

**Resignificación del Rol del Cuidador de Personas en Situación de
Discapacidad, como Agente Clave en los Procesos de Inclusión y Participación
Comunitaria**

Por:

Diana Carolina Henao Pérez

Natalia García Herrera

Yesenia Naranjo Aguirre

Docente:

Katy Luz Millán Otero

Universidad Católica Luis Amigo

Especialización en Intervenciones Psicosociales

2019

TABLA DE CONTENIDO

1.	PLATAFORMA DE GESTIÓN DE LA PROPUESTA	3
2.	DIAGNÓSTICO PSICOSOCIAL	7
	Referente contextual y legal	7
	Caracterización de la población	8
	Contexto de la Intervención	9
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
4.	JUSTIFICACIÓN	15
5.	OBJETIVOS	17
	Objetivo general	17
	Objetivos específicos	17
6.	REFERENTES TEÓRICOS	18
7.	METODOLOGÍA	21
10.	PRESUPUESTO	27
11.	REFERENCIAS	27

1. PLATAFORMA DE GESTIÓN DE LA PROPUESTA

Nombre de la entidad u organización

Administración municipal Ciudad Bolívar Antioquia “Sembrando Progreso” 2016 -2019.

Historia

Dentro de las entidades que participan en las dinámicas sociales, comerciales y políticas del municipio se desconocen procesos independientes que trabajen por la población con discapacidad y la promoción de sus derechos.

Frente a esto, las acciones realizadas que provienen del Plan de Desarrollo Municipal Ciudad Bolívar “Sembrando progreso” 2016 - 2019 se establece la meta “Garantizar la atención integral al 100% de las personas en situación de discapacidad”, esto mediante estrategias de innovación y seguimiento que apunten al desarrollo y bienestar de este grupo poblacional. Entre estas se estableció la creación de la Política Pública de Discapacidad, la cual fue creada y aprobada por el Concejo Municipal en el año 2017.

La Política Pública de discapacidad de Ciudad Bolívar (2016) incluye las líneas acción de “Promoción y Prevención, Equiparación de oportunidades, Habilitación y Rehabilitación, Comunicación e información, y formación e investigación”. Esta política se hace con el objetivo de garantizar una mejor calidad de vida, equidad en las oportunidades y condiciones de igualdad para las personas con discapacidad, a través de intervenciones y acciones institucionales e intersectoriales que permitan el goce efectivo tanto de sus derechos como los de sus familiares y cuidadores.

Partiendo de esto, la Secretaría de Salud y Bienestar Social, busca dar cumplimiento efectivo de todas estas orientaciones y requerimientos, por medio del Programa de Discapacidad Municipal, el cual se encarga de brindar todo el acompañamiento a este grupo poblacional bajo las directrices establecidas, y desarrolla estrategias para articular estas acciones con las diferentes entidades de orden público, privado y con la comunidad en general.

El programa de discapacidad actualmente cuenta con recursos humanos suficientes para alcanzar los objetivos proyectados, a este se articulan entidades como Comfenalco, Ese Hospital La Merced- Salud Pública, Casa de la Cultura, Indeportes, Cultivarte, entre otros y cuenta con dos infraestructuras principales que son el Salón de discapacidad, ubicado en el edificio del Centro Vida y las instalaciones de la piscina municipal, donde semanalmente se realizan los encuentros.

Misión

La misión de la administración municipal es aportar al progreso y desarrollo del municipio con un mayor margen de prosperidad y bienestar social, asegurando la calidad de vida de sus habitantes, contando con la participación de los diferentes estamentos públicos y privados, que permiten consolidar la ejecución de una apuesta de gobernanza integral.

Visión

En el año 2028 Ciudad Bolívar será un municipio con desarrollo humano, en paz, integral e incluyente. Territorio competitivo, sostenible, innovador y en armonía con la naturaleza; caracterizado por su liderazgo, sembrando progreso articulado a programas subregionales, nacionales e internacionales.

Principios corporativos

Para el cumplimiento efectivo de la misión y visión municipal, se plantean como principios rectores: Transparencia, Participación Comunitaria, Honestidad, Competitividad, Equidad, Alta Gestión, Solidaridad, Respeto, Responsabilidad, Institucionalidad, Objetividad, Sentido de Pertenencia, Inclusión, Eficiencia, Sentido del Bien Común y Servicio.

Objetivos

Implementar un modelo de desarrollo en Ciudad Bolívar, orientado al desarrollo social, económico, cultural, ambiental y tecnológico, mediante la formulación de políticas institucionales y de la adopción de planes, programas y proyectos integrales fundamentados en la gestión transparente, inclusiva, eficiente y participativa.

Población que atiende

Partiendo del interés del proyecto investigativo presentado sobre el tema de Cuidadores de Personas con discapacidad, en el Plan de Desarrollo Municipal se reconoce a la Secretaría de Salud y Bienestar Social como la encargada de ejecutar todas las estrategias y Políticas alusivas a la Atención a grupos vulnerables. En este marco se encuentra *“Garantizar la atención integral al 100% de las personas en situación de discapacidad”*.

Según el Plan De Desarrollo Territorial Sembrando Progreso 2016-2019:

Cada año, un proyecto para brindar atención integral a la población en situación de discapacidad implementado cada año un proyecto en infraestructura vial que facilite la movilidad de la población en situación de discapacidad implementado la Política Pública para las personas en situación de discapacidad. (p.65)

Experiencia de la Administración municipal de Ciudad Bolívar frente las acciones con la población con discapacidad

Las estrategias implementadas en el programa de discapacidad del municipio se han desarrollado a partir de los Planes de Desarrollo proyectados en cada periodo de Gobierno, y actualmente a partir de la Política Pública de Discapacidad, la cual pasa a ser acuerdo municipal en el año 2016. A partir de allí se han venido desarrollando acciones que dan cumplimiento a las líneas estratégicas de este documento orientador, sin embargo, los procesos implementados con el cuidador carecen de metodologías estratégicas que impacten adecuadamente en las necesidades sentidas y se adapten a las realidades experimentadas por estas familias.

2. DIAGNÓSTICO PSICOSOCIAL

Referente contextual y legal

Ciudad Bolívar es un municipio ubicado en el suroeste antioqueño, cuenta con una población de 28.000 habitantes aproximadamente, su actividad económica ha sido la caficultura, principalmente, agricultura, ganadería y comercio.

La población con discapacidad en el municipio de acuerdo a los indicadores del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad RLCPCD (2018) es de 1.256 personas, lo que representa una aproximación del 4.4% del total de la población; de éste se conforma un grupo a través del programa de discapacidad del Municipio de Ciudad Bolívar, Antioquia “Ángeles de Amor”, en cual participan cuarenta y nueve personas con discapacidad y sus familias.

Este grupo se caracteriza por su diversidad, asisten niños desde el primer año de vida y adultos mayores hasta los 66 años. Desde allí se trabaja con todo tipo de discapacidad, siendo la más prevalente la discapacidad cognitiva y Síndrome de Down.

Para las familias de estas personas se creó un espacio llamado “Grupo de Cuidadores Ángeles de Amor”, en el que se les promueve a las familias encuentros creativos, reflexivos, productivos y formativos, esto con la intención de apoyar, escuchar y proponer alternativas para el autocuidado, pues debido a todas las responsabilidades que se generan a partir de los cuidados de la Personas con Discapacidad se evidencia un cúmulo de carga emocional, física y psicológica.

En total 13 cuidadores del Grupo Ángeles de Amor cumplen el rol de beneficiarios directos de la presente propuesta intervención.

De éstas el 56,8% son madres cabezas de familia, el 61,5% del grupo tiene ingresos inferiores a \$400.000 y sólo una de ellas tiene ingresos entre \$800.000 y \$1.000.000; el 53,9% de cuidadores reciben sus ingresos a través de trabajo informal, manutención, alquiler de vivienda, apoyo de los hijos, pensión, organizador de carros y agricultura. Para el 61,6% de las cuidadoras no son suficientes sus ingresos para satisfacer sus necesidades. El 46,2% pertenece al estrato socioeconómico II. La vivienda que habitan las cuidadoras para el 46,2% *es propia*, mientras que 4 cuidadoras correspondiente al 30,8% habitan en vivienda arrendada. La ubicación de las viviendas de 12 de ellas está en el área urbana con el 92,3%, mientras que para una 7,7% está ubicada en el área rural.

Del grupo de 13 cuidadoras la actividad preferencia es Pasar tiempo en familia y participar en actividades artísticas y culturales, un 76,9% tiene una práctica religiosa y un 69,2% se relaciona fácilmente con otras personas. El 76,9% afirma no ser miembro de algún grupo cultural. El 23,1% pertenece a grupos de danza y a la casa de la cultura.

Caracterización de la población

Los cuidadores del grupo Ángeles de amor en un 100% son mujeres en donde el 53% tienen una edad entre 31 y 46 años, el 30,8% están entre 47 y 63 años, el 7,7% están entre los 18 y 30 años y sólo una mujer es mayor de 64 años. Con respecto al estado civil el 30,8% de las cuidadoras, están casadas y otras 4 en unión libre, el 15,4% están separadas y otras 2 solteras. Y una cuidadora es viuda. El 92,3% de las cuidadoras no pertenecen a ningún grupo étnico, mientras que una participante correspondiente al 7,7% pertenece a la etnia afrodescendiente. El 23,1% de las cuidadoras fueron víctimas del conflicto armado,

mientras que el 15.4% sufrieron de desplazamiento forzado. Los hogares de las cuidadoras están conformados de la siguiente manera: 46.2% están conformados por 4 personas, 23.1%, están conformados por cinco miembros, mismo tres hogares están conformados por tres miembros. Mientras que el 7.7% está conformado por dos miembros.

En el total de cuidadoras encuestadas solo 1 afirma poseer título de Tecnóloga, mientras que 5 cuidadoras poseen título de bachiller y 7 solo hicieron la primaria. El 100% de las encuestadas tiene una preferencia por realizar algún proceso formativo, teniendo preferencia los cursos referentes a sistemas. Así mismo tienen interés en vincularse en los siguientes campos laborales: Social, Culinario y Empresarial.

Contexto de la Intervención

El ámbito en el que se dará la presente intervención psicosocial es el social – comunitario ya que el problema central responde a necesidades que emergen en el grupo de Cuidadoras Ángeles de Amor y se enfoca a la complejidad de la realidad social de éste, buscando así que esta comunidad pueda llegar a los cambios deseados frente a las condiciones de vida de las Cuidadoras de personas con discapacidad y de los aspectos que se ven afectados como Deserción laboral, dificultades económicas, agotamiento físico y mental y aislamiento social.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según López & Arrollano (2010): La discapacidad sea una condición de carácter congénita o adquirida puede significar el surgimiento de lógicas e interacciones familiares que en algunos casos podrían deteriorar los vínculos de los miembros de la conforman. Algunas de las reacciones más comunes suelen ser angustia, aislamiento social, necesidad de reequilibrio, aceptación incondicional, negación, búsqueda de un origen y el culpamiento mutuo.

Es por esto que se hace necesario la intervención familiar como parte integral del proceso de rehabilitación de una persona con discapacidad, especialmente el cuidador quien es el que asume un rol directo que afecta su calidad de vida.

“La calidad de vida se debe considerar un fenómeno social complejo y un proceso de percepción personal del nivel de bienestar alcanzado a través de la combinación de las condiciones de vida y el grado de satisfacción con la misma.” (Cardona, Estrada, y Agudelo, 2003, p.2). Partiendo de esta idea, es importante considerar las condiciones de vida del cuidador, como una representación que actúa como un factor protector o de riesgo para sí mismo y la persona con discapacidad y para ello, se debe realizar un acercamiento al concepto de familia y revisar cómo es entendida esta institución en el contexto actual, bajo la circunstancia de la discapacidad y dejar entrever el rol del cuidador y su importancia.

La Política Pública Nacional De Discapacidad E Inclusión Social 2013-2022 (2014), concibe la familia como

Una unidad social compleja, diversa y plural ubicada en un contexto social, cultural y político; un agente político, corresponsable de la vigencia de los derechos y desarrollo integral de sus integrantes, siendo la mediadora entre las personas que se encuentran bajo su cuidado, las instituciones del Estado y las organizaciones sociales. (p.20)

Siguiendo a Valdivia (2008) la familia es una institución, considerada el pilar o la célula de la sociedad y a la cual se le han atribuido diferentes funciones a lo largo de la historia. Actualmente debe hablarse de Familias, en plural y no Familia, en singular, ya que no existe un modelo hegemónico que describa todas las dinámicas y tipologías de las familias existentes; no obstante, puede decirse que una familia, en general, cumple con diferentes funciones en la actualidad como son el soporte económico, el mutuo cuidado físico, la afectividad, la educación o crecimiento emocional y la orientación.

Uno de los roles que emerge y que se asigna o asume en las familias con el advenimiento de esta situación es el del cuidador. El cuidador es la persona encargada de velar por el bienestar de la persona en situación de discapacidad. En la mayoría de los casos el cuidador es un miembro de la familia (madre, abuela/o, hermano/a, tía/o) que por diferentes condiciones ha sido asignado para encargarse de la atención de este individuo. En términos psicodinámicos, podríamos decir que es aquel sujeto que hace las veces de yo auxiliar y que pone su sí mismo al servicio del otro, brindando sostenimiento físico y contención emocional a la persona discapacitada.

El Grupo de Investigación en Ocupación e Inclusión social, de la Universidad Nacional de Colombia, (2008) sostiene que entre las funciones que debe desempeñar un cuidador de una persona con discapacidad están: Ayudar en las actividades básicas cotidianas (higiene, alimentación, etc.), en los cambios de posición, desplazamientos en el interior del domicilio, el transporte fuera del domicilio, administración de los medicamentos, colaboración en tareas de enfermería, administración de bienes y dinero, resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado (crisis, casos de agitación, necesidad de atención por el equipo de salud, etc.), la comunicación con terceros, atender las visitas a la persona cuidada, hacer pequeñas cosas (por ejemplo llevar un vaso de agua, acercar la televisión, ayudar en el acceso a los servicios de salud, manejo de equipos de ayuda (oxígeno, sillas de ruedas, etc), ayudar en la integración de la familia con la persona cuidada, manejo del ocio, entre otros.

Este exceso de responsabilidades puede generar una sobrecarga emocional en esta persona manifestada en agresividad constante contra los demás, dureza en el manejo de las relaciones con otros miembros de la familia que puedan auxiliar en el desarrollo de la labor de cuidado, falta de paciencia con la persona atendida, negación de su estado real, aislamiento progresivo con tendencia a encerrarse en sí mismo, cansancio, depresión y sentimientos de culpa. Despersonalización progresiva, presentación de síntomas de distanciamiento de la persona con discapacidad, ansiedad demostrada en temblor de las manos, incapacidad de centrarse ante cualquier problema, atención escasa o voz estridente. Además, en términos fisiológicos, se puede presentar fatiga consistente e irritabilidad,

postura encorvada, dolores articulares y musculares, ojeras y suspiros frecuentes. (Grupo de investigación en Ocupación e Inclusión social, 2008)

Es claramente evidente, como lo expresa la Política Nacional de Discapacidad e Inclusión Social, que en Colombia el cuidado sigue siendo una tarea feminizada, cuyas implicaciones se hacen presentes en el nivel micro y macrosocial. Usualmente, como lo enuncia Cárdenas (2008) el cuidado es proveído por los llamados cuidadores informales quienes, en general, no han recibido ni la capacitación para la ejecución de dichas tareas ni el reconocimiento económico o social por dicha ejecución pese al alto impacto que, sobre su salud física y mental, su interacción social y sus oportunidades laborales y de desarrollo humano puede tener la dedicación exclusiva a las tareas de cuidado.

Las tareas del cuidado también tienen efectos negativos tanto micro como macrosociales; a nivel micro, la ausencia de garantías laborales, asistencia económica y cobertura en los programas de protección social para los cuidadores impacta de forma directa sobre la economía de las familias incrementando sus niveles de pobreza, con todo lo que esto implica; a nivel macro, el desaprovechamiento de la mano de obra calificada que se encuentra dedicada a las tareas del cuidado puede llegar a afectar de forma importante a las economías nacionales.

Una vez realizado el diagnóstico con las cuidadoras de las personas con discapacidad del grupo Ángeles de Amor, del municipio de Ciudad Bolívar; a través de diferentes herramientas metodológicas, se identificó como problema central la afectación

de las condiciones de vida de las cuidadoras , las cuales tuvieron como puntos en común tres causas inmediatas: limitaciones en el acompañamiento psicológico y médico, carencia de espacios de escucha y sensibilización sobre el papel de la familia en el manejo de la discapacidad y creencias culturales y sociales sesgadas; estas tres causas del problema central que por sí mismas constituyen tres problemas se presentan a su vez debido a el Desconocimiento de cuidadores frente al manejo de la discapacidad, la debilidad en la red de apoyo familia y el rechazo en la discriminación social; todo esto tiene efectos que se reflejan en la Deserción laboral, dificultades económicas, agotamiento físico y mental y aislamiento social.

Las consecuencias relacionadas están relacionadas con la deserción laboral/trabajo informal, dificultades económicas, agotamiento físico y emocional y aislamiento social.

Tanto las causas como consecuencias antes descritas, no solo hacen parte de la realidad social nacional; sino también del contexto de las cuidadoras del grupo Ángeles de Amor de Ciudad Bolívar, hechos que se han constatado en el proceso diagnóstico realizado y es por ello que se retoma el planteamiento que realiza Fantova (2000) proponiendo que los cuidadores también deben recibir una intervención profesional, orientada a mejorar su salud física y mental, puesto que así se propicia una mejor calidad de vida para la persona con discapacidad. Estas intervenciones varían entre: Información, orientación, apoyo emocional, formación, asesoría, promoción de la participación, terapia. Estas intervenciones se realizan con los objetivos de brindar atención individualizada que ayude en la toma de decisiones y actuación, crear redes de apoyo y ayuda mutua entre padres que asumen el mismo rol, desarrollo de actitudes, destrezas y habilidades personales.

López & Arrollano, (2010) afirman que debido a que el cuidador suele ser quien regula las relaciones del resto de la familia con la persona con discapacidad, formar este personaje implica también una intervención familiar. La familia suele ser la única constante en la vida de la persona en situación de discapacidad y por eso es quien mejor va a definir sus necesidades. En la medida en que se ayude a definir la calidad de vida de los miembros de la familia, estos estarán en mejor disposición de responder a las necesidades de las personas con discapacidad y contribuir al logro de su autodeterminación.

Capacitar al cuidador es brindarle las herramientas necesarias para que se convierta en gestor de la inclusión, además permite la integración a los beneficios que la sociedad ofrece, tanto para la persona cuidada, como su familia y la del cuidador/a.

Esto hará posible que entienda su rol y experimente satisfacción en la posibilidad de disminuir la dependencia y/o fomentar la independencia de la persona en situación de discapacidad. (Guía para el cuidador de personas en situación de discapacidad, 2010)

4. JUSTIFICACIÓN

La discapacidad es una condición que ha estado presente a lo largo de la historia del ser humano. Indiscutiblemente ha sido motivo de interés en los diferentes sectores (salud, tecnología, comunidad, entre otros) debido a los múltiples retos que surgen por esta y exigen adaptaciones para comprender e incluir este grupo poblacional en las comunidades.

Bien se sabe que a pesar de la evolución que ha tenido este tema, aún se carece de innumerables acciones que promuevan no sólo espacios físicos accesibles e incluyentes, sino comunidades con conciencia y apertura hacia la diversidad, desmitificando todos aquellos imaginarios que acompañan el término de discapacidad; que han marcado estigmas que afectan el desempeño, la interacción y la calidad de vida de estas personas.

Un punto importante, que se ha convertido en el objeto de interés de este proyecto de intervención, es la forma en cómo la discapacidad ha impactado en las familias de la persona que vive con esta condición, principalmente en su cuidador, el cual es descrito por Ruiz & Nava (2012) como “La persona que se hace cargo, por cuenta propia o por encargo, de vigilar y atender a otra persona como un anciano, un bebé, un convaleciente, o una dependencia”. (p.163). Mediante el proceso diagnóstico realizado se hizo evidente la magnitud del impacto que tienen estas responsabilidades permanentes en las condiciones de vida de estas personas, pues a nivel individual, social, laboral y familiar se posicionan unas prioridades en torno a la persona con discapacidad (PcD), circunstancia que genera sentimientos de soledad, frustración, culpa y temor frente al manejo de las necesidades de la PcD y el desbalance existente con sus propias necesidades y proyectos.

Por la razón anteriormente descrita, y a partir de los hallazgos que surgieron en los encuentros realizados con las madres cuidadoras del grupo de discapacidad de Ciudad Bolívar Ángeles de Amor se pretende desarrollar, mediante una construcción colectiva, una propuesta de intervención que permita generar estrategias que aborden dos escenarios

importantes; el primero, enfocado en el cuidador, brindando herramientas orientadoras que permitan alcanzar mayor equilibrio frente a sus condiciones de vida en relación a las de la PcD, y el segundo, enfocado en los actores institucionales y comunitarios, sensibilizando acerca del significado que tiene su rol en estas personas, generando conciencia de cómo su actuación puede facilitar u obstaculizar la calidad de vida de toda una red familiar y social.

5. OBJETIVOS

Objetivo general

Resignificar el rol del cuidador de las personas con discapacidad (Pcd) del grupo Ángeles de Amor del municipio de Ciudad Bolívar, mediante estrategias de empoderamiento y vinculación institucional y comunitaria.

Objetivos específicos

1. Brindar acompañamiento psicopedagógico a cuidadores de Pcd en la identificación y uso de redes de apoyo, la importancia del cuidado al cuidador y el reconocimiento y manejo de la discapacidad.
2. Favorecer en las cuidadoras de las personas con discapacidad, el reconocimiento de habilidades y capacidades adaptativas.
3. Fortalecer habilidades de formación, empoderamiento y autogestión de los cuidadores de Pcd, a partir de la priorización de sus propias problemáticas y necesidades.

4. Promover capacidad instalada a nivel familiar, institucional y comunitario para el apoyo y orientación al cuidador de Pcd.

6. REFERENTES TEÓRICOS

Realizar un acercamiento a la población con discapacidad, desde la experiencia de vida de los cuidadores de este grupo poblacional, despierta el interés por indagar sobre su quehacer y las representaciones que desde lo personal, familiar y colectivo se construyen.

Esta intención asigna un lugar mucho más visible y representativo a estas prácticas que permanecen inmersas en las dinámicas sociales, que han venido siendo invisibles y por lo tanto descuidadas social y políticamente. Comprenderlas y darlas a conocer es una de las principales apuestas que convoca a la comunidad a ser partícipe de la apertura para brindar el apoyo, el reconocimiento y los espacios de inclusión que estas personas ameritan.

La propuesta de intervención presentada, se basa en una perspectiva socio-crítica, la cual, según Alvarado, L & García, M (2008). Tiene como finalidad “La transformación de la estructura de las relaciones sociales y dar respuesta a determinados problemas generados por éstas, partiendo de la acción-reflexión de los integrantes de la comunidad”. (p.189). Al ser este un paradigma que busca la autorreflexión crítica en los procesos de construcción del conocimiento, se identifica como la estrategia por excelencia para brindar al grupo objeto de intervención las herramientas necesarias para fortalecer capacidades que se demuestren a través de la participación y empoderamiento en su territorio.

Esta propuesta de intervención contiene una visión que promueve la participación e inclusión de la comunidad en todas las fases de investigación en su territorio. En este sentido, según Melero (2011):

El elemento clave que genera la toma de conciencia de la población, es el conocimiento. (...) Invertir en la formación y capacitación de la población, es garantizar la toma de conciencia y generar en la gente la posibilidad de decidir qué, cómo y de qué manera transformar su entorno, llevando sus propias riendas. (p. 345)

De acuerdo a lo anterior, se considera que la modalidad crítica, invita a interpretar la realidad desde una perspectiva transformadora, la cual busca contribuir a una participación más reflexiva y consciente de las realidades de los individuos, posibilidades y alternativas de su potencial; por lo tanto existe un diálogo permanente entre los grupos de investigación, donde no existen jerarquías y tanto el profesional como los participantes son concebidos en un mismo nivel y son responsables del proceso de transformación.

Para entender y dimensionar el rol del cuidador y sus consecuencias en su calidad de vida, primero se ahondará en el término discapacidad, el cual y de acuerdo nuestro contexto Colombiano y para la Política que lo ampara, se entenderá desde la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (2001), quien aprobó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad de la Salud –CIF-, la cual define la discapacidad como “Un término genérico que incluye: deficiencia o alteración en las funciones o estructuras corporales, limitación o dificultades en la capacidad de realizar actividades y restricción en la participación de actividades que son vitales para el desarrollo de la persona ”.(p. 21)

Detrás de una persona con discapacidad, existe un actor trascendental cuya importancia y valor se desfiguran en su rol de cuidador, el cual es descrito por Ruiz & Nava (2012) como “La persona que facilita la vida y complementa la falta de autonomía de una persona dependiente, ayudándola en sus tareas diarias como aseo, alimentación, desplazamiento, entre otras.” (p. 163).

Estas autoras resaltan el rol del cuidador y lo describen como una persona servicial, cuidadosa, pensativa y metida en sí, rescatando todos los aspectos positivos que se reflejan en el alcance de objetivos, puestos en la recuperación y manejo incluso empírico de la condición que enfrenta la persona que está bajo sus cuidados.

Al agotamiento físico y psíquico que produce en los cuidadores la dedicación plena a una persona dependiente, se le conoce como síndrome del cuidador. Ruiz & Nava (2012) refieren que el término Burnout o síndrome del cuidador quemado, “Consiste en un profundo desgaste emocional y físico que experimenta la persona que convive y cuida a un enfermo crónico incurable” (p. 2). Es así, como el cuidador en el afán de ocuparse de las necesidades del otro, empieza a desplazar las propias necesidades, deseos e incluso hábitos que hacen parte de la identidad propia, desencadenándose con el paso del tiempo serias afectaciones en la calidad de vida de los cuidadores.

En cuanto a la salud emocional de los cuidadores, Moreno, Nader & López de Mesa (2004), refieren que estos ejercen su rol desde un “Sentimiento de altruismo, (...) de esperanza y deseo de mejora, la frustración ante el cumplimiento de metas personales genera situaciones de estrés que prontamente conllevan a un compromiso mayor de la salud

física y emocional” (p.28). Lo anteriormente descrito evidencia la afectación de las condiciones de vida de las cuidadoras; según, Urzúa & Caqueo Urizar (2012), la calidad de vida es definida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses.

En conclusión, tal como lo refieren Alvarado & García (2008) la teoría crítica no sólo es crítica en el sentido de manifestar un público desacuerdo con las disposiciones sociales contemporáneas, sino también en el sentido de desenmascarar o descifrar los procesos históricos que han distorsionado sistemáticamente los significados subjetivos. Es así como la propuesta de intervención busca resignificar el rol del cuidador de las personas con discapacidad, mediante estrategias de empoderamiento social y vinculación personal, institucional y comunitaria, direccionadas al mejoramiento de la calidad de vida.

7. METODOLOGÍA

Partiendo de la problemática descrita se propone un abordaje basado en el componente autorreflexivo que fundamenta el paradigma socio-crítico el cual “Considera que el conocimiento se construye siempre por intereses que parten de las necesidades de los grupos; pretende la autonomía racional y liberadora del ser humano” (Alvarado & García, 2008, p. 190), este componente será entonces el punto de partida (acción participativa) que permita la transformación social de la dinámica relacional que se manifiesta alrededor de la discapacidad y sus cuidadores.

Finalmente, como estrategia directa para hacer lectura del contexto, las dinámicas sociales y las problemáticas latentes se hizo uso de las técnicas propias del Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) en el que se sitúa a la población como punto de partida, y pretender según lo describe Villarroel, Duque, Shoemake, Pozú, Camino, Martínez & Pozo, “Obtener información que se basa en la entrevista semiestructurada, la interacción de grupos, (...) la observación participante, la interpretación hermenéutica y, sobretodo, la visualización conjunta de la información”. (p.3)

Objetivos	Actividades	Meta	Indicadores	Recursos	Fuentes de verificación
Brindar acompañamiento psicopedagógico a cuidadores de Pcd en la identificación de estrategias en salud mental para generar un equilibrio integral en ellas.	Talleres de yoga y meditación.	Realización de 8 (ocho) talleres de yoga y meditación.	Número de talleres realizados _____ Número de talleres programados *100	Recursos humanos, colchonetas, sonido.	Listados de asistencia a los encuentros. _____ Evidencia fotográfica
	Seminario en salud mental para fortalecer autoesquemas y desarrollar habilidades para la vida	Realización de 8 (ocho) encuentros, donde se desarrollara un tema semanal.	Número de encuentros realizados _____ Número de encuentros programados *100	Recursos humanos, listados asistencia, aula, video beam, portatil, papelería, material didáctico.	Listados de asistencia a los encuentros. Evidencia fotográfica Material didáctico

	Grupos terapéuticos con las cuidadoras de PcD	Realización de 5 (cinco) encuentros terapéuticos	Número de encuentros terapéuticos Número de encuentros terapéuticos realizados *100	Espacio físico privado	Cuaderno clínico y diario de campo
Favorecer en las cuidadoras de las personas con discapacidad, el reconocimiento de habilidades y capacidades adaptativas.	“Démonos una oportunidad”	Realización de 4 (cuatro) pasantías en las siguientes áreas: educativa, laboral, cultural, deportiva y recreativa.	Número de pasantías realizadas Número de pasantías programadas *100	Recursos humanos, físicos: aula, tablero, papelería, video beam.	Listado de asistencia a los cursos cortos. Registro fotográfico
Fortalecer habilidades de formación, empoderamiento y autogestión de los cuidadores de personas con discapacidad, a partir de la priorización de sus propias problemáticas y necesidades.	Campaña publicitaria: “Detrás de Mí” donde las cuidadoras serán las protagonistas y expondrán su experiencia desde el reconocimiento propio y de su entorno.	Realización de 1 (una) campaña publicitaria	100% de ejecución de la campaña proyectada	Recursos humanos, producción audiovisual.	Producción de la campaña publicitaria
Promover capacidad instalada a nivel familiar, institucional y comunitario para el apoyo y orientación al cuidador de PcD.	Espacios para la participación intersectorial y la construcción de procesos orientadores en manejo y atención de las cuidadoras de personas con discapacidad.	Realización de 6 (seis) Espacios de participación intersectorial realizados	Número de espacios realizados Número de espacios programados	Recursos humanos, Listados asistencia, aula, video beam, papelería, material didáctico	Listados de asistencia a los encuentros. Evidencia fotográfica

	<p>Espacios formativos a las cuidadoras sobre veeduría ciudadana, liderazgo y rutas de atención en salud.</p>	<p>Realización de 3 (tres) espacios formativos a comunidad realizados</p>	<p>Número de espacios ejecutados</p> <p>_____</p> <p>Número de espacios programados</p>	<p>Recursos humanos, aula, video beam, papelería, material didáctico</p>	<p>Material didáctico</p> <p>Ruta de atención en salud para PcD</p> <p>Formatos de seguimiento y veeduría</p> <p>Listados de asistencia a los encuentros.</p>
	<p>Espacios formativos a instituciones y comunidad en temas específicos para la atención, reconocimiento e inclusión para las personas con discapacidad y sus cuidadores.</p>	<p>Realización de 5 (cinco) espacios formativos a instituciones</p>	<p>Número de instituciones identificadas</p> <p>_____</p> <p>Número de instituciones existentes</p>	<p>Recursos humanos, Listados asistencia, aula, video beam, papelería, material didáctico</p>	<p>Listados de asistencia a los encuentros.</p> <p>Evidencia fotográfica</p>
	<p>Documento donde se sistematiza la experiencia de las cuidadoras de personas con discapacidad.</p>	<p>Desarrollo de 1 (uno) documento de sistematización de experiencias</p>	<p>100% de ejecución de documento proyectado</p>	<p>Recurso humano, Portátil</p>	<p>Documento construido Sistematización de experiencia</p>

Fuente: Autoría propia

8. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Presentación y articulación del programa en el municipio.	█	█	█									
Preparación agenda con comunidad e instituciones.		█	█	█								
Talleres de yoga y meditación.			█	█	█	█	█	█				
Seminario en salud mental			█	█	█	█	█	█				
Grupos terapéuticos			█		█		█		█		█	
“Démonos una oportunidad”							█	█	█	█		
Campaña publicitaria: “Detrás de Mí”			█	█	█	█	█	█	█	█	█	
Espacios para la participación intersectorial							█	█	█	█		
Formación en veeduría ciudadana, liderazgo y rutas de atención en salud.							█	█	█	█		
Formación a instituciones y comunidad.							█	█	█	█		

10. PRESUPUESTO

**PROPUESTA FINANCIERA
PROYECTO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL
GRUPO ÁNGELES DE AMOR
MUNICIPIO DE CIUDAD BOLÍVAR 2019**

MONTO TOTAL DEL PROYECTO	\$ 100.040.000	DURACION EN DIAS: 350
MONTO TOTAL MUNICIPIO	\$ 100.040.000	
MONTO TOTAL COOPERANTE	\$ 0	
DURACION PROYECTO (EN MESES)	12,0	

DESCRIPCIÓN DE GASTOS	Cantidad	Unidad	Dura ción (mes es)	Valor Unitario	VALOR TOTAL	
Coordinador proyecto	1	Persona	12	\$ 3.200.000	38.400.000	38,4%
Profesional psicosocial	1	Persona	12	\$ 2.800.000	33.600.000	33,6%
Talento Humano	2			\$ 6.000.000	72.000.000	
Compra de material didactico	1	Servicio	12	\$ 500.000	6.000.000	6,0%
Papeleria, suministros y fotocopias	1	Servicio	12	\$ 100.000	1.200.000	1,2%
Refrigerios e hidratación	520	Servicio	12	\$ 300.000	3.600.000	3,6%
Transporte	1	Servicio	12	\$ 800.000	9.600.000	9,6%
Gastos de operación				\$ 1.700.000	20.400.000	
Campaña publicitaria	1	Comercial	12	\$ 220.000	2.640.000	2,6%
Productos				\$ 220.000	2.640.000	
Subtotal					\$ 95.040.000	
Imprevistos					\$ 5.000.000	5,0%
TOTAL					\$ 100.040.000	100,0%
TOTAL RECURSOS DE INVERSIÓN						100%

Fuente: Autoría Propia

11. REFERENCIAS

- Alcaldía Municipio Ciudad Bolívar Antioquia. (2016). *Plan De Desarrollo Territorial Sembrando Progreso 2016-2019*. Recuperado de <http://perfildealcaldes.socya.org.co/wp-content/uploads/2016/09/Plan-de-Desarrollo-Ciudad-Bol%C3%ADvar-2016-2019.pdf>
- Alvarado, L., & García, M. (2008). Características más Relevantes del Paradigma Socio-Crítico: Su Aplicación en Investigaciones de Educación Ambiental y de Enseñanza de las Ciencias, Realizadas en el Doctorado de Educación Del Instituto pedagógico de Caracas. *Sapiens*. 1-16
- Cárdenas, A. (2008). *Resiliencia ante la vejez, la discapacidad y la pobreza: Historia oral de vida*. (Tesis de Maestría en Salud Pública). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Cardona, D., Estrada, A., & Agudelo, H. (2003). *Envejecer nos "toca" a todos*. Medellín: Universidad de Antioquía.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f). *Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-discapacidad-2013-2022.pdf>

- Fantova, F. (2000). Trabajando con las familias de las personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 31, 192
- López, F. & Arrellano, A (2010) Familia y discapacidad. Una perspectiva teórica aplicada. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8, (3), 1319 – 1362.
- Melero, A. (2011). El Paradigma Crítico y los aportes de la Investigación Acción Participativa en la Transformación de la Realidad Social: Un Análisis desde las Ciencias Sociales. *Cuestiones pedagógicas*, 21, 339-355
- Moreno, M., Náder, A., & López de Mesa, C. (2004). Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y la percepción de su estado de salud. *Avances en Enfermería*, 22, (1), 27-38. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37935/40168>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>
- Ruiz, A & Nava, M. (2012). Cuidadores: responsabilidades obligaciones. *Enf neurol*, 11, (3), 163-169. Recuperado de www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf
- Universidad Nacional de Colombia. (2008). *Guía para el cuidador de una persona*. Medellín: Secretaría Distrital de Integración Social.
- Urzúa , A., & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica* , 61-71.

Valdivia, C. (2008). La familia: conceptos, cambio y nuevos modelos. *La Revue de REDIF*. 1,

12-22

Villarroel, V., Duque, D., Shoemaker, R., Pozú, J., Camino, M., Martínez, A., & del Pozo, F.

(2006). *Diagnóstico Rápido y Participativo en la evaluación de proyectos de*

telemedicina rural: caso de EHAS en Colombia y Perú. Recuperado de

[https://www.researchgate.net/publication/31553221_Diagnostico_rapido_y_participati](https://www.researchgate.net/publication/31553221_Diagnostico_rapido_y_participativo_en_la_evaluacion_de_proyectos_de_telemedicina_ruralcaso_de_EHAS_en_Colombia_y_Peru)

[vo_en_la_evaluacion_de_proyectos_de_telemedicina_ruralcaso_de_EHAS_en_Colom](https://www.researchgate.net/publication/31553221_Diagnostico_rapido_y_participativo_en_la_evaluacion_de_proyectos_de_telemedicina_ruralcaso_de_EHAS_en_Colombia_y_Peru)

[bia_y_Peru](https://www.researchgate.net/publication/31553221_Diagnostico_rapido_y_participativo_en_la_evaluacion_de_proyectos_de_telemedicina_ruralcaso_de_EHAS_en_Colombia_y_Peru)