3">http://www.idrmnet.org/content.cfm?id=5E5A75andm=3</a> , accessed 9 February 2010).
Miguel Querejeta González (medico)	DISCAPACIDAD/DEPENDENCIA	La renovación del “Pacto de Toledo”, asumía, la necesidad de regular de forma integral la atención a las personas en situación de dependencia, previendo	UNESPA (2000) Estudio del nivel de dependencia, necesidades de recursos y proyecciones de futuro.  Ring J. (1994): Valoración funcional: una necesidad imperiosa en rehabilitación. Colección rehabilitación, 28. IMSERSO.

		que en dicha regulación debían estar implicadas las distintas Administraciones para asegurar el principio de “igualdad”.	García Viso M. (1990) Diagnóstico y valoración de discapacidades. Colección Documentos 22/90. . Edita. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid 1990.
Juan Antonio Fernández-López (1), María Fernández-Fidalgo (2)	Funcionamiento y Discapacidad: clasificación internacional del funcionamiento (CIF)	La (CIF) constituye el marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud.	Lastra-Martínez I, Martínez-Chamorro M. Funcionamiento, discapacidad y rehabilitación. Inf Psiquiatr. 2004; 175: 19-30.  Querejeta-González M. Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: Imserso; 2004.
Carlos Andrés Gómez Acosta.  Clemencia Cuervo Echeverry.	Conceptualización de Discapacidad: reflexiones para Colombia	el propósito de este estudio exploratorio es analizar una conceptualización de discapacidad que capte las particularidades de la población y del contexto colombianos.	Baldión, W. E. 2002. Impacto social de la crisis, Diferenciales urbano-rural. Colombia: Departamento Nacional de Planeación, p. 66.  Garay, L. (director académico). 2002. Colombia: entre la exclusión y el desarrollo. Propuestas para la transición al Estado Social de Derecho. Bogotá: Contraloría General de la República, pp. 3-22.
Julio Cesar Gómez Beltrán	Discapacidad en Colombia, reto para la Inclusión en Capital Humano	Analizar la situación de las personas con discapacidad en el país, se observa con preocupación que a pesar de la extensa normatividad y las actividades desarrolladas, se encuentran aún barreras.	Gómez JC. Magnitud de la Exclusión Educativa de las personas con discapacidad en Colombia. Tesis de Grado Maestría Discapacidad e Inclusión Social. Universidad Nacional de Colombia. 2007  Fernández, Aleida. Diaz, OC. Problematización sobre las concepciones vigentes en la educación de las personas en situación de discapacidad. En Cuervo, C., Trujillo, A.
Miguel Ángel Verdugo Alonso	Análisis De La Definición De Discapacidad Intelectual De La Asociación Americana Sobre Retraso Mental De	Se presenta una síntesis de los principales aspectos que incluye la definición de retraso mental hecha por la Asociación Americana sobre Retraso Mental en 2002, y se	Montero, D. (1993) Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades.  Verdugo, M.A. (1994). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. Siglo Cero, 25 (5), 5-24.

	2002	comentan críticamente algunos aspectos de la misma.	
Sabina Pabón Serrato	La Discapacidad Auditiva.	Analiza la Discapacidad Auditiva desde su definición permite conocer mejor cómo es la persona sorda....	Marchesi, A. (1987). El desarrollo cognitivo y lingüístico en el niño sordo. Madrid: Alianza.  Torres Monreal, S. (1995). Deficiencia auditiva. Aspectos psicoevolutivos y educativos. Málaga: Aljibe
Manuel Bueno Martín	Definiciones y Clasificaciones en torno a la discapacidad visual. La baja visión y la ceguera.	Sólo la ceguera total implica ausencia de visión...	GARCÍA VISO, M. (1992): Diagnóstico y valoración de discapacidades. Documentos. 22/90. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.  BUENO, M.; ESPEJO, B., y TORO, S (1995): Discapacidades visuales. En Bases para la intervención psicopedagógica en trastornos del desarrollo. Málaga: Universidad de Málaga. Manuales.
	Listado de discapacidades y síndromes.	Definir cada discapacidad.	<a href="http://www.buenosaires.gob.ar/areas/des_social/discapacidad/documentos/discapacidades_sindromes.pdf">http://www.buenosaires.gob.ar/areas/des_social/discapacidad/documentos/discapacidades_sindromes.pdf</a>
Conafe	Discapacidad motriz	Definir causas y características de la discapacidad motriz	Barragán, Eduardo, “Daño neurológico y epilepsia”, Estrategia y herramientas multidisciplinares de apoyo, México, Linæ, 2004.  Cardona Martín, Miguel, “Discapacidad motórica”, en Adaptemos la escuela. Orientaciones ante la discapacidad motórica, Málaga, Aljibe, 2001.

**B. Matriz de ruta metodológica**

**TITULO:** El aporte de la intervención del Trabajo Social en el cuidado de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad beneficiarias de la Secretaría de Bienestar Social del municipio de Envigado en el año 2014.

**OBJETIVO GENERAL:** Analizar el aporte de la intervención del Trabajo Social en el cuidado de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad beneficiarias de la Secretaría de Bienestar Social del municipio de Envigado en el año 2014.

**INVESTIGADORA:** Luisa Fernanda Higueta Orozco.

Categorías	Objetivo Específico	Subcategoría	Técnica	Instrumento	Para Utilizar La Técnica Elegida	Muestra De La Población
TRABAJO SOCIAL	Identificar las estrategias y técnicas más utilizadas en la intervención social de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad	Intervención social (enfocada en la salud mental)	ENTREVISTA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuáles han sido las estrategias y técnicas utilizadas en el programa Discapacidad para intervenir la salud mental de las familias?</li> <li>2. ¿las estrategias utilizadas por la Trabajadora Social y la Psicóloga, le han ayudado a tener un descanso mental?</li> <li>3. ¿Qué estrategias y técnicas se utilizan desde la Educación Especial, para intervenir la salud mental de las familias con personas en situación de discapacidad?</li> <li>4. ¿En caso de no conocer las estrategias y técnicas</li> </ol>	La técnica fue elegida para recopilar la información necesaria, que permitirá el desarrollo del M.T.R.C	<p>15 familias beneficiarias del programa Discapacidad.</p> <p>2 profesionales universitarios en Educación Especial.</p> <p>1 Trabajadora Social.</p> <p>1 Psicóloga.</p> <p>Todos los anteriores empleados de la Secretaría de Bienestar Social del municipio de Envigado en el 2014.</p>

				<p>para intervenir una familia, que harían en una emergencia?</p> <p>5. ¿Cuáles son las estrategias y técnicas utilizadas en el Trabajo Social, para intervenir la salud mental de las familias con personas en situación de discapacidad?</p> <p>6. ¿Las estrategias utilizadas desde Trabajo social para la intervención de las familias han tenido resultados positivos y como lo evidencian?</p> <p>7. ¿Cuáles son las estrategias y técnicas utilizadas en Psicología, para intervenir la salud mental de las familias con personas en situación de discapacidad?</p> <p>8. ¿Las estrategias</p>		
--	--	--	--	---	--	--

				implementadas desde Psicología para la intervención de las familias han tenido resultados positivos y como lo evidencian?		
SALUD MENTAL	Determinar los tipos de enfermedades mentales más frecuentes en las familias con personas en situación de discapacidad.	Técnicas de intervención social (enfocada en la salud mental)	ENTREVISTA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué enfermedades mentales se presentan con más frecuencia en las familias (cuidadores) con personas en situación de discapacidad?</li> <li>2. ¿Qué sentimiento afecta con más frecuencia a la familia, frente al cuidado de la persona con discapacidad?</li> <li>3. ¿Desde la Educación Especial, cuál considera usted que es la enfermedad mental más frecuente en las familias con personas en situación de discapacidad?</li> </ol>	La técnica fue elegida para recopilar la información necesaria, que permitirá el desarrollo del M.T.R.C	<p>15 familias beneficiarias del programa Discapacidad.</p> <p>2 profesionales universitarios en Educación Especial.</p> <p>1 Trabajadora Social.</p> <p>1 Psicóloga.</p> <p>Todos los anteriores empleados de la Secretaría de Bienestar Social del municipio de Envigado en el 2014.</p>



				<p>4. ¿A simple vista sin haber hecho un estudio riguroso dese la Educación Especial, cuáles son los comportamientos que manifiestan las familias de personas con discapacidad?</p> <p>5. ¿Desde el Trabajo Social, cuál considera usted que es la enfermedad mental más frecuente en las familias con personas en situación de discapacidad?</p> <p>6. ¿De acuerdo a las intervenciones realizadas desde Trabajo Social, por qué cree usted que esta enfermedad es más recurrente en las familias de personas con discapacidad?</p> <p>7. ¿Desde Psicología cuál considera usted que es la enfermedad mental más frecuente</p>		
--	--	--	--	---	--	--

				<p>en las familias con personas en situación de discapacidad?</p> <p>8. ¿De acuerdo a las atenciones Psicológicas realizadas, por qué cree usted que este padecimiento es más recurrente en las familias de personas con discapacidad?</p>		
FAMILIA	<p>Describir las tipologías familiares más frecuentes con personas en situación de discapacidad.</p>	<p>Tipología Familiar</p>	<p>ENTREVISTA</p>	<p>1. ¿Cuál es la tipología familiar más frecuentes en el programa de Discapacidad?</p> <p>2. Mencione algunas causas por las cuales cree usted que se da esta tipología familiar</p> <p>3. ¿Cuál es la tipología familiar más frecuente en el programa de Discapacidad?</p> <p>4. De acuerdo a las actividades</p>	<p>La técnica fue elegida para recopilar la información necesaria, que permitirá el desarrollo del M.T.R.C</p>	<p>15 familias beneficiarias del programa de Discapacidad.</p> <p>2 profesionales universitarios en Educación Especial.</p> <p>1 Trabajadora Social.</p> <p>1 Psicóloga.</p> <p>Todos los anteriores empleados de la Secretaría de Bienestar Social</p>

				<p>realizadas en el programa de Discapacidad, que conformación familiar se ha identificado con más recurrencia.</p> <p>5. ¿Cuál es la tipología familiar más frecuente identificada desde el Trabajo Social, en el programa de Discapacidad?</p> <p>6. Mencione algunas causas desde Trabajo Social, por las cuales cree usted que se presenta con más frecuencia esta tipología familiar en el programa de Discapacidad.</p> <p>7. ¿Cuál es la tipología familiar más frecuente identificada desde Psicología, en el programa de Discapacidad?</p>	<p>del municipio de Envigado en el 2014.</p>
--	--	--	--	---	--

				8. Mencione algunas causas desde Psicología, por las cuales cree usted que se presenta con más frecuencia esta tipología familiar en el programa de Discapacidad.		
PERSONAS CON DISCAPACIDAD	Explicar los tipos de discapacidad y los efectos en su entorno familiar	Tipos de Discapacidad	ENCUESTA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explique la discapacidad de su familiar y los efectos en su entorno.</li> <li>2. Explique los tipos de discapacidad y los efectos en su entorno familiar.</li> <li>3. ¿Cuáles son los tipos de discapacidad y los efectos en su entorno familiar, identificados desde Trabajo Social?</li> <li>4. ¿Cuáles son los tipos de discapacidad y los efectos en su entorno familiar, identificados desde la Psicología?</li> </ol>	La técnica fue elegida para recopilar la información necesaria, que permitirá el desarrollo del M.T.R.C	<p>15 familias beneficiarias del programa de Discapacidad.</p> <p>2 profesionales universitarios en Educación Especial.</p> <p>1 Trabajadora Social.</p> <p>1 Psicóloga.</p> <p>Todos los anteriores empleados de la Secretaría de Bienestar Social del municipio de Envigado en el 2014.</p>

### **C. Matriz de descomposición**

**TITULO:** El aporte de la intervención del Trabajo Social en el cuidado de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad beneficiarias de la Secretaría de Bienestar Social del municipio de Envigado en el año 2014.

**OBJETIVO GENERAL:** Analizar el aporte de la intervención del Trabajo Social en el cuidado de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad beneficiarias de la Secretaría de Bienestar Social del municipio de Envigado en el año 2014.

**INVESTIGADORA:** Luisa Fernanda Higueta Orozco.



TITULO (EJE)	PREGUNTAS	RESPUESTAS	CATEGORIA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	SUBCATEGORIA	EVIDENCIAS	ANALISIS DE LA INFORMACION
<b>Población entrevistada: siete preguntas para quince familias</b>								
Importancia del Trabajo Social en el cuidado de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad, beneficiarios de la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario del municipio de	<b>1:</b> ¿Cuáles han sido las estrategias y técnicas utilizadas en el programa Discapacidad para intervenir la salud mental de las familias?	1: las Familias Respondieron: que no hay un acompañamiento directo desde el programa Discapacidad, pero cuando han requerido alguna atención los remiten al programa Familia.	<b>TRABAJO SOCIAL Y FAMILIA</b>	Analizar el aporte de la intervención del Trabajo Social en el cuidado de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad beneficiarias de la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo	Identificar las estrategias y técnicas más utilizadas en la intervención social de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad.	<b>Intervención Social, enfocada en salud mental</b>	Se evidencia a partir de la técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo interdisciplinario.	La primera respuesta la argumentan los siguientes autores: Benavente y otros (2005) ver marco teórico. p. 46- 48

<p>Envigado en el año 2014.</p>	<p><b>2:</b> ¿Las estrategias utilizadas por la Trabajadora Social y la Psicóloga, le han ayudado a tener un descanso</p>	<p><b>2:</b> Las familias respondieron: ha sido de gran ayuda las intervenciones, terapias Psicológicas y orientaciones que nos han ofrecido, porque nos ayudan a encontrar soluciones y equilibrar las emociones.</p>	<p><b>TRABAJO SOCIAL Y FAMILIA</b></p>	<p>Comunitario del municipio de Envigado en el año 2014</p>	<p>Identificar las estrategias y técnicas más utilizadas en la intervención social de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad.</p>	<p><b>Intervención Social, enfocada en salud mental</b></p>	<p>Se evidencia a partir de la técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo interdisciplinario.</p>	<p>La segunda respuesta la argumentas los siguientes autores:  Mendoza (2004) ver marco teórico. p. 44- 46</p>
---------------------------------	---	--	--	---	---	---	---	--



	<p>mental?</p> <hr/> <p><b>3:</b> ¿Qué enfermedades mentales se presentan con más frecuencia en las familias (cuidadores) con personas en situación de discapacidad?</p> <hr/> <p><b>4:</b> ¿Qué</p>	<p><b>3:</b> Las familias respondieron: Estrés, tristeza, depresión, cansancio.</p> <hr/> <p><b>4:</b> La respuesta de</p>	<p><b>SALUD MENTAL</b></p> <hr/> <p><b>FAMILIA</b></p>		<p>Determinar los tipos de enfermedades mentales más frecuentes en las familias con personas en situación de discapacidad.</p> <hr/> <p>Describir las</p>	<p><b>Técnicas de intervención social, enfocada en salud mental.</b></p> <hr/> <p><b>Tipología</b></p>	<p>Se evidencia a partir de la técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo interdisciplinario.</p> <hr/> <p>Se evidencia a</p>	<p>La tercera respuesta la argumenta los siguientes autores:</p> <p>Bazán (2013) ver marco teórico. p. 56- 57</p> <hr/> <p>La cuarta respuesta la</p>
--	--	--	--	--	---	--	---	---

	<p>presentimiento afecta con más frecuencia a la familia, frente al cuidado de la persona con discapacidad?</p>	<p>ocho familias es: que el sentimiento que más les afecta es no saber en manos de quien quedaría la persona con discapacidad.</p> <p>- En esta misma pregunta cuatro, la respuesta de siete familias es que el sentimiento que más les afecta es la precaria situación económica.</p>			<p>tipologías familiares más frecuentes con personas en situación de discapacidad.</p>	<p><b>familiar.</b></p>	<p>partir de la técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo interdisciplinario.</p>	<p>argumentan los siguientes autores:</p> <p>Pellón (S.F) ver marco teórico. p. 61- 62</p> <p>Vargas (S.F) ver marco teórico. p. 63- 64</p>
--	---	--	--	--	--	-------------------------	--	---

<p><b>5:</b> ¿Cuál es la tipología familiar más frecuente s en el programa de Discapacidad?</p>	<p><b>5:</b> Catorce familias respondieron que la tipología familiar más frecuente es extensa (más de tres generaciones) y una familia respondió que monoparental (uno de los padres y los hijos).</p>	<p><b>FAMILIA</b></p>		<p>Describir las tipologías familiares más frecuentes con personas en situación de discapacidad.</p>	<p><b>Tipología familiar.</b></p>	<p>Se evidencia a partir de la técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo interdisciplinario.</p>	<p>La quinta respuesta la argumenta los siguientes autores:  Alonso (S.F) ver marco teórico. p. 96-97</p>
<p><b>6:</b> Mencione algunas causas por las cuales</p>	<p><b>6:</b> Las familias respondieron: no saben, por la formación en valores, porque hay madres solteras.</p>	<p><b>FAMILIA</b></p>		<p>Describir las tipologías familiares más frecuentes con personas en situación de discapacidad.</p>	<p><b>Tipología Familiar</b></p>	<p>Se evidencia a partir de la técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo</p>	<p>La sexta respuesta la argumentan los siguientes autores:  UNICEF (2003) ver marco teórico. p. 65- 66</p>

	<p>creo usted que se da esta tipología familiar</p>						interdisciplinario.	
	<p><b>7:</b> Explique la discapacidad de su familiar y los efectos en su entorno</p>	<p><b>7:</b> catorce de ellas respondieron que la discapacidad de la persona es Retardo Mental Leve, generando en el entorno familiar y social una conducta de poco compromiso para el acompañamiento en las actividades requeridas.</p>	<p><b>PERSONAS CON DISCAPACIDAD</b></p>		<p>Explicar los tipos de discapacidad y los efectos en su entorno familiar</p>	<p><b>Tipos de discapacidad.</b></p>	<p>Se evidencia a partir de la técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo interdisciplinario.</p>	<p>La séptima respuesta la argumentan los siguientes autores:  Asociación Americana de Retardo Mental (S.F) ver marco teórico. p. 105  Campo, Castro y Román (S.F) ver marco teórico. p. 109- 110</p>

**Población entrevistada: siete preguntas para dos profesionales en Educación Especial**

<b>TITULO (EJE)</b>	<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>OBJETIVO ESPECIFICO</b>	<b>SUBCATEGORIA</b>	<b>EVIDENCIAS</b>	<b>ANALISIS DE LA INFORMACION</b>
---------------------	------------------	-------------------	------------------	-------------------------	----------------------------	---------------------	-------------------	-----------------------------------

<p>Importancia del Trabajo Social en el cuidado de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad, beneficiarios de la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario del municipio de Envigado en el año 2014.</p>	<p><b>1:</b> ¿Qué estrategias y técnicas se utilizan desde la Educación Especial, para intervenir la salud mental de las familias con personas en situación de discapacidad?</p>	<p><b>1:</b> Los Educadores Especiales contestaron: que desde su profesión no se hacen intervenciones en la salud mental de las familias, pero cuando es solicitada se trabaja de forma transversal con la oferta a nivel institucional desde el centro de Salud Mental y el programa Familia de la Secretaría de Bienestar Social.</p>	<p><b>TRABAJO SOCIAL</b></p>	<p>Analizar el aporte de la intervención del Trabajo Social en el cuidado de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad beneficiarias de la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario del municipio de Envigado en el año 2014</p>	<p>Identificar las estrategias y técnicas más utilizadas en la intervención social de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad.</p>	<p><b>Técnicas de Intervención social, enfocada en la salud mental.</b></p>	<p>Se evidencia a partir de la técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo interdisciplinario.</p>	<p>La primera respuesta la argumentan los siguientes autores:  Torres (1999) ver marco teórico. p. 90- 91</p>
--	--	---	------------------------------	--	---	---	---	---

	<p><b>2:</b> ¿En caso de no conocer las estrategias y técnicas para intervenir una familia, que harían en una emergencia?</p>	<p><b>2:</b> Los Educadores Especiales respondieron: tenemos un protocolo establecido y reglamentado como plan B, para estas situaciones y también se les envía a las instituciones con las que tenemos convenio.</p>	<p><b>TRABAJO SOCIAL</b></p>		<p>Identificar las estrategias y técnicas más utilizadas en la intervención social de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad.</p>	<p><b>Intervención social, enfocada en la salud mental.</b></p>	<p>Se evidencia a partir de la técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo interdisciplinario.</p>	<p>La segunda respuesta la argumenta los siguientes autores:</p> <p>Organización Mundial de la Salud (2014) ver marco teórico. p. 54- 55</p>
	<p><b>3:</b> ¿Desde la</p>	<p><b>3:</b> Los Educadores Especiales</p>	<p><b>SALUD</b></p>		<p>Determinar los tipos de</p>	<p><b>Técnicas de intervenc</b></p>	<p>Se evidencia a partir de la</p>	<p>La tercera respuesta la argumentan los</p>

<p>Educación Especial, cuál considera usted que es la enfermedad mental más frecuente en las familias con personas en situación de discapacidad?</p>	<p>Contestaron que desde el programa Discapacidad no se tienen identificadas las enfermedades mentales en las familias de los usuarios inscritos.</p>	<p><b>MENTAL</b></p>			<p>enfermedades mentales más frecuentes en las familias con personas en situación de discapacidad.</p>	<p><b>ión social enfocada s en salud mental.</b></p>	<p>técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo interdisciplinario.</p>	<p>siguientes autores: Díaz, Blanco, Valle y Horcajo (2007) ver marco teórico. p. 51- 52</p>
<p><b>4:</b> ¿A simple</p>	<p><b>4:</b> Los Educadores Especiales</p>	<p><b>FAMILIA</b></p>			<p>Describir las tipologías</p>	<p><b>Tipología Familiar.</b></p>	<p>Se evidencia a partir de la</p>	<p>La cuarta respuesta la argumentan los</p>

<p>vista sin haber hecho un estudio riguroso dese la Educación Especial, cuáles son los enfermedades mentales que manifiestan las familias de personas con discapacidad?</p>	<p>respondieron que los trastornos depresivos no sólo en las familias sino también en los usuarios, sobre todo si la discapacidad es adquirida.</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p> <p><b>FAMILIA</b></p>	<p>_____</p>	<p>familiares más frecuentes con personas en situación de discapacidad.</p>	<p>_____</p> <p><b>Tipología</b></p>	<p>técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo interdisciplinario.</p>	<p>siguientes autores:  Dra. Vargas (S.F) ver marco teórico. p. 63</p>
--	---	--------------	------------------------------------	--------------	---	--------------------------------------	---	--



	<p><b>5:</b> ¿Cuál es la tipología familiar más frecuente en el programa Discapacidad?</p>	<p><b>5:</b> Los Educadores Especiales respondieron que desde el programa no se ha hecho un estudio que permita identificar las tipologías familiares de los usuarios inscritos.</p>			<p>Describir las tipologías familiares más frecuentes con personas en situación de discapacidad</p>	<p><b>Familiar.</b></p>	<p>Se evidencia a partir de la técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo interdisciplinario.</p>	<p>La quinta respuesta la argumentan los siguientes autores:</p> <p>Robles y Di Leseo (2012) ver marco teórico. p. 59</p> <p>Eva Giberti (2005) ver marco teórico p. 60</p>
	<p><b>6:</b> De acuerdo a las actividades realizadas en el programa de Discapacidad, que</p>	<p><b>6:</b> Los Educadores Especiales respondieron que se han evidenciado los tres tipos de familia en general (extensa, monoparental, nuclear).</p>	<p><b>FAMILIA</b></p>		<p>Describir las tipologías familiares más frecuentes con personas en situación de discapacidad.</p>	<p><b>Tipología Familiar.</b></p>	<p>Se evidencia a partir de la técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo interdisciplinario.</p>	<p>La sexta respuesta la argumentan los siguientes autores:</p> <p>Robles y Di Leseo (2012) ver marco teórico. p. 60</p>

	<p>conformación familiar se ha identificado con más frecuencia)</p>	<p><b>7:</b> Los Educadores Especiales describieron que las discapacidades más comunes son; sensoriales, cognitiva, física y múltiple, generando en el entorno familiar sobreprotección, no aceptación de la discapacidad y</p>	<p><b>PERSONAS CON DISCAPACIDAD</b></p>		<p>Explicar los tipos de discapacidad y los efectos en su entorno familiar.</p>	<p><b>Tipos de discapacidad.</b></p>	<p>Se evidencia a partir de la técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo interdisciplinario</p>	<p>La séptima respuesta la argumentan los siguientes autores:  Rodríguez (S.F)ver marco teórico. p. 77- 78</p>
--	---	---	---	--	---	--------------------------------------	--	--

disminución de recursos económicos.

**Población entrevistada: siete preguntas para una Trabajadora social y siete preguntas para una Psicóloga**

<b>TITULO (EJE)</b>	<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>OBJETIVO ESPECIFICO</b>	<b>SUBCATEGORIA</b>	<b>EVIDENCIAS</b>	<b>ANALISIS DE LA INFORMACION</b>
Importancia del Trabajo Social en el cuidado de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad, beneficiarios de la Secretaría de Bienestar Social y	<b>1:</b> ¿Cuáles son las estrategias y técnicas utilizadas en el Trabajo Social y Psicología, para intervenir la salud mental de las familias	<b>1:</b> La Trabajadora Social y la Psicóloga Coinciden en responder que la intervención individual y grupal, los estudios familiares, las entrevistas y charlas educativas son algunas de las estrategias y técnicas utilizadas para intervenir la	<b>TRABAJO SOCIAL</b>	Analizar el aporte de la intervención del Trabajo Social en el cuidado de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad beneficiarias de la Secretaría de	Identificar las estrategias y técnicas más utilizadas en la intervención social de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad.	<b>Intervención social.</b>	Se evidencia a partir de la técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo interdisciplinario.	La primera respuesta la argumentan los siguientes autores:  Trullenque (2010) ver marco teórico. p. 48

Desarrollo Comunitario del municipio de Envigado en el año 2014.	con personas en situación de discapacidad?	salud mental de las familias.		Bienestar Social y Desarrollo Comunitario del municipio de Envigado en el año 2014				
	<b>2:</b> ¿Las estrategias utilizadas desde Trabajo social y Psicología para la intervención de las familias han tenido resultados positivos y	<b>2:</b> La Trabajadora Social y la Psicóloga respondieron que efectivamente se han obtenido resultados positivos y se evidencia a partir de los cambios que se generan en el entorno familiar y se les hace seguimiento	<b>TRABAJO SOCIAL</b>		Identificar las estrategias y técnicas más utilizadas en la intervención social de la salud mental, de las familias con personas en situación de discapacidad.	<b>Intervención social.</b>	Se evidencia a partir de la técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo interdisciplinario.	La segunda respuesta la argumentan los siguientes autores:  Richmond (1922) ver marco teórico p. 40- 42

	<p>como lo evidencian ?</p>	<p>periódicamente.</p>	<p><b>SALUD MENTAL</b></p>		<p>Determinar los tipos de enfermedades mentales más frecuentes en las familias con personas en situación de discapacidad.</p>	<p><b>Técnicas de intervención social, enfocadas en salud mental.</b></p>	<p>Se evidencia a partir de la técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo interdisciplinario.</p>	<p>La tercera respuesta la argumentan los siguientes autores:</p> <p>Moreno y Moriana (2013) ver marco teórico p. 57</p> <p>Minuchin y Fishman (2004) ver marco teórico p.88</p>
--	-----------------------------	------------------------	----------------------------	--	--	---	---	--

	<p>de discapacidad?</p> <p><b>4:</b> ¿De acuerdo a las intervenciones realizadas desde Trabajo Social y Psicología, por qué cree usted que esta enfermedad es más recurrente en las familias de</p>	<p><b>4:</b> La Trabajadora Social y la Psicóloga Respondieron que los trastornos depresivos son más recurrentes en las familias porque no tienen mucho apoyo moral y económico frente a la situación.</p>	<p><b>Familia</b></p>		<p>Describir las tipologías familiares más frecuentes con personas en situación de discapacidad.</p>	<p><b>Tipología familiar</b></p>	<p>Se evidencia a partir de la técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo interdisciplinario.</p>	<p>La cuarta respuesta la argumentan los siguientes autores:</p> <p>Dra. Vargas (S.F) ver marco teórico. p. 63</p> <p>Thoist (S.F) ver marco teórico. p. 64</p> <p>Bowling (S.F) ver marco teórico. p.65</p>
--	---	--	-----------------------	--	--	----------------------------------	---	--

<p>personas con discapacidad?</p>							
<p><b>5:</b> ¿Cuáles es la tipología familiar más frecuente identificada desde el Trabajo Social y Psicología, en el programa Discapacidad?</p>	<p><b>5:</b> La Trabajadora Social y la Psicóloga responden que la tipología familiar más común es la extensa.</p>	<p><b>FAMILIA</b></p>		<p>Describir las tipologías familiares más frecuentes con personas en situación de discapacidad.</p>	<p><b>Tipología familiar</b></p>	<p>Se evidencia a partir de la técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo interdisciplinario.</p>	<p>La quinta respuesta la argumentan los siguientes autores:  Ángel (2004) ver marco teórico. p. 67</p>
<p><b>6:</b></p>	<p><b>6:</b> la Trabajadora</p>	<p><b>FAMILIA</b></p>		<p>Describir las</p>	<p><b>Tipología</b></p>	<p>Se evidencia a</p>	<p>La sexta respuesta la</p>

	<p>Mencione algunas causas desde Trabajo Social y Psicología, por las cuales cree usted que se presenta con más frecuencia esta tipología familiar (extensa) en el programa Discapacidad.</p>	<p>Social y la Psicóloga respondieron que el desajuste que se da en las familias conlleva a unirse a otras, la edad de algunos familiares o cuidadores influye mucho y las labores de trabajo.</p>			<p>tipologías familiares más frecuentes con personas en situación de discapacidad.</p>	<p><b>familiar</b></p>	<p>partir de la técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo interdisciplinario.</p>	<p>argumentan los siguientes autores:  Ulises (2010) ver marco teórico p. 92- 93</p>
--	---	--	--	--	--	------------------------	--	--



	<p><b>7:</b> ¿Cuáles son los tipos de discapacidad y los efectos en su entorno familiar, identificados desde Trabajo Social y Psicología?</p>	<p><b>7:</b> La Trabajadora Social y la Psicóloga respondieron haciendo énfasis en la discapacidad de retardo mental, ocasionando en la familia falta de aceptación frente a la nueva condición.</p>	<p><b>PERSONAS CON DISCAPACIDAD</b></p>		<p>Explicar los tipos de discapacidad y los efectos en su entorno familiar.</p>	<p><b>Tipos de discapacidad</b></p>	<p>Se evidencia a partir de la técnica de la entrevista que se utilizó con las familias y el equipo interdisciplinario.</p>	<p>La séptima respuesta la argumentan los siguientes autores:</p> <p>Alonso (S.F) ver marco teórico p. 69</p>
--	---	--	---	--	---	-------------------------------------	---	---

**D. Entrevista a la población**

**Familia**

1. ¿Cuáles han sido las estrategias y técnicas utilizadas en el programa de Discapacidad para intervenir la salud mental de las familias?

Técnicas: actividades específicas que se llevan a cabo.

Estrategias: se considera una guía de acciones que hay que seguir.

---

---

---

---

---

2. ¿Las estrategias utilizadas por la Trabajadora Social y la Psicóloga, le han ayudado a tener un descanso mental?

---

---

---

---

---

3. ¿Qué enfermedades mentales se presentan con más frecuencia en las familias (cuidadores) con personas en situación de discapacidad?

---

---

---

---

---

4. ¿Qué sentimiento afecta con más frecuencia a la familia, frente al cuidado de la persona con discapacidad?

---

---

---

---

---

5. ¿Cuál es la tipología familiar más frecuentes en el programa de Discapacidad?

---

---

---

---

6. Mencione algunas causas por las cuales cree usted que se da esta tipología familiar

---

---

---

---

7. Explique la discapacidad de su familiar y los efectos en su entorno.

---

---

---

---

---

## Educación Especial

1. ¿Qué estrategias y técnicas se utilizan desde la Educación Especial, para intervenir la salud mental de las familias con personas en situación de discapacidad?

---

---

---

---

2. ¿En caso de no conocer las estrategias y técnicas para intervenir una familia, que harían en una emergencia?

---

---

---

---

3. ¿Desde la Educación Especial, cuál considera usted que es la enfermedad mental más frecuente en las familias con personas en situación de discapacidad?

---

---

---

---

4. ¿A simple vista sin haber hecho un estudio riguroso dese la Educación Especial, cuáles son los enfermedades mentales que manifiestan las familias de personas con discapacidad?

---

---

---

---

5. ¿Cuál es la tipología familiar más frecuente en el programa de Discapacidad?

---

---

---

---

6. De acuerdo a las actividades realizadas en el programa de Discapacidad, que conformación familiar se ha identificado con más recurrencia.

---

---

---

---

7. Explique los tipos de discapacidad y los efectos en su entorno familiar.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Trabajo Social

1. ¿Cuáles son las estrategias y técnicas utilizadas en el Trabajo Social, para intervenir la salud mental de las familias con personas en situación de discapacidad?

---

---

---

---

2. ¿Las estrategias utilizadas desde Trabajo social para la intervención de las familias han tenido resultados positivos y como lo evidencian?

---

---

---

---

3. ¿Desde el Trabajo Social, cuál considera usted que es la enfermedad mental más frecuente en las familias con personas en situación de discapacidad?

---

---

---

---

4. ¿De acuerdo a las intervenciones realizadas desde Trabajo Social, por qué cree usted que esta enfermedad es más recurrente en las familias de personas con discapacidad?

---

---

---

---

5. ¿Cuál es la tipología familiar más frecuente identificada desde el Trabajo Social, en el programa de Discapacidad?

---

---

---

---

6. Mencione algunas causas desde Trabajo Social, por las cuales cree usted que se presenta con más frecuencia esta tipología familiar en el programa de Discapacidad.

---

---

---

---

7. ¿Cuáles son los tipos de discapacidad y los efectos en su entorno familiar, identificados desde Trabajo Social?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Psicología

1. ¿Cuáles son las estrategias y técnicas utilizadas en Psicología, para intervenir la salud mental de las familias con personas en situación de discapacidad?

---

---

---

---

2. ¿Las estrategias utilizadas desde Psicología para la intervención de las familias han tenido resultados positivos y como lo evidencian?

---

---

---

---

3. ¿Desde Psicología cuál considera usted que es la enfermedad mental más frecuente en las familias con personas en situación de discapacidad?

---

---

---

---

4. ¿De acuerdo a las intervenciones realizadas desde Psicología, por qué cree usted que esta enfermedad es más recurrente en las familias de personas con discapacidad?

---

---

---

---



5. ¿Cuál es la tipología familiar más frecuente identificada desde Psicología, en el programa de Discapacidad?

---

---

---

---

6. Mencione algunas causas desde Psicología, por las cuales cree usted que se presenta con más frecuencia esta tipología familiar en el programa de Discapacidad.

---

---

---

---

7. ¿Cuáles son los tipos de discapacidad y los efectos en su entorno familiar, identificados desde la Psicología?

---

---

---

---

---

---

---


---

## E. Protocolo 1

### Proceso de Atención

Actividad	Responsable	Descripción del Procedimiento
<p style="text-align: center;">Inicio</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Convocatoria publica.</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Programa discapacidad	Se realiza la convocatoria a través de los medios de comunicación de circulación municipal, Convocatoria telefónica, feria artística y deportiva.
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Realización de inscripciones de usuarios</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Coordinador programa discapacidad	Intereses y tendencias artísticas e los usuarios, tipo e discapacidad, accesibilidad a la planta física donde se desarrollan los talleres y a la comunicación.
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Se realiza inducción del servicio</div> <p style="text-align: center;">↓</p>		

	<p>Coordinador del programa</p>	<p>Reunión de los usuarios inscritos o de manera individual.</p>
<p>Inicio del taller de artes</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>Docente de la escuela de artes Débora Arango, con el refuerzo del programa Discapacidad</p>	<p>El profesional del programa Discapacidad presentara al docente del taller el cual explicara en que consiste el taller y planteara los objetivos que se deben lograr.</p>
<p>Elaboración de estrategias adaptivas para el desarrollo de los talleres</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>Docente de la escuela de artes Débora Arango, con el refuerzo del programa Discapacidad</p>	<p>Las estrategias tiene en cuenta los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Horario de ingreso al taller.</li> <li>➤ Prendas adecuadas a cada taller</li> <li>➤ Utilización de ayudas ortopédicas</li> <li>➤ Ubicación espacial en el aula de acuerdo al tipo de discapacidad</li> <li>➤ Asistencia o no del acudiente al interior del aula.</li> </ul>
<p>Exposición artística</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>Escuela e Artes Débora Arango</p>	<p>La exposición esta dirigida a publico en general, se realizará en el centro gerontológico AtardeSer y holl de la Alcaldía, con el objetivo de fortalecer la inclusión social de la población en situación de discapacidad a través del arte, que los ciudadanos del municipio reconozcan las potencialidades de la</p>

		<p>población e situación e discapacidad y empiecen a tener un concepto distinto de discapacidad.</p> <p>Esta actividad se llevara acabo en el mes de noviembre.</p>
<p>FIN</p> 		

## **PROTOCOLO 2.**

### **CRITERIOS DE ATENCIÓN DE USUARIOS**

Los siguientes son los criterios de atención estipulados en el convenio con la Escuela Tecnológica Superior de Artes Débora Arango y la Secretaria de Bienestar Social programa Discapacidad.

1. Para la asignación de cupos se especifica que la persona viva en el Municipio de Envigado.
2. Tener afiliación al sistema de seguridad social en salud.
3. Tienen prioridad las personas en situación de discapacidad de los niveles 1,2,3 del Sisben.

4. Los usuarios que tengan algún tipo de subsidio a través del programa discapacidad como ( cupo aula abierta, natación y/o actividad física dirigida) podrán ingresar a un taller de los ofrecidos por la escuela de artes, lo anterior con el propósito de ampliar cobertura a aquellas personas que no tiene ningún servicio con el programa.

5. Los usuarios serán recepcionados directamente por el programa Discapacidad de la secretaria de Bienestar Social Desarrollo Comunitario.

### **PROTOCOLO 3.**

#### **IDENTIFICACIÓN DE USUARIOS**

Será utilizada la ficha de identificación y resumen de Atención AA-F-033, la cual se encuentra en el sistema de gestión de la calidad.

### **PROTOCOLO 4.**

#### **Identificación y Manejo de los Riesgos de la Atención.**

<b>Riesgo Identificado</b>	<b>Evaluación del Riesgo</b>	<b>Manejo del Riesgo</b>
<b>Convulsiones,</b>	Por el tipo de discapacidad o	Los usuarios deberán tener consigo el carnet de la entidad

<b>ausencias, desmayo.</b>	enfermedades asociadas a esta existe una gran probabilidad de que esta situación se presente	prestadora de los servicios de salud, el teléfono del acudiente, la institución deberá tener en lugar visible el teléfono de cuerpo de bomberos de Envigado al igual que los teléfonos de emergencias para usarlos a la mayor brevedad. Se llamará al teléfono de la casa del usuario para informar a sus familiares.  En caso de que el paciente viva solo en el Municipio, se acompañará durante el proceso hasta contactar algún familiar.
<b>Accidente dentro del espacio físico</b>	Caídas, fracturas ó heridas con materiales de trabajo  Estos riesgos son probables debido a que no hay espacios accesibles.	Se manejará de la forma anterior.
<b>Abandono del proceso antes de que este haya concluido</b>	La población puede abandonar el proceso por incapacidad, por cambio de ciudad, ó por no querer continuar en el proceso.  El usuario que por motivos de salud no pueda asistir a las clases deberá darlo a conocer al programa discapacidad, e informara cuando se reincorpora en las actividades	Será utilizara el formato general para asistencia y asesoría técnica AA-F-001

## **PROTOCOLO 5.**

### **Documentos exigidos al iniciar cada una de los talleres:**

Para garantizar la seguridad en el proceso de atención los usuarios deben de llevar consigo los siguientes documentos:

- Carné de salud
- Número telefónico del acudiente y/o del trabajo del acudiente, dirección.
- Documento de identificación.

Elaborado por:

Paola Andrea Rentería, Maritza Ocampo, Yamile Restrepo, Gustavo zapata.

### **REGLAMENTO:**

1. Todos los usuarios beneficiados con los convenios del Programa discapacidad deberán entregar a este la siguiente documentación: (fotocopias: documento de identidad, carne EPS y SISBEN, servicios públicos, consentimiento informado firmado por el acudiente o padre de familia) lo anterior con el propósito de tener actualizadas las hojas de evolución, esta documentación se hace necesaria para ser inscrito en el servicio.
2. Los usuarios deberán portar el respectivo carné del programa al ingreso de las diferentes actividades.
3. Los acudientes deberán comprometerse a contribuir con la puntualidad en los talleres, tanto en el ingreso como al momento de recoger los usuarios.

4. Los usuarios y acudientes deberán mostrar respeto, responsabilidad y sentido de pertenencia por las actividades. De este modo los usuarios que completen tres faltas de asistencia consecutivas sin excusa, serán retirados de la actividad y se le dará la oportunidad a otro usuario que el programa determine.
5. Todos los usuarios sin excepción deberán portar al ingreso de cada clase fotocopia del carné de la E.P.S., del documento de identidad y del prestador de servicios de emergencia médica domiciliaria en caso de tenerla, así como los datos del acudiente y un número alternativo donde contactar la familia. Esto con el fin de prever una adecuada atención en caso de una posible emergencia.
6. A las actividades de la Escuela de Artes los usuarios deberán asistir con ropa cómoda que les facilite el desempeño de éstas. Del mismo modo los que asistan a los talleres de artes escénicas deberán llevar adecuada hidratación.
7. Los usuarios no están autorizados para retirarse del aula sin excusa o previo conocimiento del profesor o profesional de apoyo del programa.
8. Ningún usuario deberá asistir a los talleres si presenta malestar físico corporal de ninguna índole, en este caso deberán comunicarse con los profesionales del programa o presentar excusa la clase siguiente.
9. Todos los acudientes están en la obligación de mantener la documentación actualizada de acuerdo a la edad cronológica del usuario: Registro civil antes de los 7 años, tarjeta de identidad a partir de los siete años hasta los 18 y cedula de ciudadanía obligatoria posterior a los 18 años.
10. Los acudientes no deben ingresar con el usuario a clase.



**F. Base de datos de los usuarios atendidos**

	NOMBRE	C C C	T I	E D A D	NUM ERO	TIPO DE DISCAPACI DAD	DIAGNÒSTICO	TIPOLOG IA FAMILIA R	BARRI O	Z O N A	SUBSIDIO DEL MUNICIPI O	AULA ABIERTA CON SUBSIDIO	EDAD DE LOS PADRES
1	SAMUEL GOMEZ GOMEZ		X	16	9803 1358 400	COGNITIVA	PARALISIS CER.	NUCLEAR	TRIANO N	7	NO	SI	48
2	ANDRES FELIPE GIRALDO CEBALLOS		X	17	9709 0822 407	COGNITIVA	RML	MONOPA RENTAL	LA MINA GUALAN	6	NO	NO	54
3	MARTHA LUCIA GALLEGO MEJIA	X		48	4384 1935	COGNITIVA	RML	NUCLEAR	DAYES GUALAN	7	NO	NO	60
4	MARIA AMPARO GALLEGO MEJIA	X		48	4374 1934	COGNITIVA	RML	NUCLEAR	DAYES SAN MARCO	7	NO	NO	60
5	MARIA DE LAS MERCEDES ZAPATA FLORES	X		52	4289 2757	COGNITIVA	RML	EXTENSA	S	2	NO	NO	49
6	SILVIA ELENA GOMEZ GARCIA	X		25	1037 5934 98	COGNITIVA	RML, PRADER W	EXTENSA	EL SALADO LOS NARANJ OS	6	NO	NO	63
7	LAZARO DE JESUS GONZALEZ RAMIREZ	X		50	9856 5974	COGNITIVA	RML	MONOPA RENTAL	B. OBRERO	9	NO	NO	79
8	ANALIDA ROBLEDO GARCIA	X		34	4387 0159	COGNITIVA	S. DOWN	EXTENSA	LAS ORQUID EAS	9	NO	NO	41
9	CRISTIAN CAMILO AGUDELO PALACIO	X		16	9710 0116 620	COGNITIVA	RML	EXTENSA	LA MAGNO LIA	3	NO	SI	33
10	DANIEL SEBASTIAN TRUJILLO CANO	X		16	9712 3111 706	COGNITIVA	RMS	NUCLEAR	EL DORAD O	9	NO	NO	35
11	GINESVEDA GALLO CARO	X		40	4374 7374	COGNITIVA	S. DOWN	NUCLEAR	ALTO DE	7	NO	NO	73
11	PEDRO NEL	X		61	1524	COGNITIVA	RML	EXTENSA		3	NO	NO	55

2	ECHEVERRY HERNANDEZ HAVEIDY		1281				LOS RAVE					
1	ALEJANDRA		1037									
3	GALLEGO SANCHEZ	X	23	73	COGNITIVA	RMM	MONOPA RENTAL	LA PAZ	7	NO	NO	53
1	DANIELA ACEVEDO		1037									
4	ACEVEDO	X	18	52	COGNITIVA	S. DOWN	MONOPA RENTAL	B. MESA	9	NO	NO	72
1	MARIA PIEDAD		4297		SENSORIAL -	RML (RETRASO EN						
5	VILLA PIEDRAHITA	X	57	5564	AUDITIVO	EL DSLLO POR	HERMAN OS	EL DORAD O	7	NO	NO	66
1	LINA MARÌA ZAPATA		4345									
6	RESTREPO	X	39	3218	COGNITIVA	RML	MONOPA RENTAL	TRIANO N	7	NO	NO	66
1	MARTHA SOFIA		4375									
7	DUQUE LOPEZ	X	46	5473	COGNITIVA	RML	MONOPA RENTAL	LA MAGNO LIA	9	NO	NO	73
1	SALOMON GARCÌA		9912									
8	CHAVARRÌA	X	14	863	COGNITIVA	RMM	EXTENSA	SAN MARCO S	2	NO	NO	41
1	ANA MARÌA SEGURA		1037									
9	VALENCIA	X	19	73	COGNITIVA	RML	NUCLEAR	B. MESA	9	NO	NO	62
2	TOMAS SIERRA		9708									
0	GUTIERREZ	X	16	680	COGNITIVA	RML	NUCLEAR	PRIMAV ERA	8	NO	SI	60
2	JUAN CAMILO		1001		SENSORIAL -							
1	RUEDA MORENO	X	13	18	AUDITIVO	RML	EXTENSA	EL DORAD O	7	NO	SI	42
2	DANIEL MURIEL		9605									
2	RODAS	X	17	021	COGNITIVA	D. DE ATENCION	NUCLEAR	LOS NARANJ OS	9	NO	SI	41
2	OMAR NICOLAS		7162									
3	AGUDELO VALENCIA	X	50	4486	COGNITIVA	RML	HERMAN OS	EL TRIANO N	7	SI	NO	64

2	ANDRES FELIPE		1037	SENSORIAL - VISUAL	RML	LOMA DEL CHOCHO						
4	QUIROZ RAMIREZ	X	23	79		EXTENSA	O	5	NO	NO		54
2	MARIBEL BETANCUR		1037			MONOPA						
5	YEPEZ	X	27	39	COGNITIVA	PARALISIS CER.	RENTAL	LA MINA	6	SI	NO	58
2	MARIA GABRIELA		1146				EL DORADO					
6	ARCILA FONSECA	X	20	26	COGNITIVA	S. DOWN	NUCLEAR	O	7	NO	SI	52
2	JOSE LUIS DEL VALLE		9867									
7	TABORDA	X	34	0965	COGNITIVA	S. DOWN	NUCLEAR	B. MESA	9	NO	NO	75
2	SARITA BETANCUR		1037									
8	RAMIREZ	X	23	87	MULTIPLE-FISICA COGNITIVA	PARALISIS CER.	NUCLEAR	CAMINO VERDE	6	NO	NO	55
2	JENNY EUGENIA		3229				EL DORADO					
9	SIERRA GOMEZ	X	33	5653	FISICA	FISICA, RML	MONOPA RENTAL	O	7	SI	NO	53
3	MAYRA ALEJANDRA		1020									
0	CORREA ESPINAL	X	27	27	COGNITIVA	S. DOWN	EXTENSA	B. MESA	9	NO	NO	66
3	SANTIAGO OSPINA		1037									
1	URIBE	X	18	42	COGNITIVA	S. DOWN	MONOPA RENTAL	EL PORTAL	2	NO	SI	55
3	DANIEL OSPINA		1039									
2	TANGARIFE	X	26	37	SENSORIAL-VISUAL	BAJA VISION	MONOPA RENTAL	LOS NARANJOS	9	NO	NO	57
3	GUSTAVO ADOLFO FERNANDEZ		8359									
3	GAVIRIA	X	29	972	COGNITIVA	RML	EXTENSA	JOSE FELIX	9	NO	NO	66
3	LEIDY LISETH		1037									
4	FLOREZ LONDOÑO	X	24	0	COGNITIVA	RML	NUCLEAR	LA MINA	6	NO	NO	62
3	BLANCA UBALDINA		4304				MONOPA	SAN				
5	MESA HURTADO	X	51	9609	SENSORIAL-VISUAL	BAJA VISION	RENTAL	MARCO	2	NO	NO	51

3	MARIO DE JESUS		7055	SENSORIAL-VISUAL	INVIDENTE	S							
6	GUTIERREZ RIOS	X	52	0544		EXTENSA	PRIMAVERA	8	NO	NO		52	
3	MARIA CLEMENCIA		4287	SENSORIAL-AUDITIVA		MONOPARENTAL	MILAN	8	NO	NO		78	
7	GONZALEZ LLANO	X	54	4976	AUDITIVA		EL DORADO	8	NO	NO			
3	RAUL MANUEL		1037	6177		MONOPARENTAL							
8	MERCADO SALCEDO	X	25	26	COGNITIVA	S. DOWN		7	NO	SI		61	
3	JULIAN ESTEBAN		8033			MULTIPLE-COG. MENTAL	PRIMAVERA						
9	LARA AGUDELO	X	28	172		RMM	EXTENSA	8	SI	NO		63	
4	JANCELY BIBIANA		3229										
0	ALVAREZ SEPULVEDA	X	29	9400	COGNITIVA	RMM	NUCLEAR	9	NO	NO		54	
4	INES ELVIRA		4275			SENSORIAL-VISUAL	MONOPARENTAL	8	NO	NO			
1	POSADA RESTREPO	X	45	6571	INVIDENTE		PRIMAVERA	8	NO	NO		45	
4	LUZ YANETH		4374			SENSORIAL-AUDITIVA	MONOPARENTAL						
2	ROMAN ARISTIZABAL	X	37	9019	AUDITIVA		MUA	3	NO	NO		69	
4	JOSE IGNACIO		9849										
3	LOPEZ SALAZAR	X	52	2953	COGNITIVA	RML	HERMANOS	7	NO	NO		62	
4	SARITA MONTOYA		1037	6177	MULTIPLE-COG.-VISUAL	S. DOWN- INVIDENTE	NUCLEAR						
4	GOMEZ	X	22	26			SAN JOSE	6	NO	SI		58	
4	GILBERTO DE JESUS		7056										
5	MALDONADO CHAVARRIAGA	X	45	5422	COGNITIVA	RML	HERMANOS	6	NO	NO		52	
4	MARIANA URIBE		1037	6290									
6	BUSTAMANTE	X	21	70	COGNITIVA	RML	EXTENSA	3	NO	SI		68	
4	OSCAR MAURICIO		8030				MONOPARENTAL						
7	MEDINA AGUDELO	X	29	875	COGNITIVA	S. DOWN	RENTAL	6	SI	NO		69	
4	EMANUEL		1037				SEÑORIAL						
8	RODRIGUEZ ARCILA	X	20	6323	COGNITIVA	S. DOWN	NUCLEAR	7	NO	SI		43	



6	DIANA ISABEL			4379	MULTIPLE- COG.-															
0	CASTRO GARCIA	X	48	8942	VISUAL	RML			MONOPA RENTAL	BOSQUE S ZUÑIGA	2	NO		NO						82
6	VIVIANA RESTREPO			1037						SAN MARCO										
1	VELEZ	X	22	61	COGNITIVA	RML			EXTENSA	S	2	NO		NO						68
6	LUZ EDILMA			4386																
2	ALVAREZ JIMENEZ	X	43	9163	COGNITIVA	RML			EXTENSA	LA MINA	6	NO		NO						46
6	CESAR AUGUSTO			7131																
3	ROMAN VELASQUEZ	X	34	6753	COGNITIVA	S. DOWN			NUCLEAR	ALCALA	8	NO		NO						67
6	XIOMARA FRANCO			1039																
4	ATEHORTUA	X	20	15	SENSORIAL- VISUAL	BAJA VISION			MONOPA RENTAL	SAN JOSE	6	SI		NO						46
6	ESTEFANY ARANGO			4620						ALTO DE LAS FLORES										
5	CARDONA	X	18		COGNITIVA	S. DOWN			EXTENSA		7	NO		SI						24
6	JAIME ALBERTO			8005	MULTIPLE COG.															
6	JARAMILLO GIL	X	34	8761	MENTAL	RMS			NUCLEAR	URIBE ANGEL	3	NO		SI						66
6	HERNAN ALBEIRO			7056																
7	TANGARIFE BOLIVAR	X	50	0458	FISICA	PARALISIS CER.			EXTENSA	SAN RAFAEL	6	NO		NO						52
6	LINA MARCELA			3224						EL DORAD										
8	LOPEZ MIRA	X	31	2756	COGNITIVA	RML			EXTENSA	O	7	SI		NO						58
6	ANA RAQUEL			9611						LA SEBASTI										
9	ORTEGA HENAO	X	17	516	COGNITIVA	RML			EXTENSA	ANA	3	NO		SI						42
7	ISAAC CORRALES			1037																
0	CORRALES	X	20	82	COGNITIVA	RML			NUCLEAR	EL SALADO	6	NO		SI						45
7	DORA ALICIA			4378					MONOPA	ROSELL										
1	URREGO LOPEZ	X	52	0139	COGNITIVA	RML			RENTAL	ON	6	NO		NO						76
7	HECTOR HARRY																			
7	MORENO			8161						URIBE										
2	HERNANDEZ	X	31	734	COGNITIVA	RML			NUCLEAR	ANGEL	3	NO		SI						53







9	MARIA ADELAIDA			1037		
8	PATIÑO BETANCUR	X	28	574504	COGNITIVA	RMM
9	ANDRES FELIPE			96110805		
9	GARCIA LOPEZ	X	17	605	COGNITIVA	RML
1						
0	GLADYS IRENE			4288		
0	LOAIZA VELEZ	X	55	0097	COGNITIVA	RML

	NUCLEAR	EL OASIS	7	NO	NO			59
	NUCLEAR	SAN RAFAEL	6	NO	SI			39
	HERMANOS	SAN JOSE	6	NO	NO			54

## G. Formato de visita domiciliaria

 Alcaldía Municipal de Envigado		<b>VISITA DOMICILIARIA</b>				Código: GS-F-014				
						Versión: 002				
						Página 1 de 3				
Motivo de la Visita				FECHA VISITA						
				DIA		MES		AÑO		
<b>1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE</b>										
Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido				
Documento de Identidad						Fecha de Nacimiento				
		Cédula	Tarj. Ident.	Registro Civil				DIA	MES	AÑO
Años cumplidos		Estado Civil								
		Soltero		Casado		Viudo		Unión Libre		
								Separado		
Dirección			Barrio		Código		Teléfono			
					Estrato					
Tiempo de Permanencia en el Municipio			Actividad que realiza		1	2	3	4	5	6
			Egresos mensuales: \$							
			Arriendo	Servicios	Alimentación		Salud		Otros	
Ingreso Mensual		Concepto		\$		\$		\$		\$
		<input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Subsidiado		<input type="checkbox"/> Vinculado		<input type="checkbox"/> Prepagada <input type="checkbox"/> Ninguno				
SEGURIDAD SOCIAL:		Cual?								
PUNTAJE DEL SISBEN										
Enfermedades que padece:		<input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Siquiátricos <input type="checkbox"/> Renales	<input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cardíaco	<input type="checkbox"/> Renales <input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Óseo			
Discapacitado:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Porcentaje:				Tipo de discapacidad:		<input type="checkbox"/> Motora <input type="checkbox"/> Cognitiva <input type="checkbox"/> Sensorial	
Descripción de la Discapacidad:										

2. COMPOSICION FAMILIAR				
Nombres Completos	Edad	Parentesco	Ocupación	Ingreso Mensual Aproximado
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$



<b>VISITA DOMICILIARIA</b>	<b>Código: GS-F-014</b>
	<b>Versión: 001</b>
	<b>Página 1 de 3</b>

3. ASPECTOS DE LA VIVIENDA							
<b>3.1 TIPO</b> (Marque con una X encima de la opción)							
<b>Casa</b>	<b>Apartamento</b>	<b>Pieza</b>	<b>Tugurio</b>	<b>Otro</b>	<b>¿Cuál?</b>		
<b>3.2 TENENCIA</b> (Marque con una X encima de la opción)							
<b>Propia</b>	<b>Familiar</b>	<b>Arrendada</b>	<b>Prestada</b>	<b>De paso</b>	<b>Temporal</b>	<b>Otra ¿Cuál?</b>	
<b>3.3.SERVICIOS BASICOS</b>				<b>3.4 ESTADO</b>			
<b>Energía Eléctrica</b>	<b>Acueducto</b>	<b>Alcantarillado</b>	<b>Sanitario</b>	<b>Sin revocar</b>	<b>Revocado</b>	<b>Tapia</b>	<b>Otros</b>
<b>3.5 CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA</b>							

<b>4. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL PROGRAMA DE SUBSIDIOS</b>			
4.1. ¿Recibe usted algún Subsidio?	SI	<input type="checkbox"/>	
	NO	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?
4.2. ¿Algún miembro de esta familia recibe subsidio?	SI	<input type="checkbox"/>	
	NO	<input type="checkbox"/>	Nombres y Apellidos ¿Cuál?
<b>5. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA DINAMICA FAMILIAR</b>			
DINAMICA FAMILIAR			
MANEJO DE LA AUTORIDAD LIMITES Y NORMAS			
ENTORNO Y RELACIONES SOCIALES			



**VISITA DOMICILIARIA**

Código: GS-F-014

Versión: 001

**6. ASPECTOS RELACIONADOS**

ESCOLARIDAD

- Ninguna     Primaria     Bachillerato     Universitarios     Postgrado

SITUACIÓN LABORAL:

- Empleado     Pensionado     Jubilado

RELACIONES FAMILIARES:

APOYO DE LA FAMILIA: Quien le brinda mayor apoyo?

Tipo de apoyo?

- Económico     Alimentación     Recreación     Vestido     Hogar     Medicamentos

**6.1 COMUNICACIÓN**

Con quien se comunica más ?

- |            |       |        |        |        |           |                           |
|------------|-------|--------|--------|--------|-----------|---------------------------|
| Esposo (a) | Hijos | Nietos | Amigos | Vecino | En grupos | Ninguno de los anteriores |
|------------|-------|--------|--------|--------|-----------|---------------------------|

Con quien le da más dificultad comunicarse?

- |            |       |        |        |        |           |                           |
|------------|-------|--------|--------|--------|-----------|---------------------------|
| Esposo (a) | Hijos | Nietos | Amigos | Vecino | En grupos | Ninguno de los anteriores |
|------------|-------|--------|--------|--------|-----------|---------------------------|

ACTITUD DEL ADULTO MAYOR SOBRE LA FAMILIA?

ACTITUD DE LA FAMILIA HACIA EL ADULTO MAYOR?

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES GENERALES DE LA VISITA ACORDE CON PROGRAMA

5. OBSERVACIONES DEL VISITADOR ( UTILIZAR HOJA ANEXA EN CASO DE REQUERIRLO)










**I. Formato de control de asistencia**



**CONTROL DE ASISTENCIA**

**Código:  
GS-F-008**

**Versión:  
000**

**Página 1  
de 1**

<b>NOMBRE DE LA ACTIVIDAD</b>							
<b>FECHA:</b>							
<b>OBSERVACIONES</b>							
NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA Y/O TARJETA IDENTIDAD	EDAD	NIVEL DEL SISBEN	BARRIO	TELEFONO	OCUPACION U OFICIO	FIRMA
<b>Revisó: (Nombre y Apellido)</b>				<b>Aprobó (Nombre y Apellido)</b>			
<b>Firma:</b>				<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>				<b>Fecha:</b>			

