

**SENSIBILIZACIÓN DE LA SOBRECARGA, AUTOCAUIDADO Y REDES CON
CUIDADOR/AS DE NIÑAS, NIÑOS Y JÓVENES EN CONDICIÓN DE
DISCAPACIDAD PERTENECIENTES AL PROYECTO DE DISCAPACIDAD AP
DIVINO NIÑO EN EL BARRIO MOCHUELO BAJO.**

“CUIDAR CUIDANDOME”

Autoras

Stephanie Yulieth Alarcón Mesa

Débora Patricia Báez Bejarano



Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

Facultad Ciencias Sociales

Trabajo Social

Bogotá D.C.

13 de junio 2018.

**SENSIBILIZACIÓN DE LA SOBRECARGA, AUTOCAUIDADO Y REDES CON
CUIDADOR/AS DE NIÑAS, NIÑOS Y JÓVENES EN CONDICIÓN DE
DISCAPACIDAD PERTENECIENTES AL PROYECTO DE DISCAPACIDAD AP
DIVINO NIÑO EN EL BARRIO MOCHUELO BAJO.**

“CUIDAR CUIDANDOME”

Autoras

Stephanie Yulieth Alarcón Mesa

Débora Patricia Báez Bejarano

Docente seminario de grado:

Martha Lucia Acosta Rincón

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

Facultad Ciencias Sociales

Trabajo Social

Bogotá D.C.

13 de Junio de 2018.

**SENSIBILIZACIÓN DE LA SOBRECARGA, AUTOCUIDADO Y REDES CON
CUIDADOR/AS DE NIÑAS, NIÑOS Y JÓVENES EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD
PERTENECIENTES AL PROYECTO DE DISCAPACIDAD AP DIVINO NIÑO EN EL
BARRIO MOCHUELO BAJO.**

“CUIDAR CUIDANDOME”

Autoras: Stephanie Yulieth Alarcón Mesa y Débora Patricia Báez Bejarano.

Para llevar a cabo el proyecto se estipularon los siguientes objetivos:

Objetivo general

Realizar un proceso de sensibilización a través de un modelo de aprendizaje experiencial dirigido a cuidador/as de niñas, niños y jóvenes en condición de discapacidad pertenecientes al proyecto de discapacidad AP Divino Niño en el Barrio Mochuelo Bajo durante el segundo periodo del 2017 y el primer periodo de 2018

Objetivos específicos

- Sensibilizar a los cuidadores/ras mediante espacios reflexivos - participativos, frente a la sobrecarga.
- Fortalecer las habilidades de los y las cuidadores/as que le permitan estimular su auto cuidado.
- Brindar información sobre las redes de discapacidad con las que cuentan los cuidadores/as de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad, en el barrio, localidad y la ciudad.
- Elaborar una guía de auto cuidado, sobrecarga y redes desde la perspectiva de trabajo social para los cuidadores/ras de niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad.

Palabras clave: Discapacidad, cuidador, sobrecarga del cuidador, auto cuidado, redes, trabajo social comunitario.

Resumen

El presente documento evidencia el proceso de sensibilización en sobrecarga, auto cuidado y redes con cuidadores y cuidadoras de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad de Mochuelo Bajo pertenecientes al proyecto AP Divino niño, de la institución Visión Mundial; como acción que permita reducir la sobrecarga en ellos, mediante estrategias que se derivan en el auto cuidado y las redes desarrollado en el proyecto de intervención social comunitaria “Cuidar Cuidándome”, con el aval de la institución Visión Mundial.

El presente proyecto está guiado metodológicamente por los autores María del Socorro Candamil y Mario Hernán López Becerra con su libro “Los Proyectos Sociales, Una Herramienta de la Gerencia Social” y el proceso de intervención se orienta con la metodología de aprendizaje experiencial del autor Carl Rogers, por medio de la cual se desarrollan cuatro módulos de intervención, los cuales son evaluados, mediante indicadores y metas formuladas.

Abstract

This paper shows the sensitive process in overload, self-care and nets with children and teenagers in disability condition’s caretakers from Mochuelo Bajo Neighborhood, belonging to World vision’s Ap Divino Project; as action that let to reduce the overload on them, throughout strategies based on the self-care and the nets developed in the social community intervention’s project “cuidar – cuidándome” with the World vision approbation .

This project is Methodological based on the authors Maria del Socorro Candamil and Mario Hernán López, especially in their book “Los proyectos sociales, una herramienta de la Gerencia Social “; and the intervention process is guided by the learning experience method from the author Carl Rogers, by means of four intervention modules that are developed and evaluated throughout indicators and formulated goals.

Agradecimientos

Agradecemos en primer lugar a Dios, a nuestras familias, quienes nos han brindado apoyo y fortaleza, durante cada paso ante este proyecto de vida como trabajadoras sociales, a nuestros amigos y compañeros de vida, quienes han sido cómplices en esta aventura; así mismo queremos agradecer a cada uno de nuestros compañeros que han nos hecho reír, llorar, rabiar pero que a su vez nos han hecho más fuerte en nuestro segundo hogar la universidad.

También queremos agradecer especialmente a nuestra tutora la Profesora Martha Acosta que más que ser nuestra docente, ha sido nuestro bastón, nuestra compañera y quien nos ha brindado su apoyo incondicional, no solo en este proceso como trabajadoras sociales, sino en nuestra vida diaria, a nuestros docentes a los que aun hace parte de la universidad como a los que ya no están, pues cada uno de ellos han dejado un granito de arena en nuestra formación académica, nos han hecho cuestionarnos y de construirnos, para volvernos a construir como personas y profesionales.

Finalmente queremos agradecer a la institución Visión mundial, especialmente a Francy Sierra y Ángela Rodríguez quienes nos apoyaron para la creación y culminación del proyecto “Cuidar, Cuidándome”, a la Líder Jenny Portilla quien nos brindó su hogar y su corazón para trabajar con la comunidad, a las cuidadoras, niños y niñas en condición de discapacidad quienes con su apoyo y empatía permitieron la realización de este trabajo.

Patricia Báez

Stephanie Alarcón

Dedicatoria

A mis padres Alejandro Alarcón y Gina Mesa, por su paciencia y constante esfuerzo en mi proceso académico, quienes son guías de mis caminos, quienes me han brindado su apoyo en mis decisiones, en quien confió plenamente y agradezco por brindarme tanto amor y el calor de un maravilloso hogar, ellos quienes con lucha y esfuerzo han construido para mí y mis hermanos un maravilloso paisaje, lleno de realidad, valores, pero sobre todo libertad y respeto. Los admiro y amo con todo mi corazón.

A mis hermanos, Laura y Santiago Alarcón quienes son mi pilar de motivación fundamental en la vida y a quienes quiero brindar el mejor ejemplo posible cada día por medio de mí actuar, guiando sus pasos para que no caigan.

A mis abuelos, Raúl Alarcón que en paz descanse, quien me ayudó a ver desde otra perspectiva la vida desde su ejemplo y fomentó en mí la importancia de la educación ; Mercedes Hernández que me ha acompañado durante toda mi vida y ha protegido con su inmenso corazón; Amparo Hernández, quien me ha brindado siempre su apoyo incondicional en todas las situaciones que se han presentado, mediante amor y nobleza; Miguel Mesa, quien ha confiado en mí cada día y con ello impulsando mis pasos a mejorar. A ellos consejeros de vida, quienes con su experiencia me han guiado con amor para recorrer de la mejor forma el camino.

A mis tías y tío que han acompañado mi proceso y cuando lo he necesitado me brindan sus consejos, sonrisas y apoyo constante para poder salir adelante cuando las situaciones de la vida no son tan agradables.

A Leonardo Figueredo, mi compañero de vida, de sueños, aventuras y más, quien me ha aportado cosas maravillosas, su apoyo, su compañía, su amor que me llenan de alegría cada día, además de la constante motivación que me da y me impulsa a continuar luchando en cada obstáculo del camino; he aprendido de su constante perseverancia para construir sus metas y llegar a cada una de ellas sin rendirse, de su nobleza y su capacidad de brindar tanto cariño incondicional, entre muchas de las grandes virtudes que posee como persona.

Stephanie Yulieth Alarcón Mesa

Dedicatoria

A mis padres Ricardo y Celia, quienes me dieron la vida, y me han acompañado en cada paso de este camino, por su apoyo y amor incondicional, por su paciencia, por enseñarme a disfrutar de los pequeños detalles de la vida, por aceptar cada defecto y convertirlo en fortaleza; a ti madre por ser mi amiga y mi confidente, mujer de grandes luchas, de un corazón tan grande que puede amar sin límites, a ti padre dedico este trabajo pues es el resultado de su cosecha diaria, llena de sacrificios, de risas y de mucho amor, tal vez no estés para acompañarme al final de mi camino, pero siempre te llevare en mi corazón y en mi memoria.

A mis hijos Mauricio, Sara y Camilo mi ángel que está en el cielo, quienes con su luz han iluminado mi camino, que me han hecho una mujer más fuerte, diferente, amorosa, que con sus locuras e inocencia han hecho de este camino, más llevadero pues el saber que un abrazo y una sonrisa me esperan en casa hacen que olvide lo cruel y duro que es la vida.

A mis hermanos Andrés y Johanna que, a pesar de hacer mi vida imposible, no me veo en un mundo sin ustedes pues han sido mi compañía más valiosa en esta vida, pues han estado ahí en los momentos difíciles brindándome su amor y su comprensión, enseñándome cada día lo diverso que es este mundo y lo valioso de aprovechar esa diversidad.

A Alex Machuca mi compañero de vida, quien en cada paso que doy para cumplir mis metas está siempre presente, por ser aquella persona que me brinda su mana para continuar en la lucha, por ser aquel que limpia mis lágrimas cuando estoy triste, por ser el que me da fuerzas cuando siento que desfallezco, por ser quien con su sonrisa y su amor llena de alegría mi vida, a ti que amas lo imperfecto dentro de un mundo perfecto, a ti quien me no solo me ha brindado su apoyo incondicional, sino su amor y paciencia, porque a tu lado y de tu mano comencé una nueva etapa del camino que espero este llena de más triunfos y metas cumplidas .

Débora Patricia Báez Bejarano

Contenido

Introducción	1
1 Identificación del Problema	2
1.1 Identificación y selección de la sobrecarga del cuidador de personas en condición de discapacidad como problema a intervenir	4
1.1.1 El problema y su evolución histórica.	7
1.1.2 Diagnóstico Social	11
1.2 Construcción de imagen objetivo	45
1.3 Planteamiento de alternativas	46
1.3.1 Evaluación ex – ante	46
1.3.2 Elementos de la idea del proyecto	49
2 Formulación del proyecto social	50
2.1 Diseño estructural del proyecto	53
2.1.1 Denominación del proyecto	53
2.1.2 Planteamiento y descripción del problema	54
2.1.3 Justificación	55
2.1.4 Objetivos	56
2.1.5 Metas	57
2.1.6 Localización	57
2.1.7 Población o actores	58
2.1.8 Proceso metodológico	58
2.1.9 Programación	62
2.1.10 Presupuesto	76
3 Ejecución o puesta en marcha	76
4 Seguimiento y evaluación	77
4.1 Evaluación previa	78
4.2 Evaluación Concurrente	78
4.3 Evaluación Final	80
4.3.1 Eficacia del Proyecto de Intervención Social en Visión Mundial	81
4.4 Resultados	85
4.5 Conclusiones	86
4.6 Recomendaciones	88
5 Bibliografía	89
6 Anexos	94

Lista de tablas

Tabla 1	4
<i>Proceso metodológico</i>	4
Tabla 2	16
<i>Conceptos operativos del término cuidador identificados en la literatura</i>	16
Tabla 3	28
<i>Problemáticas</i>	28
Tabla 4	35
<i>Matriz de descripción de problemas</i>	35
Tabla 5	38
<i>Matriz de Vester - Análisis estructural</i>	38
<i>Matriz de Identificación de Actores</i>	43
Tabla 7	48
<i>Matriz DOFA</i>	48
Tabla 8	49
<i>Elementos de la idea del proyecto</i>	49
Tabla 9	50
<i>Marco legal</i>	50
Tabla 10	63
<i>Cronograma de actividades</i>	63
Tabla 11	63
<i>Programación de Actividades - Por sesión</i>	63
Tabla 12	76
<i>Presupuesto</i>	76
Tabla 13	79
<i>Logros y Dificultades.</i>	79
Tabla 14	80
<i>Evaluación Final</i>	80
Tabla 15	82
<i>Indicadores</i>	82
Tabla 16	83
<i>Indicadores por objetivo</i>	83
Tabla 17	84
<i>Análisis Cualitativo del Proyecto de Intervención</i>	84
Tabla 18	86
<i>Análisis de resultados</i>	86

Lista de ilustraciones

<i>Ilustración 1 Edad del cuidador</i>	29
<i>Ilustración 2 Lugar de nacimiento</i>	30
<i>Ilustración 3 Estado civil</i>	30
<i>Ilustración 4 Nivel de escolaridad</i>	31
<i>Ilustración 5 Ocupación</i>	31
<i>Ilustración 6 Tipología familiar</i>	32
<i>Ilustración 7 Número de personas a cargo en condición de discapacidad</i>	32
<i>Ilustración 8 Horas dedicadas a ser cuidador</i>	33
<i>Ilustración 9 Actividades durante el tiempo libre</i>	33
<i>Ilustración 10 Redes de instituciones públicas o privadas</i>	34
<i>Ilustración 11 Matriz de vester.</i>	40
<i>Ilustración 12 Árbol de problemas</i>	41
<i>Ilustración 13 Árbol de objetivos</i>	45
<i>Ilustración 14 Planteamiento de Problemáticas y Alternativas</i>	46
<i>Ilustración 15 Ubicación geográfica</i>	58
<i>Ilustración 16 Cinco pasos para la facilitación en procesos de Educación Experiencial</i>	60

Lista de anexos

<i>Anexo 1 Ficha Visita Domiciliaria</i>	94
<i>Anexo 2 Lluvia de ideas</i>	97
<i>Anexo 3 Escala de sobrecarga Zarith</i>	100
<i>Anexo 4 Escala de Zarith aplicada</i>	101
<i>Anexo 5 Formato de caracterización</i>	107
<i>Anexo 6 Crónicas</i>	110
<i>Anexo 7 Listas de asistencia</i>	120
<i>Anexo 8 Evidencia fotográfica</i>	126

Introducción

Cuidar cuidándose es un proceso de intervención social comunitaria, que se llevó a cabo por dos profesionales en formación de trabajo social, desarrollada bajo el aval de la institución Visión Mundial en el segundo semestre de 2017 y el primer semestre de 2018, con cuidadores y cuidadoras de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad en el Barrio Mochuelo Bajo pertenecientes al programa AP Divino Niño.

Surge a raíz de la problemática evidente de los y las cuidadoras, la sobrecarga del cuidador, evidenciando que esta población no es tenida en cuenta adecuadamente en el Distrito capital por parte del estado y la sociedad, lo que genera que sean un sector vulnerable; por lo que se realiza un proceso de sensibilización en tres pilares fundamentales basados en el diagnóstico social, el cual indica que son: Sobrecarga del cuidador, auto cuidado y redes.

De acuerdo con el proceso de recolección de información, visitas domiciliarias, sesiones grupales con los cuidadores y la observación realizada, es importante destacar que los cuidadores/as no son tenidos en cuenta en los procesos sociales y programas para la discapacidad, pues se realizan diferentes actividades con aquellos que tienen una condición de discapacidad, pero se aísla completamente al cuidador de ellas. De acuerdo con lo anterior cabe mencionar que la responsabilidad de incluir y tener en cuenta el entorno social de las personas en condición de discapacidad es aquel que ejecuta el proyecto y las actividades.

Teniendo en cuenta la dinámica de la población, en este caso los/as cuidadores/as y la necesidad percibida desde ellos mismos, como desde la institución Visión Mundial y las trabajadoras sociales de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca; el proceso de sensibilización se realiza mediante la metodología de aprendizaje experiencial, la cual permite de forma participativa a partir de las experiencias adquirir conocimiento, esta metodología es de los autores (Ronkhe y Buttler, 1995) citado por (Ríos, 2013) y se realiza en 4 fases, valorar, planear, preparar, liderar y evaluar. Esta metodología consiste en construir conocimiento, destrezas y habilidades en los cuidadores para disminuir las problemáticas percibidas, los tres pilares anteriormente mencionados.

El presente documento está compuesto por cuatro secciones, la primera consiste en seleccionar el problema a abordar, la identificación de los hechos en el contexto social para generar un diagnóstico con suficiente información para focalizar y jerarquizar los problemas, posteriormente en base a ello plantear alternativas de solución teniendo en cuenta los recursos de la población y los actores que participan en el proceso.

La segunda sección abarca la formulación del proyecto, es la parte esencial puesto que se deben analizar todos los factores y tener en cuenta la caracterización de los cuidadores para que se tengan los resultados esperados, además se establece su estructura, las actividades a realizar, responde a las preguntas de planificación mediante los objetivos, para cada uno de los pilares se establecen metas, metodología, cronograma de actividades, recursos y responsables.

En la tercera sección se evidencia la ejecución y puesta en marcha del proyecto Cuidar Cuidándome por medio de matrices de planificación y descripción de la metodología empleada, la identificación de logros y ajustes que se realizan durante la intervención con la población. Es allí donde el trabajador social se enfrenta realmente con el reto de manejar de la forma más adecuada la ejecución de cada una de las actividades para llegar al objetivo, teniendo en cuenta que son cuidadores/as de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad las sesiones se llevaron a cabo con personas de distintas edades, niños de la comunidad sin discapacidad, hijos de cuidadores/as con discapacidad y los cuidadores.

Teniendo en cuenta lo anterior se hizo necesario realizar ajustes, pues la sensibilización a cuidadores también se realizó con otras partes de la comunidad del Barrio Mochuelo Bajo, algunos actores no sabían leer ni escribir, es por ello que es importante entender de forma holística las dinámicas de la comunidad en la que se va a intervenir

La cuarta y última, pero no menos importante sección evidencia el proceso de evaluación del proyecto Cuidar Cuidándome en base a los objetivos planteados e indicadores, los cuales permiten hacer una relación directa de los resultados de la intervención con los objetivos. También se mencionan las conclusiones y recomendaciones. Aquí se realizan diferentes análisis que abarcan una mirada general y específica desde todos los actores que hicieron parte del proyecto social comunitario

1 Identificación del Problema

Los proyectos de intervención social, son un proceso orientado a la resolución de problemas, así mismo esta es una herramienta utilizada desde el Trabajo social, que permite generar una interrelación entre lo teórico y lo práctico de la profesión, el autor Saavedra (2015) citando a Ander-Egg señala que la intervención social designa "el conjunto de actividades realizadas de manera más o menos sistemática y organizada, para actuar sobre un aspecto de la realidad social con el propósito de producir un impacto determinado"(p. 137). Desde allí se busca dar una respuesta a las necesidades y problemas que se presentan en un contexto determinado, mediante un análisis de estas. Para la obtención de las metas propuestas dentro de la intervención se debe partir del estudio del contexto social, ya que desde la misma comunidad se pueden identificar los problemas, necesidades o potencialidades que se encuentren inmersas en la comunidad y a su vez de ellas se pueden identificar los recursos con los que cuentan para generar así su transformación social.

Para el presente proyecto se tendrá como base el planteamiento de María del Socorro Candamil Calle y Mario Hernán López Becerra, en el libro: "Los Proyectos Sociales, una Herramienta de la Gerencia Social: Guía para la identificación, formulación, evaluación y puesta en marcha"(2004). Así mismo se genera un aporte a la línea de investigación sociedad y cultura que promueve el conocimiento de las manifestaciones sociales y culturales, desde el ámbito fraternal hasta el oficial, que permiten destacar la identidad y reconocimiento de los diversos grupos dentro de un contexto determinado con el fin de entender sus expresiones políticas, económicas y religiosas, frente al tema del cuidado de cuidares; dirigida a la temática de redes sociales, liderazgo y sociedad, comunicación, sociedad y familia, de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

Teniendo en cuenta que los proyectos sociales están orientados a satisfacer necesidades, solucionar problemáticas o potencializar las habilidades que tiene un actor o un grupo de actores dentro de una comunidad, para el mejoramiento de su entorno y su calidad de vida; para poder realizar este proyecto social se deben tener en cuenta los diferentes actores que se encuentran en la comunidad, así mismo se deben identificar las diversas necesidades o problemas que se presentan dentro de la misma, que permitan generar diversas alternativas para que de ella surja el proyecto de intervención que requiere la comunidad y los actores que en ella participan. Para este fin los autores(Candamil & Becerra, 2004, p.23). Nos plantea el siguiente proceso:

Tabla 1

Proceso metodológico

1	● Identificación: Diagnóstico
2	● Formulación: Programación
3	● Aplicación: Ejecución
4	● Evaluación: Retroalimentación

Fuente: Tomado de(Candamil & Becerra, 2004)

1.1 Identificación y selección de la sobrecarga del cuidador de personas en condición de discapacidad como problema a intervenir

Para el presente proyecto social se tomará la sobrecarga que tiene el cuidador de la persona en condición de discapacidad, como referente al cual se va a dirigir la intervención, ello dado a que su tarea permanente es cuidar a una o varias personas en condición de discapacidad, dejando de lado el tiempo para ellos mismos, su pareja e incluso sus otros hijos o integrantes del núcleo familiar.

Ello como consecuencia de que el cuidador y su familia se convierten en la primera red de apoyo en la situación de discapacidad; ya que el cuidador asume tal actividad sin una capacitación o información previa, puesto que para realizarla se requiere de conocimientos, habilidades, recursos, entre otros y así mismo, el cuidador debe generar modificaciones a sus roles, sus funciones y a su entorno social, así como lo expone Rodríguez & Rihuete (2011) que el cuidador primario “es la persona del entorno del dependiente que asume voluntariamente el papel de responsable en un sentido amplio y está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y para el paciente y a cubrir sus necesidades básicas de manera directa o indirecta.”(p. 136)

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario conocer las cifras y estimando que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; es decir, alrededor del 15% de la población mundial, según estimaciones de la población mundial en 2010 (Organización Mundial de la Salud (OMS); Banco mundial, 2011) Conociendo estas cifras es importante resaltar que son muchas las personas en condición de discapacidad en el mundo y desde siempre han sido vulnerados sus derechos, es por ello que se debe reconocer la lucha a través del tiempo para el reconocimiento de sus derechos, y que estos a su vez buscan el ejercicio de

los derechos de sus cuidadores/ras , puesto que la mayor población en condición de discapacidad se encuentra ubicada en los lugares con mayor grado de vulnerabilidad y mínimo acceso a los servicios de salud, educación, laborales entre otros .(Organización Mundial de la Salud (OMS); Banco mundial, 2011)

Al mismo tiempo se puede identificar que los cambios sociales, económicos y políticos que se han dado a través de los años, han generado que el cuidado de una persona en condición de discapacidad deje de ser un tema de la esfera privada y se le dé una mayor relevancia en la esfera pública, así mismo la mayoría de los cuidados a personas dependientes se realizan en el interior de los hogares y son de carácter no remunerado, y sólo una pequeña parte son provistos por las instituciones formales(Garcia J. R., 2009).

En vista de que el rol de cuidador es asumido principalmente por las mujeres, ya que es asignada como una tarea más de sus quehaceres domésticos, y no por un profesional del área de la salud quien cuenta con las habilidades y conocimiento del tema para desempeñar ese rol; es desde allí que se habla del cuidado informal partiendo de este como “la atención no remunerada que se presta a las personas con algún tipo de dependencia psicofísica por parte de los miembros de la familia u otros sujetos sin otro lazo de unión ni de obligación con la persona dependiente que no sea el de la amistad o el de la buena vecindad” (Rivera,2001) citado por (Lopez & Martinez, 2006). Sin embargo, cabe aclarar que no solo es atención a personas con dependencia psicofísica.

El cuidador informal se desarrolla de acuerdo con su cotidianidad, habilidades y potencialidades para cuidar, es por esta razón que se hace necesario cuidar de ellos; según (Afanador, Ortiz, & herrera, Reflexion sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los Cuidadores", 2005) “Se ha señalado de manera reiterada que para los receptores del cuidado la presencia, la actitud y los conocimientos de los cuidadores son definitivos como parte de su entorno y bienestar”(p.129). Con base en lo anterior las personas en condición de discapacidad requieren un acompañamiento permanente en la mayoría de los casos y para ello su cuidador debe contar con un buen estado de salud, ya que los cuidadores son la principal red de apoyo y soporte social de la persona en condición de discapacidad.

Desde lo mencionado anteriormente se busca identificar las necesidades que tienen los cuidadores de niños, niñas, jóvenes en condición de discapacidad, dentro de su entorno social para que a través del reconocimiento de las redes primarias y secundarias, se pueda fortalecer

el tejido social dentro de la comunidad, ya que este permitirá disminuir la sobrecarga del cuidador entendido como “un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador(como se citó en (GÓMEZ, FERRER, & RIGLA.), otras de las consecuencias que se dan frente a la sobrecarga son de carácter social como: el aislamiento social, débiles relaciones interpersonales, la exclusión social, genera cambios en su vida social y familiar, finalmente estos componentes sino son manejados de forma adecuada puede llegar a generar violencia intrafamiliar o con las otras personas de su entorno social.

Como se ha dicho el cuidador tiene un papel importante en la vida de las personas en condición de discapacidad y su familia, por esta razón y como la dice Afanador, Ortiz, & herrera (2005), es esencial y primordial brindar al cuidador herramientas suficientes para mejorar su habilidad en términos de incrementar la capacidad de afrontamiento de tal forma que satisfaga las necesidades de la persona enferma, responda de la mejor manera a la problemática familiar, mantenga su propia salud y se fomente la buena relación cuidador-persona cuidada, reconociendo y estableciendo apoyos formales e informales, manejando sentimientos de inadecuación o culpa, y planeando su propio futuro y el de su grupo familiar.

A su vez es importante ver y abordar los obstáculos que tienen los cuidadores y las personas en condición de discapacidad frente al acceso a los servicios de apoyo y asistencia por parte del gobierno, ya que cuando no hay un acceso a estos, dificulta que los cuidadores generen una adecuada transición a la vida comunitaria, es desde allí que se debe generar un respaldo a los cuidadores informales, promoviendo la autonomía, ya que esto permitirá que las personas con discapacidad y sus familiares participen en actividades económicas y sociales.

Hacer posible que las personas con discapacidad vivan en la comunidad exige ante todo sacarlas de las instituciones y prestarles apoyo mediante diversos servicios y asistencia en su comunidad, como centros de día, hogares de acogida y apoyo a domicilio. Ya que si los servicios comunitarios, están bien planificados y dotados, tienen mejores resultados, pero tal vez no sean más económicos. La coordinación entre los sectores de la salud, el bienestar social y la vivienda puede asegurar un apoyo adecuado y reducir la vulnerabilidad. Los resultados de los servicios pueden mejorarse cuando los proveedores rinden cuentas a los usuarios y su relación está reglamentada mediante un acuerdo formal de servicios; cuando los usuarios participan en las decisiones sobre el tipo de apoyo, y cuando los servicios son individualizados, en vez de servicios únicos controlados por cada organismo. La formación para los trabajadores

de apoyo y los usuarios puede mejorar la calidad del servicio y la experiencia del usuario. (OMS; Banco mundial, 2011 p. 15) Teniendo en cuenta lo anterior es importante además crear entornos favorables para que de esta manera se pueda disminuir el aislamiento de las personas con discapacidad y así sus cuidadores puedan estar más tranquilos y puedan dedicar tiempo a ellos mismos.

Teniendo en cuenta lo hasta aquí dicho la discapacidad y todo su contexto, es un asunto de todos, ya que con esto surge la necesidad de los cuidadores, que en principio y lo ideal sean de carácter formal o en su defecto cuidadores informales, pero con una preparación adecuada. Teniendo en cuenta que en Colombia el 6.3 % de la población posee alguna limitación (Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2015) y que este va en aumento y que a su vez surge la necesidad de un cuidador, ya sea parcial o de tiempo completo, es por esta razón que se deben buscar medidas que permitan que tanto la persona con discapacidad como el cuidador puedan gozar de su derecho a la participación en la sociedad en diferentes áreas de la vida, a ser aceptado, reconocido, valorado y a tener los recursos necesarios para cumplir su papel. (Universidad Nacional de Colombia; Departamento de la Ocupación Humana; Grupo de Investigación Ocupación e Inclusión Social, 2008, p.7)

1.1.1 El problema y su evolución histórica.

Para poder entender el tema de los cuidadores de personas en condición de discapacidad, se comenzará por describir el concepto de discapacidad desde sus inicios, puesto que desde allí surge la necesidad de los cuidadores; teniendo en cuenta que la discapacidad es una condición social y biológica la cual está tomando mayor fuerza e importancia en la sociedad actualmente, generando políticas públicas y a su vez la configuración de una red de diversos servicios enfocada a un grupo poblacional diverso, con necesidades y demandas distintas.

Históricamente, la discapacidad ha sido un factor de discriminación, ya que las personas con esta condición debían ser desechados, dejados a un lado, abandonados o como fin último eliminados, así mismo y dependiendo del ciclo vital en el que se encontraran dependían de su capacidad para sobrevivir (Macías, 2004, p 441); por otro lado se puede decir que no todas las culturas, ni en todas las épocas se tomaban de igual forma, ya que para algunos era tomado de forma positiva y en otros de forma negativa, esto conlleva que las persona en condición de discapacidad y su familia fueran aislados socialmente. Se puede decir que la discapacidad es

tan antigua como la humanidad misma, así como lo plantea la autora Macías (2004) que sólo a finales del siglo pasado se le da una mayor relevancia a este tema, lo que ha generado una evolución tanto de su concepto como de su clasificación.

Para el presente proceso de intervención se partirá desde el año 1948 cuando se da Declaración de los Derechos Humanos proclamada por las Naciones Unidas, la cual establece el reconocimiento de la dignidad de los seres humanos, mediante unas normas de convivencia sociales, donde los individuos estuvieran “libres de discriminación, desigualdad o distinciones de cualquier índole, la dignidad humana es universal, igual e inalienable”(Naciones Unidas, 1948), sin desconocer que en años anteriores se abordaba de alguna forma el tema de discapacidad por ejemplo: una enfermedad derivada del pecado, y ese era el castigo del mismo, entre otras diferentes formas de entenderla; pero es desde allí que se inicia una nueva concepción a la discapacidad y de los derechos de igualdad a los que se hacían acreedores a nivel mundial. En la década de los 60s se pueden encontrar bastantes referencias que muestran la preocupación de los gobiernos por la atención de la población en condición de discapacidad.(Universidad Nacional de Colombia; Departamento de la Ocupación Humana; Grupo de Investigación Ocupación e Inclusión Social, 2008)

Por otro lado y en concordancia con las luchas de las personas en condición de discapacidad nace en 1980 la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías(CIDDM)*, el cual permite ver una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes; establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella.(Grupo de Clasificación, Evaluación, Encuestas y Terminología; Organización Mundial de la Salud, 2001),y a su vez García & Sánchez (2001) con base a la OMS definen la Discapacidad como “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 un ser humano” Es importante resaltar que la discapacidad se establece como un concepto relativo cuyos significados dependen del contexto histórico, social y cultural en el que se estudie.

Además dentro de las diversas discusiones que se han presentado frente al tema surge la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF (OMS 2001), así como la participación y la restricción de la participación el primero se entiende “como la implicación de un individuo en situaciones vitales con estados de salud, funciones y estructuras corporales, actividades y factores contextuales” y el segundo “son los problemas

que un individuo puede experimentar en la manera o extensión de su implicación en situaciones vitales” (OMS. 2001). Teniendo en cuenta lo anterior algunos de los conceptos podrían relacionarse también al cuidador de la persona con discapacidad severa en la medida en que su actividad restringe su participación en la sociedad.

Entre el S.XIX y S. XX se dan las primeras aportaciones e investigaciones sobre el papel de la mujer y de cómo estas realizan una contribución a la familia y el mercado de trabajo, estas investigaciones se consolidan en EE. UU., Gran Bretaña y algunos países europeos entre los años 60’s y 70’s y veinte años más tarde se dio en España. A partir de la década de los 80’s se inicia varios trabajos y publicaciones sobre la atención informal en la salud, contemporáneamente se generan estudios de la sobrecarga del cuidador; es aquí donde se da un reconocimiento a los cuidadores informales, ya que estos hasta ahora no eran tenidos en cuenta, pues son un grupo poblacional disperso y que a su vez son carentes de poder económico, político y organizativo para convertir sus necesidades en un problema social susceptible de ser investigado y abordado colectivamente. (Garcia, 2009), Con base en lo anterior se establece que cuando hay una persona en condición de discapacidad tendrá a su vez un familiar o un cuidador, que es la persona que está permanentemente con él; además el concepto se empieza a hacer visible por parte de organizaciones internacionales como la OMS, cuando empezó a hablar de las familias y la discapacidad en sus diferentes conceptos en el tema de la salud.

Después de realizar un recorrido en cuanto la discapacidad, su definición y que detrás de cada persona en condición de discapacidad hay un entorno familiar y social, que a su vez desprende un cuidado por parte de otros, se iniciara por establecer al cuidador/ra que permanentemente se encuentran a su lado, para proteger o ayudar a solventar de alguna forma las necesidades que surgen desde la discapacidad, hace necesario entender la definición de cuidado informal, puesto que es aquel que será primordialmente abordado en este proyecto de intervención.

La autora(PERA, 2000)define el **cuidado informal** “como aquella prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos y otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen. Numerosos estudios demuestran que son los miembros de la familia los que con mayor frecuencia prestan este tipo de cuidado”. (p187).Por otro lado según Fine y Glendinning citado por (Garcia, 2009) las investigaciones se centraron fundamentalmente en las mujeres casadas en edad de trabajar, lo que fortalece nuevas líneas de investigación social, para la creación de políticas a las personas dependientes y sus familias, a su vez la introducción y extensión del término ‘cuidador’ (carer en Gran Bretaña y care-giver

en Norteamérica). Esta transición de reconocimiento a los cuidadores informales es fundamental para garantizar los derechos de ellos, ya que anteriormente no se les tenía en cuenta, con el paso de los años y en base a diferentes estudios de programas de salud y enfermería se resalta la importancia de la salud y calidad de vida del cuidador, ya que ello influiría también de forma directa en las personas que tienen condición de discapacidad.

Según el resumen del Informe Mundial sobre la discapacidad (Organización Mundial de la Salud (OMS); Banco mundial, 2011) se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial (según las estimaciones de la población mundial en 2010). A su vez dentro de los procesos demográficos se ha evidenciado el incremento de la esperanza de vida y aumento de manera rápida de la población mayor, además que pueden tener alguna discapacidad, generando gran inquietud sobre el grado de bienestar que tienen estas personas con discapacidad y sus cuidadores, así mismo si cuentan con redes sociales frente a familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo entre otros.

Ahora bien, en Colombia en el año 2001 aparecen los principales apartes y disposiciones de la CDPD (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad) en los que se puede identificar según La Rota & Santa (2011, p. 6-7) “un enfoque primordialmente social de la discapacidad y que dictan una ruta de protección de los derechos de esta población, son los siguientes:

1. El reconocimiento de la discapacidad como un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras que se deben (no a los individuos) a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Cfr. literal e, Preámbulo).
2. El reconocimiento de la dignidad de la vida de una persona con discapacidad y el valor de la contribución que ella hace a la comunidad en los mismos términos y magnitudes que las demás personas que componen la sociedad (Cfr. literales h y m, Preámbulo y Art. 10 y 19 CDPD).
3. La persona con discapacidad (ya no considerado como discapacitado) es aquella que tenga deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás (Art. 1, CDPD).

4. El reconocimiento de la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales (Cfr. literal v, Preámbulo y art. 9 CDPD).

Habría que decir también que en Colombia los cuidadores informales aún no han sido reconocidos como una población que tiene una problemática social específica, partiendo de que la última encuesta general que se realizó para identificar la población con algún tipo de discapacidad fue en el 2005 por el (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2015) para esa fecha se estipula que hay un promedio nacional de 6.3% esto equivale a unos 2.600.000 de la población en situación de discapacidad, aunque este informe ofrece información amplia de las condiciones de vida frente al tema de discapacidad, sin embargo no cuenta con cifras que permitan saber la cantidad de cuidadores que hay en Colombia, pero cabe destacar que se han realizado varios estudios frente a este tema desde el área de la enfermería, la Psicología y otras áreas de salud, y muy poco desde el área social frente al cuidador y las implicaciones que esto conlleva.

Por otro lado, en el Congreso de la Republica se encuentra en debate la Ley 33 de 2009 “por el cual se reconoce al cuidador familiar en casa para personas dependientes y se dictan otras disposiciones” la cual tiene como objetivo reconocer la figura del cuidador familiar de forma jurídica, sus funciones, las cualidades de ellos o ellas y las personas a su cuidado. Dando así un primer paso para reconocer este sector de la población, su problemática, para generar espacios más incluyentes para las personas en condición de discapacidad y su cuidador/a.

1.1.2 Diagnóstico Social

El diagnóstico social se configura como el eje para interpretar y analizar las problemáticas que se presentan en una población, para este caso se tendrán en cuenta cuatro niveles de análisis: el primer momento se realizará desde tres puntos de vista: uno teórico que permitirá identificar la problemática desde allí, uno profesional que identifica la intervención, los roles desde la profesión y otro institucional el cual da las bases de la institución en la cual se realiza el proyecto; en el segundo momento se identificarán de manera precisa las problemáticas a resolver dentro de la población, esto se hará mediante la recolección de información a través de diferentes técnicas participativas, que admitan identificar el grado de relación que hay entre ellas y de esta forma evidenciar el problema a intervenir, el cual permitirá generar un cambio

dentro de la población; el tercer momento se efectúa un análisis y jerarquización de las problemáticas que ha reconocido en la comunidad, sus causas y sus consecuencias y finalmente el cuarto momento se destacan los diferentes actores que participan dentro de la problemática.

1.1.2.1 Primer Nivel de Análisis.

En el primer nivel de análisis se realiza una conceptualización o definición del marco referencial, donde el investigador social definirá su perspectiva de análisis. Esta perspectiva se plantea desde tres puntos de vista: uno teórico, uno profesional y otro institucional.

1.1.2.1.1 Marco Referencial Teórico

A lo largo de los años se ha luchado por conseguir el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, después de algunos años de permanente esfuerzo la OMS define en 1980 en el esquema CIDDM la **discapacidad** definida por (García & Sánchez, 2001) como “toda restricción o ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para el ser humano” (p.16). Esta puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible. Es una limitación funcional, consecuencia de una deficiencia, que se manifiesta en la vida cotidiana.

Posteriormente mediante el esquema CIF en el año 2001 en la Asamblea Mundial de la Salud se modifica el concepto de **discapacidad**, ahora entendida como 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”.(Organización Mundial de la Salud OMS, 2001). Esto como resultado de un nuevo esquema CIF que se determina como “un enfoque bio-psico-social y ecológico superando la perspectiva biomédica” planteada en el esquema clásico de CIDDM.

Es importante resaltar que la persona “no es” discapacitada, sino que “está” en condición de discapacidad. Las discapacidades se pueden clasificar en tres troncos principales: de movilidad o desplazamiento, de relación o conducta y de comunicación. Además, en la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad se establece en el Artículo 23 Respeto del hogar y de la familia, el cual establece garantías para las personas en condición de discapacidad y su núcleo familiar especificadas en los siguientes numerales (3-4 y 5) por las Organización de las Naciones Unidas (2006)

- Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan los mismos derechos con respecto a la vida en familia. Para hacer efectivos estos derechos, y a fin de prevenir la ocultación, el abandono, la negligencia y la segregación de los niños y las niñas con discapacidad, los Estados Partes velarán por que se proporcione con anticipación información, servicios y apoyo generales a los menores con discapacidad y a sus familias.
- Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas no sean separados de sus padres contra su voluntad, salvo cuando las autoridades competentes, con sujeción a un examen judicial, determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que esa separación es necesaria en el interés superior del niño. En ningún caso se separará a un menor de sus padres debido a una discapacidad del menor, de ambos padres o de uno de ellos.
- Los Estados Partes harán todo lo posible, cuando la familia inmediata no pueda cuidar de un niño con discapacidad, por proporcionar atención alternativa dentro de la familia extensa y, de no ser esto posible, dentro de la comunidad en un entorno familiar. (p.18)

Con base a lo anterior se evidencia la importancia de la **familia** para las personas en condición de discapacidad debido a que es la primera esfera social en la que se encuentra inmersa la persona en condición de discapacidad, se entiende como lo afirma Jelin (2005):

“Como una institución social anclada en necesidades humanas universales de base biológica: la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana. Sus miembros comparten un espacio social definido en términos de relaciones de parentesco, conyugalidad y paternidad. Se trata de una organización social, un microcosmos de relaciones de producción, y distribución, con su propia estructura de poder y fuertes componentes ideológicos y afectivos. Reproducción y distribución, con su propia estructura de poder y fuertes componentes ideológicos y afectivos”. (p.5)

Se puede decir que el concepto de familia se ha transformado entendiéndose esta como una esfera social, con una estructura tanto de poder como de conflicto, así mismo dentro de ella existen las tareas e intereses colectivos, pero que a su vez contiene intereses y tareas particulares. Además se puede identificar que este concepto a generado grandes cambios frente a su composición, y las dinámicas que se puedan dar dentro y fuera de ella.

Por otro lado se puede definir a la **familia** desde una perspectiva más clínica, desde las ciencias de la salud según (PERA, 2000) como “un grupo de personas, relacionadas entre sí, biológica, legal o emocionalmente, que no necesariamente conviven en el mismo hogar, y que comparten una historia común y unas reglas, costumbres y creencias básicas, en relación con distintos aspectos de la vida en general, y con el cuidado de la salud en particular. En este grupo tienen lugar acciones de autocuidado y de cuidado a personas dependientes llevadas a cabo por los distintos componentes de este” (p.190). De acuerdo con lo anterior la familia es la base para el cuidado de cada uno de sus miembros, sin embargo, el rol de cuidador generalmente lo asumen las mujeres, madres, hijas, esposas, etc., quienes son invisibilizadas porque realizan sus tareas de hogar.

Teniendo en cuenta que todos cuidamos o hemos cuidado alguna vez a otra persona, (Fundación Valle del Lili, s.f) considera que el “cuidar a alguien es una labor, exigente y satisfactoria; demanda tiempo, esfuerzo físico y emocional. Por eso el cuidado de una persona cercana o ser querido puede vivirse como una experiencia digna y merecedora de reconocimiento por la familia y la sociedad, pero también puede llegar a convertirse en una exigencia, o en una fuente de frustración, aún de enfermedad, para los cuidadores.” (p.1) Antes de evidenciar las consecuencias derivadas de la tarea de cuidar, se definirá que es el cuidador, sus tipos y sus características.

Ahora bien, teniendo en cuenta que los **cuidadores informales** en su mayoría son familiares de las personas en condición de discapacidad es importante hablar del papel de la familia cuando aparece una discapacidad en alguno de sus miembros, según (Rodríguez P. D., 2013) “la familia que tiene un hijo con discapacidad afronta una crisis movilizadora a partir del momento de la sospecha y posterior confirmación del diagnóstico. En este sentido una crisis originada en la presencia de una discapacidad en uno de sus miembros constituye un momento decisivo; el diagnóstico ubica a la familia en un punto de inflexión, se convierte en un momento de referencia marca un “antes” y un “después” en su historia vital.” (p.22) Debido a ello se presentan modificaciones en los roles dentro de la familia, generando frecuentes conflictos en el sistema familiar, (Rodríguez P. D., 2013) también destaca que se presentan fundamentalmente “el conflicto en el escenario de la pareja, conflicto en el escenario de las relaciones parentales, conflicto en el escenario de las relaciones fraternas” (p.22) Es por ello que es fundamental conocer los contextos y estructura de las familias de cada cuidador/ra.

Ahora bien, es fundamental hablar del **cuidador** que tiene múltiples nominaciones por diversos autores; afirma (Herrera & Meléndez, 2011) que “es innegable que la familia es el escenario donde se desarrolla y conserva el cuidado y es justamente desde su interior que emerge la figura del cuidador.” (p.50). Es por ello que a partir del concepto de familia se deriva el rol o función del cuidador, este puede ser formal o informal.

El **cuidado formal** es definido por (García, 2009) como “un conjunto de acciones que un profesional oferta de forma especializada, y que va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de los demás” (P.137) es decir, el cuidador formal es aquella persona que se ha preparado académicamente para ejercer el rol, obteniendo además por su accionar una remuneración económica por parte de las instituciones donde labora.

Por otro lado, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), (2001) define a los **cuidadores y personal de ayuda** como aquellos “individuos que proporcionan los servicios necesarios para el cuidado de otros en sus actividades cotidianas, y para que mantengan el rendimiento en el trabajo, en la educación o en otras situaciones de la vida” (p, 188). Su actuación se financia mediante fondos públicos o privados, o bien actúan como voluntarios, como es el caso de los que proporcionan apoyo en el cuidado y mantenimiento de la casa, asistentes personales, asistentes para el transporte, ayuda pagada, niñeras y otras personas que actúen como cuidadores.

Otros autores definen el concepto de **cuidado informal** qué, según PERA, (2000) “se puede definir como aquella prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos y otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen”. Numerosos estudios demuestran que son los miembros de la familia los que con mayor frecuencia prestan este tipo de cuidado. Pero también otros lo definen como cuidador **primario** que según (Rodríguez & Rihuete, 2011) “es la persona del entorno del enfermo que asume voluntariamente el papel de responsable en un sentido amplio y está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y para el paciente y a cubrir sus necesidades básicas de manera directa o indirecta.

En el presente proyecto de intervención social comunitaria, Cuidar Cuidándome tendrá como base el Cuidador informal; puesto que la población tiene las características propias de este. Para comprenderlas, es necesario realizar una revisión general del concepto, que se mostrará a continuación:

Tabla 2

Conceptos operativos del término cuidador identificados en la literatura

Termino	Concepto	Instrumento
1 Cuidador	Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.	Construyendo el concepto cuidador de ancianos (Reyes, 2001)
Cuidador	Es un concepto mixto formado en gran medida por la realización de tareas de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones sociales y familiares, generalmente parentesco, aunque se extiende a lazos de amistad o de vecindad donde éstos han adquirido el carácter de relaciones primarias.	Grupo de cuidador primario de daño cerebral: una perspectiva de análisis (Bergero, 2000)
2. Cuidador principal	Es la persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro de manera permanente y comprometida	Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada (Venegas, 2006)
Cuidador principal	El término se utilizaba para referirse a los miembros de la familia u otros importantes que atendieron al paciente en su domicilio y que fue identificado por el paciente como su cuidador principal	Manejo del dolor en pacientes con cáncer que reciben atención domiciliaria (Vallerend, 2007)
3. Cuidador informal	Son las personas que no pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio.	Cuidadoras informales en el medio hospitalario (Celma, 2001)
4. Cuidador familiar	Las personas que presten atención a las personas que necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad o la discapacidad. Ellos pueden proporcionar el cuidado en el hogar, en un hospital o en una institución, el concepto se refiere también a los padres, cónyuges u otros familiares, amigos, miembros del clero, profesores, trabajadores sociales, los demás pacientes, etc.	Experiencias del cuidador familiar en el cuidado de un paciente con cáncer (Maeyama, 2007)
5. Cuidador primario	Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo.	La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer (Expósito, 2008)
Cuidador primario	Persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente.	Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer (Alvarado, 2009)
6. Cuidador primario informa	Asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; generalmente es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente.	Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC (Salas, 2006)
7. Cuidador principal familiar	Se identifica como aquel cuidador principal familiar reconocido como primordial agente que da asistencia básica a los pacientes en su condición de enfermedad crónica. Es el apoyo continuo que lo asiste en lo cotidiano y quien asume las principales decisiones sobre su cuidado.	El cuidado de los individuos y de los grupos: quien se cuida (Izquierdo, 2009)

Fuente: Tomado de (Herrera & Meléndez, 2011)

Entendemos entonces el cuidador informal como aquella persona cercana o que es parte de la familia y se hace cargo de los cuidados que requiere a diario la persona en condición de discapacidad; ya sea física, visual, sensorial o cognitiva, entendiendo que cada persona tiene diferentes comportamientos de acuerdo con su condición y diagnóstico, dado a ello varían las actividades y cuidados que requiere la persona dependiente.

Como se mencionó anteriormente se pondrán en evidencia las consecuencias del rol del cuidador y todo ello se enmarca en el concepto de “**sobrecarga del cuidador**” como base para la intervención en sí, ya que la misma está dirigida a las personas que se dedican a cuidar a una persona en condición de discapacidad, es decir cuidadores informales o familiares; que hacen parte del proyecto de discapacidad AP Divino Niño en el barrio Mochuelo bajo de la institución Visión Mundial.

Las tareas y las responsabilidades más comunes que realizan cotidianamente y adoptan los cuidadores y cuidadoras son los siguientes:

- Prestar apoyos para la satisfacción de las necesidades básicas del familiar.
- Prestar apoyos para la realización de Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria.
- Proporcionar afecto a la persona cuidada.
- Gestionar el funcionamiento del hogar en el que vive la persona cuidada (por lo general, la misma vivienda del cuidador) para asegurar los suministros necesarios.
- Procurar las condiciones de seguridad necesarias para el familiar con dependencia.
- Promover la autonomía de la persona cuidada.

Si hablamos del apoyo a la realización de las Actividades de la Vida Diaria de nuestro familiar, las tareas más comunes incluyen:

- Ayuda para las actividades cotidianas del hogar (cocina, limpieza, lavado, etc.).
- Ayuda para los desplazamientos en el interior y exterior del domicilio.
- Ayuda para la higiene y el aseo personal de la persona cuidada.
- Supervisión y ayuda para la toma de medicamentos.
- Tareas de enfermería.(Cruz Roja Española, 2006,p.8)

Son bastantes las actividades y tareas que realizan los cuidadores a diario y estas son aquellas que causan una sobrecarga tanto emocional, como física y económica de los que cuidan; puesto que dejan de lado todas sus esferas sociales y se enfatizan únicamente en satisfacer las necesidades de la persona en condición de discapacidad.

De allí se puede entender la **sobrecarga** como lo menciona Roig, Abengózar, & Serra, (1998) es “el resultado de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas, referentes al estado psicológico que se da a partir del cuidado de una persona dependiente” (p.17-20). Teniendo en cuenta lo anterior este se puede definir a partir de la percepción que tienen los cuidadores de personas dependiente frente a las labores que realiza y de cómo éstas los afecta, ya sea de manera positiva o negativa, así como a la afectación de su propio bienestar, generando conflictos en la aceptación de este nuevo rol de cuidador y lo que esto implica.

Dentro de los diversos estudios que se han dado sobre este tema surgen dos vertientes que son muy relevantes para entender la **sobrecarga** experimentada por los cuidadores como lo menciona Roig, Abengózar, & Serra, (1998) “en primer lugar sería la sobrecarga objetiva del cuidador, esta hace referencia al desempeño de las tareas de cuidado, como por ejemplo, asear al enfermo todos los días, darle de comer, controlar que no coja utensilios con los que pueda autolesionarse, etc. y a su vez se encuentra la sobrecarga subjetiva del cuidador, y ésta se referiría al plano de los sentimientos y emociones que le provocan dicha labor de cuidado.” (p. 217). Estas dos vertientes nos permiten entender que la sobrecarga no solo va enfocada hacia las tareas diarias o las funciones que se dan en la cotidianidad, sino que también se encuentra implicada las cargas que se manejan desde las emociones y sentimientos, ya que al aceptar este nuevo rol entran en conflicto el asumir estas nuevas tareas, generando un deterioro de las relaciones familiares, su dinámica y el manejo de la rabia o la culpa.

También cabe señalar que la **sobrecarga** no solo tiene implicaciones psicológicas sino también implicaciones sociales como el aislamiento social, la exclusión social, la ausencia de redes, falta de tiempo libre, así mismo el cuidador comienza una disminución en la atención a su propia salud, proyecto de vida; y como lo plantea la Cruz Roja Española, (2006) Las relaciones sociales son esenciales para mantener un grado suficiente de bienestar, para lograr un buen estado de salud, para disfrutar y aprovechar el tiempo libre, para desarrollarnos como personas y para dar y recibir afectos.(p.29)

En cuanto a la afectación de la **sobrecarga** en el cuidador, este soporta cada día un reto diferente e imprevisto y en muchas ocasiones sufre pérdidas de control personal y presenta alteraciones en la salud física y emocional, esta situación lleva a considerar la necesidad de identificar los trastornos que más padecen, para poder establecer una medida de educación e intervención que impida que estos se presenten (Vásquez y Sánchez, 2008). Citado por (Cerquera, Granados, & Buitrago, 2012). Habría que decir también que esta afectación puede generar en el cuidador ansiedad o frustración, ya que, en la mayoría de los casos, sino en su totalidad a la familia nunca se le prepara o capacita frente a la enfermedad, así mismo ellos asumen este nuevo rol sin la preparación y conocimiento técnico en el cuidado de la persona en condición de discapacidad.

La **sobrecarga del cuidador** se deriva de la falta de acciones por cuidarse ellos mismos, provocando diferentes consecuencias negativas; es entonces cuando toma lugar fundamental en “Cuidar Cuidándose” el **autocuidado** que según (Orem, 1991) se puede dividir en dos unidades; la primera de ellas en el autocuidado colectivo y la otra el individual. Cada uno de ellos nos lleva por diferentes caminos, pero son un mismo fin u objetivo.

Ahora bien, es importante destacar que el **autocuidado** según (Orem 1991) se puede dividir en dos unidades; la primera de ellas en el autocuidado colectivo y la otra el individual. Cada uno de ellos nos lleva por diferentes caminos, pero son un mismo fin u objetivo. De acuerdo con lo anterior se hace necesario conocer las características que nos plantea Orem respecto a las dos unidades generales del autocuidado.

Por otra parte, Correa, (s.f) afirma que el “autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.” (p.3)

Entonces Dorothea Orem evidencia dos tipos **de cuidado**; el cuidado entre todos que es denominado “autocuidado colectivo”, que se refiere a las “acciones planeadas y desarrolladas en cooperación, entre los miembros de una comunidad, familia o grupo, quienes se procuran un medio físico y social afectivo y solidario”. Y, por otra parte, el “autocuidado individual” está “conformado por todas aquellas medidas adoptadas por uno mismo, como gestor de su

autocuidado” citado por (Correa, s.f, p.3), como se ha dicho es de gran importancia que el cuidador tenga un equilibrio frente al autocuidado, puesto no solo debe ser individual, sino que también requiere del otro para mantener su propio bienestar.

Con la claridad del **autocuidado individual y colectivo**, es importante mencionar que existen factores que se deben conocer, puesto que son fundamentales a la hora de abordar el tema del autocuidado; entre los principales se encuentran: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud actual, orientación sociocultural, factores ambientales, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, disposición y adecuación de recursos (recursos económicos), y el estilo de vida. Estos factores intervienen en la decisión de los usuarios acerca de las actividades a realizar para afrontar los retos que se presenten a diario.

Algunos de los factores anteriormente mencionados son netamente de origen social por lo que se fundamenta directamente nuestra intervención, en base también a los requisitos que plantea Dorothea Orem 1993 los cuales son:

- El trabajo de Autocuidado parte del cuerpo, pero transita por todas las dimensiones de la persona.
 - Comenzamos conectando el cuerpo con la mente.
 - A través de la conciencia corporal, detectamos tensiones y malestares.
 - Junto a los malestares físicos, aparecen los emocionales: rabia, miedo, preocupación.
 - Transitamos del malestar al bienestar, a través de diversas técnicas de trabajo corporal.
- Citada por (Correa, s.f)

Una vez comprendida la relación de la sobrecarga y el autocuidado en el ámbito social; es de suma importancia destacar el papel de las redes dentro de la vida de los y las cuidadoras, pues ellas brindarán apoyo para disminuir la sobrecarga y fomentar el autocuidado. Según (Navarro, 2004) “la **red sociales** un universo colectivo en el que las personas, por medio de los vínculos con otros tienen la posibilidad de compartir e intercambiar sus experiencias vitales y sus lecturas acerca de la realidad” (p 48)

Por otro lado se debe identificar a estas **redes** como un tejido de vínculos sociales que rodean al individuo y puede ser continuo o intermitente a lo largo de su vida (Fudge, Neufeld y amp; Harrison, 1997) citado por (Olivares, 2015, p. 4), es por esta razón se deben fortalecer las redes

tanto familiares, como institucionales, ya que este permite generar vínculos y lazos de fraternidad fuertes que les permitirán sobrellevar la carga, que en algún momento sienten al no poder acceder de manera rápida y eficaz a todos los servicios que requieren las personas en condición de discapacidad

Así mismo se puede entender las **redes** como “Entidades dinámicas de carácter colectivo dentro de las cuales existe una multiplicidad de relaciones, tendientes a dar satisfacción a las necesidades de carácter afectivo, informativo y material de sus miembros” (Di Carlo, 1998), como se ha dicho las redes buscan que los cuidadores puedan conocer y acceder a las diversas entidades que les permitan promover, garantizar su propio bienestar y participación en la sociedad de la persona con discapacidad, pero si los cuidadores no cuentan con un conocimiento mínimo, frente al apoyo que se puede dar desde sus familiares, amigos y vecinos, ellos no accederán a estas, se debe agregar que los cuidadores deben tener un apoyo institucional, ya que sin estos van a sentir más pesada sus tareas diarias.

La **red social** también se puede considerar según (Montero, 2003) “no sólo como un objeto que ha acompañado a la humanidad en el mar y en la tierra sino también una forma de organización social en la cual se produce el intercambio continuo de ideas, servicios, objetivos y modos de hacer. La red es sobre todo una estructura social que permite difundir y detener, actuar y paralizar, en la cual las personas y la sociedad encuentran apoyo y refugio, además de recursos” (p.173), en base a lo anterior se hace de suma importancia abordar el tema de redes con los cuidadores de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad, ya que desde allí les permite fortalecer el contacto con otros y con diversas instituciones generando diversos recursos que les permitirá mejorar su calidad de vida.

Sustentando desde el trabajo social con (Chadi, 2000) quien define la **red social** como “un grupo de personas bien sea miembros de una familia, vecinos, amigos o instituciones, capaces de aportar un apoyo real y duradero a un individuo o familia.”

Es por esta razón que el proceso de intervención constituye un reto para trabajo social ya que desde este se deben generar las herramientas adecuadas, para crear **redes sociales** las cuales según (Navarro, 2004) son un “entretejido formado por las relaciones sociales que, en los diferentes ámbitos de vida, vinculan al sujeto con otros. Se configura como un proceso permanente de construcción tanto individual como colectiva, y sus efectos sobre la salud y el bienestar de las personas son especialmente significativos y probados” (p 47).

Ahora bien, se pueden construir redes sociales a nivel primario y secundario, según (Di Carlo, 1998) “entendiendo las primeras como un conjunto de personas que se conocen entre sí las cuales se encuentran unidas por vínculos de consanguinidad, amistad, vecindad, estudio trabajo y ocio, estableciendo relaciones de naturaleza afectiva-positiva o negativas y las segundas son consideradas como las instituciones constituidas normativamente”(p.36).

Como trabajadores sociales estamos llamados ejercer un rol orientado a “descubrir los recursos existentes en la comunidad, potencializar la utilización de estos, actuar como facilitadores de los grupos y colectivos “(Navarro, 2004, p. 52), esto sustenta automáticamente la implementación, aplicación y evaluación de la intervención social comunitaria “Cuidar Cuidandome”

Entonces es fundamental entender en que consiste una **intervención comunitaria** y el papel que desempeña el trabajador social dentro de esta, como lo afirma (Lillo & Roselló, 2004) “ El trabajo social comunitario es la intervención social en el ámbito comunitario (desde una perspectiva global del individuo, a través de grupos y en su comunidad) encaminadas a desarrollar las capacidades personales, grupales y vecinales, fomentando la auto-ayuda y solidaridad, potenciando los propios recursos, tanto a través de la participación activa de sus habitantes, desde la perspectiva individual, como la de sus organizaciones formales e informales a través de sus grupos.”(p.24-25), considerando lo descrito anteriormente se realizó la implementación del presente proyecto, en el cual hay una participación activa por parte de población durante todo el proceso.

1.1.2.1.2 Marco Referencial Profesional.

Desde la profesión de trabajo social se han realizado diferentes intervenciones e investigaciones abordando el tema de cuidador y discapacidad, ya que ha surgido la necesidad de emplear los conocimientos adquiridos en la academia, más las diferentes habilidades que posee un trabajador social especialmente con los cuidadores teniendo en cuenta que algunas de las fortalezas para intervenir es la familia, la dinámica, la comunicación, roles entre otros, que permiten identificar los diferentes problemas y así plantear una acción holística en beneficio de quienes los poseen.

Ahora bien, el trabajador social se ha convertido en la persona que va a encontrar una situación y una realidad, va a examinar esta realidad con los actores, va a realizar una interpretación para

encontrar soluciones y realizará un proceso de acuerdo con las necesidades para así obtener los resultados esperados, dando respuesta a objetivos planteados. Según (Rodríguez J. M., 2011)“La acción del/a trabajador/a social no comienza después del diagnóstico. Su intervención se inicia desde el primer contacto con el actor. 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/a tiene de sí mismo y de su entorno.” (p.26)

Así mismo (Kisnerman, 2005)considera que “el trabajo social es la tarea desarrollada en una realidad concreta, en relación con los hechos o fenómenos que se estudian y a los que se pretende transformar juntamente con las personas implicadas y afectadas por ellos.” (p.161) en base a lo anterior las profesionales en formación realizan acercamiento con la población para conocer su contexto que demarca las diferentes realidades; puesto que el que no conoce desde cerca, no puede comprender realmente de qué manera los diferentes fenómenos están afectando a los cuidadores/as de Mochuelo, pertenecientes al proyecto AP Divino niño de Visión Mundial.

La fundamentación desde el accionar de trabajo social es primordial para el abordaje social de la intervención que se realiza; según Kisnerman, (2005) los trabajadores sociales “seremos implementadores de políticas sociales, animadores de procesos sociales, seremos concientizadores, motivadores, movilizadores, informadores, gestores, etc. El cómo se defina, nuestra función en cada intervención tendrá que ver con la especificidad profesional.” (p.169). Es allí donde la autonomía y creatividad del trabajador social se destacan; pues tomará la función que sea necesaria para desarrollar de la mejor manera la acción que realiza con la población y sus problemáticas, aportando desde su saber profesional a su actuar.

Ahora bien el presente proyecto “Cuidar Cuidándome” es un proyecto de intervención social comunitario puesto que retoma varias técnicas de los niveles de investigación, caso y familiar y grupal; se tomará cada uno de los anteriores como medio, pero no como fin, debido a que la intención es generar un proceso de bienestar comunitario o colectivo mediante diferentes estrategias y técnicas propias de las ciencias sociales, como las visitas domiciliarias, entrevistas, observación participante – no participante, actividades participativas e incluso la misma metodología del aprendizaje experiencial, para que este se replique por medio de los participantes hacía toda la comunidad, dando así aportes para el cambio social y la disminución de la problemática de los y las cuidadores/as de Mochuelo Bajo hallada.

Los roles que un trabajador social desempeña en una intervención social comunitaria según M.G. Ross Citado por (Lillo & Roselló, 2004) como:

- El papel de guía: entendido como aquel que brinda una guía a la comunidad a para establecer y encontrar los medios para llegar a sus propios fines.
- El papel de capacitador: el cual permite organizar a la comunidad, ayudando a que las personas se conozcan y se comprendan,
- El papel de experto: le permite dar información y orientación sobre la situación de la comunidad, a través de la investigación, diagnóstico, información de técnica y valoración e información de otras comunidades.
- El papel de terapeuta social: el cual realiza un diagnóstico y tratamiento de la comunidad a través de grupos representativo, este y cada uno de los papeles que tiene el trabajador social permite que se dé una comprensión holística de la realidad social.

Así mismo el trabajo social comunitario busca que las personas transformen su entorno social a partir de las habilidades y la confianza que poseen, para afrontar las problemáticas de su entorno social, esto se realizará mediante la organización, la acción asociativa, entorno a la elaboración y a la aplicación de proyectos colectivos. Esto se realiza por parte del trabajador social como lo afirma los autores (Gracia & Izquierdo, 2005) para descubrir necesidades y potencialidades del espacio social de que se trate (Barrio, Institución, un colectivo social entre otros); así como el realizar el contacto con la gente, para el desarrollo de actividades para satisfacer necesidades, esto con el fin de repartir las tareas, ayudar a repartir los objetivos entre otros.

Es desde allí que las trabajadoras sociales en formación buscan involucrar a los y las cuidadores/as de personas en condición de discapacidad, para que reconozcan su nuevo rol y función, así como las implicaciones que tienen y desde allí fortalecer el tejido social y comunitario.

1.1.2.1.3 Marco Referencial Institucional

Visión Mundial

World Vision es una organización global de desarrollo, ayuda humanitaria y Advocacy (Incidencia política y movilización) de carácter cristiano, enfocada en el bienestar y la protección integral con ternura de niños y niñas en situación de vulnerabilidad. Desde 1950, World Vision International ha contribuido con la transformación de millones de niños, niñas, familias y comunidades a través de programas de desarrollo, atención a emergencias y promoción de la justicia, sin distinción política, religiosa, de raza, etnia o género. (Visión Mundial, 2017).

World Vision tiene presencia en Colombia desde 1978, actualmente está en comunidades de mayor vulnerabilidad en cinco regiones del país y 17 departamentos, promoviendo relaciones de solidaridad y transformación humana.

Visión Mundial cuenta con 2 enfoques:

- **Bienestar:** El bienestar de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes es el conjunto de condiciones ambientales, culturales, espirituales y sociales que posibilitan el desarrollo de sus capacidades y potencialidades y que les permite establecer relaciones positivas consigo mismo, con los demás y con su entorno. Se articulan estratégicamente para trabajar y responder a las necesidades de la primera infancia (prenatal – 5 años), los escolares (6-11 años), los jóvenes y adolescentes (12-18 años).
- **Protección integral con ternura:** Es la creación de ambientes y sistemas seguros para los niños y las niñas, que resultan de las acciones de incidencia en leyes, políticas, programas y presupuesto de gobiernos locales y nacionales, y de la articulación de diferentes actores sociales (familias, escuelas, organizaciones basadas en la fe, comunidades, empresas, ONG y organismos internacionales) frente al sistema de protección del Estado y sus entes de control, por una niñez tiernamente protegida. (Visión Mundial, 2017)

1.1.3.1 Segundo Nivel de Análisis.

En esta etapa se busca establecer el objeto – sujeto de intervención, como lo plantea (Candamil & Becerra, 2004) para determinar con la mayor precisión las problemáticas de la

población a intervenir, se plantearán las estrategias y alternativas para reducirlas. Esto se realizará a través de los siguientes pasos:

1.1.3.1.1 Identificación de los hechos

Este momento del proyecto se define según (Candamil & Becerra, 2004) como “definida como la caracterización de la situación para identificarlos hechos, fenómenos o circunstancias que determinan la aparición de situaciones que se configuran como problemas” (p.29) es desde aquí que se busca escuchar la voz de los actores para identificar las problemáticas, esto a través de diversas técnicas de recolección de información que se darán a conocer a continuación:

A. La observación

La observación es una técnica propia de las ciencias sociales, que se aplicará durante todo el proceso del proyecto de intervención social comunitario “Cuidar Cuidándome”. Además, Marshally Rossman (1989) definen la observación como "la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado" (p.79) Citado por (Kawulich, 2005) . Esta nos permite ver datos y fenómenos sociales de forma objetiva ampliando la información del contexto social en el que se encuentran inmersa la población de cuidadores.

Esta se puede dividir en dos según Pardinias, (2005) en participante y no participante, la primera es aquella que el observador se involucra y hacer parte de la interacción y la segunda hace referencia a cuando el observador se mantiene al margen y procura hacer análisis objetivos.(p.89)

B. Observación no participante:

La información se retoma en un registro de actividades diarias el día 04 de agosto de 2017 en el cual se realizó una observación no participante al grupo de niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad, los cuales se encuentran realizando un taller de taekwondo dirigido por el IDRD, que es acompañado por la líder de discapacidad Jenny Portilla y algunas madres de familia, quien dedica tiempo para hablar con las profesionales de trabajo social y contextualizar un poco sobre el programa de discapacidad AP. Divino niño, las actividades que se realizan, entre otras temas; posteriormente se concretan horarios para los encuentros con la líder para realizar como primera medida las visitas domiciliarias a los usuarios y luego el

proceso de diagnóstico, ejecución y evaluación del proyecto comunitario “Cuidar Cuidándome”. (Anexo)

C. Visita Domiciliaria

LA visita domiciliaria como lo plantea Tonón (2005) es una “técnica de trabajo social, que reúne otras dos técnicas la observación y la entrevista que facilita la interacción dialógica, teniendo lugar en el ambiente en el cual la persona desarrolla su vida cotidiana, que se basa en un proceso comunicacional verbal, no verbal y se caracteriza por un objetivo definido (Investigación, asesoramiento, seguimiento, cierre) (p.57) se toma como el primer contacto con los y las cuidadores/as de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad en el barrio de Mochuelo bajo, ya que este hace parte del trabajo que se realiza como voluntarias de Visión Mundial, hay que mencionar además que este proceso permitió que los/as cuidadores/as crearan una aceptación del proyecto de intervención comunitaria.

Esta técnica se aplica durante el segundo periodo del 2017 en los meses de agosto, septiembre y octubre a 16 familias de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad, pertenecientes al programa AP Divino niño de la institución Visión Mundial, de acuerdo a esta se puede identificar que el 90% de estas familias quien asume el rol de cuidadora es la mujer, también se pudo evidenciar que la mayoría de las viviendas no contaba con adecuada infraestructura, es importante destacar que 7 familias tienen vivienda propia, mientras que otras 7 viven en arriendo y 2 viven en casa familiar. Se identifica que las discapacidades de los niños/as y jóvenes son diversas, por ende, las tareas de los cuidadores son diferentes.

Esta técnica permitió generar un proceso interactivo “en el cual la pregunta respuesta actúa como un mecanismo de afectación mutua... donde el clima, el ambiente y el tipo de relación, se convierte en pretexto de relación dialógica” (Tonón, 2005), además de generar vínculos directos con la población y reconocimiento a las profesionales en formación por parte la misma.

D. Lluvia de ideas

La lluvia de ideas, (tormenta de ideas o brainstorming), tiene como finalidad recolectar en mayor medida las ideas que tienen un grupo o población con respecto a un problema o situación; su objetivo es el de “poner en común el conjunto de ideas o conocimientos que cada uno de los miembros del grupo posea acerca de un tema determinado, y que con la moderación de una persona, se pueda llegar colectivamente a una síntesis, conclusión o acuerdo. Toda idea

es importante, por lo tanto, debe ser tomada en cuenta y escrita en forma textual con el fin de no sesgar los aportes. Cuando todos los miembros hayan expresado sus ideas, se procede a la clasificación y, por último, a la generación y votación de resultados”.(Delgado Fernández & Solano González, 2009 p.10)

Se busca la generación de más y mejores ideas en el grupo, ya que el trabajo individual es bueno, pero es limitado, mientras que al realizar la técnica anterior frente a un grupo o comunidad se puede ampliar las ideas y conocer desde diferentes perspectivas las problemáticas o necesidades que tienen las y los cuidadoras/res de personas en condición de discapacidad.

La actividad se realiza con un aproximado de 8 cuidadoras, de las 25 familias participantes del programa en su mayoría son mujeres, en los cuales se discuten los siguientes temas:

Tabla 3

Problemáticas

Paciencia, roles, límites	Acompañamiento y apoyo de los padres a sus hijos
Oportunidades	Comunicación entre padres e hijos
Recursos económicos	Conocer las instituciones
Talleres de prevención a los/as niños/as en condición de discapacidad.	Manejo del tiempo libre

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018.

A partir de estos temas se pudo ver desde su perspectiva, sus necesidades, así como los temas que quieren trabajar, es desde allí que se desprenden la identificación de las cargas y necesidades que se presentan en su diario vivir, los recursos económicos, la distribución del tiempo libre de los y las cuidadores, el manejo de roles y los límites, la inadecuada comunicación que hay entre padres e hijos, la falta de iniciativas del estado hacia las problemáticas sociales que se dan en su comunidad, como el acceso a la educación, al transporte público, a la salud entre otros, así como la falta de educación sexual y reproductiva a los chicos en condición de discapacidad, el consumo de sustancias psicoactivas.(Ver anexo 2)

E. Caracterización de la población

En el presente ítem se plasmará la caracterización socio-familiar realizada a los/as Cuidadores/as de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad del programa Ap. Divino Niño de Mochuelo Bajo, el cual permitirá la recolección de datos relevantes de cada familia, que permitirá contextualizar a la población objetivo de intervención.

Entendiendo que la caracterización socio familiar nos “permite identificar las condiciones generales y particulares de cada familia. También, ayuda a organizar de manera sistemática la información obtenida sobre las condiciones físicas, materiales, sociales y comunitarias, para optimizar procesos de planeación y toma de decisiones para la atención de la población”(Institución Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, 2015). Es una de las técnicas primordiales para la recolección de información y la elaboración del diagnóstico.

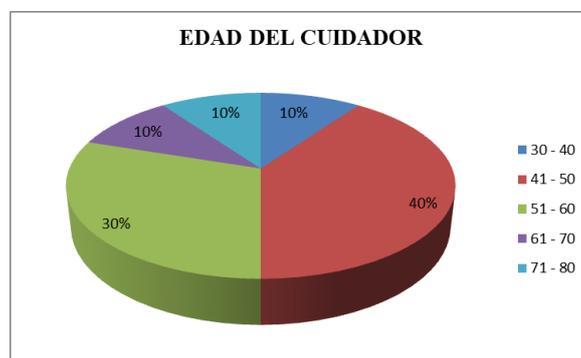


Ilustración 1 Edad del cuidador

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018.

Se puede evidenciar que el 40% de los cuidadores están en un rango de 41 a 51 años, el 30% de 51 a 60 y un 10% de 30 a 40, 61 a 70 y 71 a 80; de acuerdo con lo anterior se hace indispensable por parte de las trabajadoras sociales en formación trabajar con estrategias lúdicas que permitan integrar a todos los cuidadores que en su mayoría son mayores.

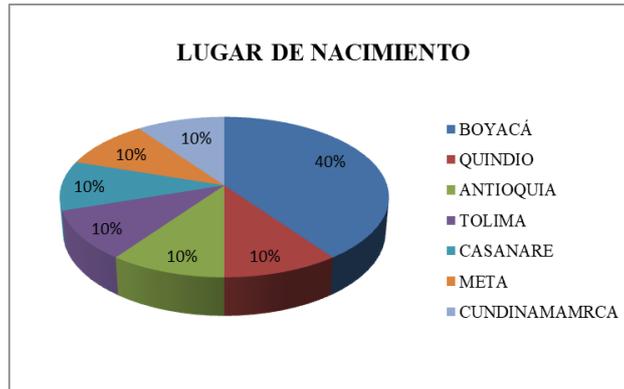


Ilustración 2 Lugar de nacimiento

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018.

Como se muestra en la gráfica el mayor porcentaje de cuidadores (40%) nacieron en Boyacá y los menores porcentajes (10%) corresponden a Quindío, Antioquia, Tolima, Casanare, Meta y Cundinamarca; pero ninguno de ellos es de origen bogotano, teniendo en cuenta que la localidad de ciudad Bolívar es una de las primeras en cuanto número de residentes desplazados, lo que se puede relacionar directamente con el lugar de nacimiento de los cuidadores de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad en Mochuelo Bajo.

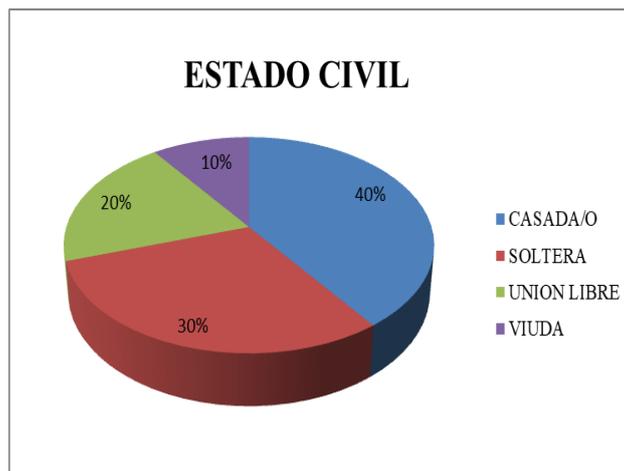


Ilustración 3 Estado civil

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018.

En cuanto el estado civil de los cuidadores se puede resaltar que el 40% están casados/as, el 30% se encuentran solteras, pero con sus hijos, el 20% en unión libre y el 10% viudo/a. Es desde allí que se puede observar la importancia de fortalecer las redes de cada uno de los

cuidadores, pues retomando el lugar de nacimiento no tienen a quien acudir en las diferentes situaciones que se presenten.

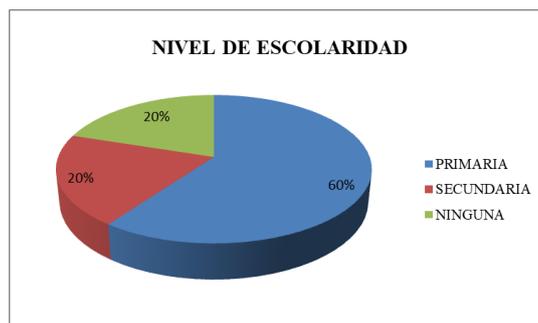


Ilustración 4 Nivel de escolaridad

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018

Los cuidadores de Mochuelo Bajo con quienes se realizó la caracterización un 60% tiene como nivel de escolaridad primario, mientras que el restante 40% se divide el 20% con secundaria y el restante 20% no cuenta con ningún grado de escolaridad; lo que representa un desafío para las trabajadoras sociales en formación debido a la diversidad y carencia de nivel de escolaridad, pues el proyecto tiene que plantearse de una manera creativa que permita la inclusión de todos y todas en el contenido del proceso.

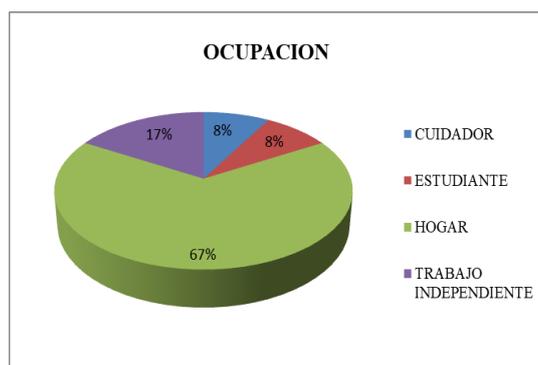


Ilustración 5 Ocupación

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018

La ocupación de los cuidadores tiene tendencia al hogar con un 67%, seguido de trabajo independiente con 17% y por último con 8% la ocupación de estudiante y el otro 8% como cuidador; lo que evidencia la necesidad de realizar un análisis del por qué no se consideran cuidadores, pues todos lo son; desconocen su ocupación o rol como cuidadores y esto conlleva a aumentar la sobrecarga, debido a que se disminuye la atención para ellos mismos normalizando el rol como una tarea más dentro del hogar.

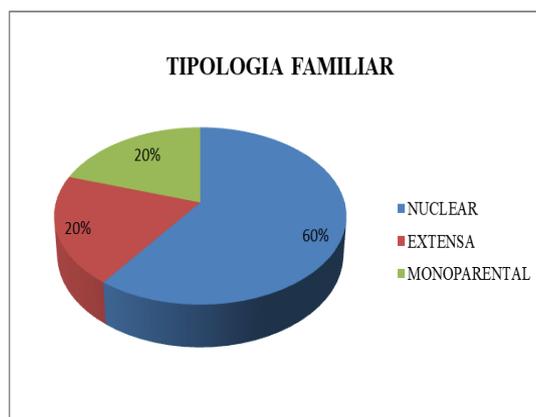


Ilustración 6 Tipología familiar

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018

La tipología dominante de familia en los cuidadores de Mochuelo Bajo es nuclear con un 60%, 20% extensa y 20% monoparental; a pesar de que la mayoría son familias con padre y madre no cuenta con el apoyo de más familia, es decir, no cuentan con redes suficientes para disminuir la sobrecarga que presentan a diario.

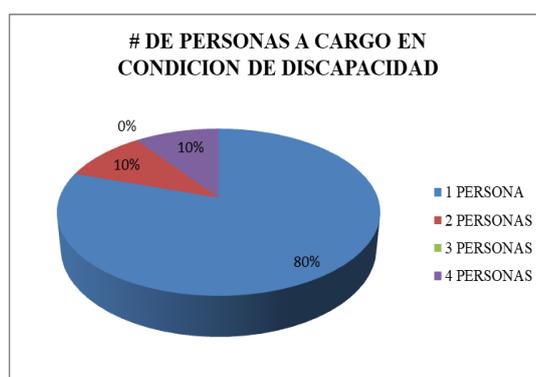


Ilustración 7 Número de personas a cargo en condición de discapacidad

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018

Los cuidadores de Mochuelo Bajo en su mayoría (80%) tienen a cargo solo 1 persona en condición de discapacidad, sin embargo, también el 10% 2 personas y el otro 10% 4 personas; con base a ello se puede evidenciar, que, aunque en su mayoría solo tienen una persona en condición de discapacidad las tareas diarias se hacen más difíciles, ya que en ocasiones no cuentan con la ayuda de los otros miembros de la familia.

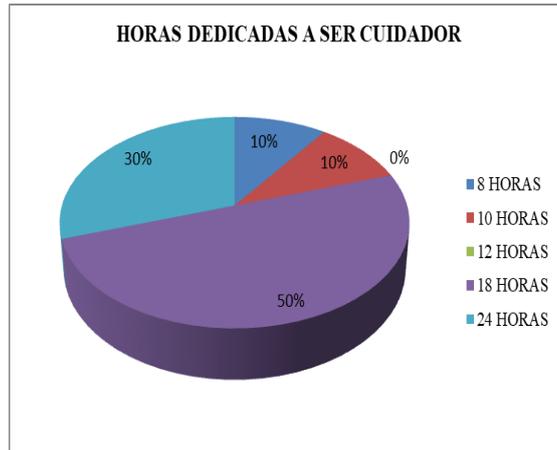


Ilustración 8 Horas dedicadas a ser cuidador

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018

Como se puede evidenciar en la graficas el los cuidadores que dedican 18 horas a serlo tienen un porcentaje de 50%, seguido de 24% que corresponde a 24 horas, luego el 10% a 10 horas y el otro 10% dedican 8 horas. Ahora bien, es importante destacar que ocupan la mayoría de su tiempo a cuidar a la persona en condición de discapacidad, pues la mayoría dedica más de medio día o el día completo.

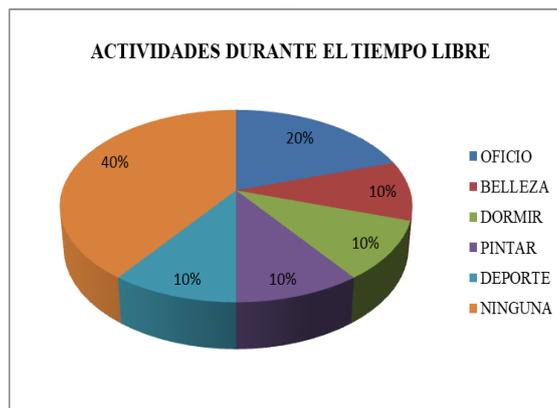


Ilustración 9 Actividades durante el tiempo libre

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018

Las actividades que realizan los cuidadores en su tiempo libre en su gran mayoría (40%) corresponde a ninguna, dato que es de suma importancia destacar pues la mayoría de ellos dedica tanto tiempo a ser cuidador dejando de lado realizar actividades de su agrado o para sí mismos, además es una de las razones fundamentales para realizar un proceso de sensibilización de sobrecarga, autocuidado y redes; seguido corresponde el 20% lo dedican a

hacer oficio y lo consideran una actividad que realizan para sí mismos, 10% a pintar, 10% a hacer deporte, 10% a dormir y 10% a la belleza.

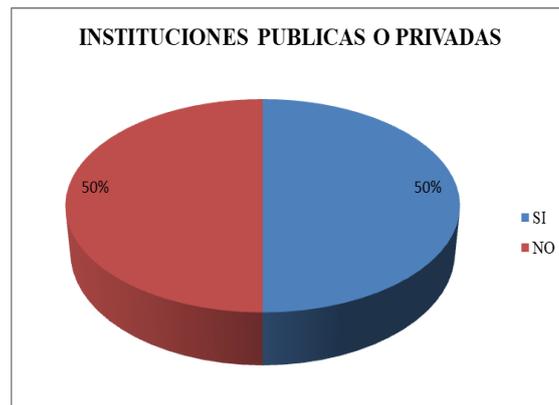


Ilustración 10 Redes de instituciones públicas o privadas

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018

Cuando se realiza la pregunta a los cuidadores que si conocen instituciones ya sean públicas o privadas relacionadas con la discapacidad, como resultado sus respuestas arrojaron que el 50% de cuidadores si conocen las instituciones y el otro 50% no, sin embargo, todos pertenecen a la institución Visión Mundial y su programa de discapacidad AP Divino niño, IDRD y SUBRED donde sus hijos participan constantemente en diferentes cursos, actividades, entre otros procesos. Lo anterior sustenta la importancia y necesidad de que los cuidadores conozcan las diferentes instituciones y que espacios les brindan.

F. Cuestionario

El cuestionario es tal vez sea el instrumento más utilizado para recolectar los datos, consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir. (Sampieri, Collado, & Lucio, 2010, p. 2017), este instrumento permitio recolectar datos referentes a la sobrecarga del cuidador, esta se realiza mediante preguntas cerradas, ya que así permite limitar las respuestas, que al final se analizaran teniendo en cuenta las dimensiones de la sobrecarga como: impacto del cuidado, relaciones interpersonales y expectativas.

Como instrumento se utilizara la “Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit” que dentro de su esquema busca identificar algunas dimensiones de esta como: calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales. (Breinbauer, Vásquez, Mayanz & otros 2009, p 658). Esta es la escala más utilizada, en este

caso fue validada por profesionales de trabajo social, pues consta de 22 presuntas tipo likert de 5 opciones, cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” (≤ 46), “sobrecarga ligera” (47-55) o “sobrecarga intensa” (≥ 56). “Sobrecarga ligera” representa un factor de riesgo para generar “sobrecarga intensa”. Esta última se asocia a mayor morbilidad médica, psiquiátrica y social del cuidado. (Breinbauer, Vásquez, Mayanz & otros, 2009, p. 658)

Este instrumento permite afirmar o refutar el estado de sobrecarga de cada uno de los cuidadores/as de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad, de acuerdo con la puntuación obtenida que fue la siguiente: 64-71-75-75-77 y 81 (Ver anexo 4), teniendo en cuenta que se aplicó a 6 cuidadores de los cuales todos se encuentran en sobrecarga intensa, pues los resultados son superiores a 56, generando afectación a las diversas áreas de su vida cotidiana. Lo anterior respalda la hipótesis inicial de la problemática de la sobrecarga en cuidadores/as de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad pertenecientes al proyecto AP. Divino Niño.

1.1.3.1.2 Matriz de descripción de problemas.

La información obtenida se sistematiza en una matriz de descripción de problemas planteada por los autores metodológicos donde se evidencian las situaciones de insatisfacción, el significado y la evidencia, que consiste en datos o hechos que indiquen que existen las problemáticas que se plantean en la población a intervenir.

Tabla 4

Matriz de descripción de problemas

Problema (Situación de insatisfacción o indeseada)	Descripción (Significado)	Evidencia (Datos, cifras o hechos que indiquen la presencia del problema)
No se dedican tiempo para ellos y ellas mismas	Las cuidadoras no emplean tiempo en actividades personales de interés propio	El diagnóstico se realizó con 11 cuidadores/as de las cuales solo 1 dedica tiempo para sí mismos, realizando ejercicio algunas horas a la semana.
Desconocimiento de instituciones	No hay reconocimiento por parte de las cuidadoras de las instituciones en el territorio que están encargadas de la discapacidad	De 11 cuidadores solo 2 tienen conocimiento de las redes institucionales de discapacidad en el territorio. Ahora bien “En materia de organizaciones, grupos y redes sociales articulados al tema de la discapacidad, el 60 % de los cuidadores señaló no estar vinculado a alguno. El desconocimiento de la existencia de opciones, así como la falta de tiempo, son las principales razones por las cuales

		justifican su falta de participación (87 %).” (Gómez, Peñas, & Parra, 2016)
Bajo autoestima	Los cuidadores/as no se consideran personas maravillosas, se culpan constantemente de las cosas negativas que suceden en sus hogares y su entorno.	Los y las cuidadores/as generalmente se culpan por las situaciones no favorables que le rodean y más si no saben cómo actuar o consideran que no son suficientes para la persona en condición de discapacidad. “Las actividades en las cuales consideran experimentar mayor dificultad para brindar un apoyo efectivo y adecuado a la PDS son los desplazamientos y traslados (76 %); la comunicación e interacción con otros (64 %); y las actividades de higiene personal (62 %).”(Gómez, Peñas, & Parra, 2016)
Desempleo	Ninguno de los/as cuidadores/as no cuentan con empleo formal, ya que por el cuidado de las personas en condición de discapacidad	De 11 cuidadores tan solo 2 cuentan con trabajo informal, “Sólo un reducido porcentaje trabaja (9 %), y de ellos la mayoría (94 %) lo hace en el sector informal, en actividades como la venta ambulante de llamadas por celular y de productos al menudeo (dulces, cigarrillos).” (Gómez, Peñas, & Parra, 2016). Además, sus hijos/as en condición de discapacidad no cuentan con empleo ninguno en base a la ONU (2006) “se estima, unos 386 millones de las personas en edad de trabajar son discapacitadas, dice la Organización Internacional del Trabajo (OIT). El desempleo alcanza hasta un 80% en algunos países. A menudo los empleadores suponen que las personas con discapacidad no pueden trabajar.”
Sobrecarga del cuidador	Los cuidadores no identifican la sobrecarga como un problema ya que se naturaliza el hecho de tener muchas tareas adicionales.	“Las actividades más rezagadas al ser cuidador son el trabajo remunerado, estudio, actividades de ocio y relaciones con otras personas, respuestas que se presentaron de forma recurrente (85 %).” (Gómez, Peñas, & Parra, 2016)
Manejo de emociones	No existe un manejo adecuado de las emociones, puesto que no se exteriorizan.	Cuidar a una persona dependiente puede ser, a pesar de las dificultades y la "dureza" de la situación, una experiencia muy satisfactoria para el cuidador(ATECE-BIZKAIA, 2006). Pero este a su vez puede generar más cargas emocionales negativas que positivas; algunas de las consecuencias negativas del cuidado son: <ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de tristeza, desesperación, indefensión y desesperanza. • Sentimientos de enfado e irritabilidad. • Sentimientos de preocupación y ansiedad. • Sentimientos de culpa
No cuentan con redes primarias	Los cuidadores no cuentan con el apoyo de otros familiares, ya sea porque no los tienen o porque no hay una relación entre ellos.	Los y las cuidadores/as que se visitaron, no cuentan con el apoyo de familiares, tampoco identifican una red social como vecinos. Según una investigación los cuidadores/as “Principalmente señalaron no participar en actividades de socialización o pertenecer a grupos con fines de recreación o esparcimiento (66 %), mientras que el 20 % si asiste a actividades de tipo religioso o espiritual y el 11 % comparte con familia y amigos.”(Gómez, Peñas, & Parra, 2016)

Desconocimiento del rol del de cuidador/a	En el momento de preguntarle cuál era su rol o a que se dedican, ninguna de las cuidadoras consideró el rol de cuidador/a; puesto que se enmarcaron en los roles como ama de casa o madre.	Generalmente los cuidadores no consideran el rol de cuidador/a, sino que lo toman como una tarea más de la casa. Según estadísticas, “La mayoría no percibe compensación económica por su labor (92 %), a pesar de ser reportada como la principal ocupación que realizan. Le siguen quienes son, a la vez, jubilados y cuidadores (8 %).” (Gómez, Peñas, & Parra, 2016)
Los cuidadores no son capacitados para ejercer su rol.	Teniendo en cuenta la discapacidad que tiene la persona a la que cuida.	Cuando una la familia asume la condición de discapacidad de alguno de sus miembros, generalmente la madre es quien asume el rol de cuidador; sin embargo no son capacitadas para dicha función, que requiere el 80% de su tiempo. El 39 % señaló que no ha recibido formación u orientación para cualificar el apoyo que proporciona a la persona con discapacidad. El 60 % afirmó que ha participado en procesos de capacitación en temas relacionados con derechos humanos.(Gómez, Peñas, & Parra, 2016) El 74 % de la muestra expresa sentimientos de cansancio frente a la carga que implica responder simultáneamente por actividades de cuidado de la PDS, por las actividades del hogar y por aquellas de índole personal.(Gómez, Peñas, & Parra, 2016)
Exclusión social a las personas en condición de discapacidad	Los cuidadores/As manifiestan que a diario se presenta por parte de la sociedad en general exclusión, discriminación y vulneración a las personas en condición de discapacidad	Teniendo en cuenta la Convención sobre los derechos de personas con discapacidad Ley 1326 de 2009(Congreso de la Republica de Colombia, 2009)en su artículo 28 en donde se le debe garantizar y reconocer una vida adecuada para ellos y sus familias, a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad, entre otros; pero estos derechos no son visibles dentro de su entorno, ya que estos son vulnerados constante mente.
Exclusión por parte de algunos docentes de instituciones educativas a las que asisten los Niños/as y jóvenes en condición de discapacidad	Cuidadores/as y varios integrantes de la comunidad manifiestan la exclusión hacía los niños/as y jóvenes en condición de discapacidad por parte de profesores o incluso directivos de alguna de las instituciones educativas, actos que se representan en desescolarización de las personas en condición de discapacidad	Según la UNESCO, el 90% de los niños con discapacidad no asiste a la escuela. Las investigaciones indican que la violencia contra los niños con discapacidad ocurre a tasas anuales por lo menos 1.7 veces mayores que en el caso de sus pares no discapacitados. (Organización de las Naciones Unidas (ONU), 2006)
Baja accesibilidad al transporte publico	Este problema no es exclusivo de los cuidadores/as del barrio Mochuelo Bajo, pues toda la comunidad carece de buen transporte público; sin embargo, para los cuidadores/as es un gran obstáculo para llevar a los chicos a terapias, citas médicas y demás	En la alcaldía actual a cargo de Enrique Peñalosa Bogotá atraviesa por una crisis de movilidad con el transporte público en general, específicamente en Mochuelo bajo solo cuentan con 2 rutas de transporte. Esta carencia de buses y transporte en una de los grandes obstáculos para los y las cuidadores/as y personas en condición de discapacidad, generando al mismo tiempo poca credibilidad en la alcaldía.

Trafico y microtráfico de sustancias psicoactivas en el sector	La venta y consumo de sustancias psicoactivas son una de las problemáticas más evidentes de mochuelo bajo y los cuidadores/as muestran una alta preocupación de que sus hijos en condición de discapacidad ya que son vulnerables lleguen a consumir o traficar estas sustancias.	Según el UNICEF, el 30% de los jóvenes de la calle tienen discapacidad.(Organización de las Naciones Unidas (ONU), 2006) Según las estadísticas distritales la localidad de ciudad bolívar es aquella que recibe más población desplazada; es de allí que se puede observar como esto influye en los factores socioeconómicos de la misma, la falta de educación, excesiva pobreza, entre otros. Lleva a los jóvenes a buscar otras alternativas, que resultan además muy asequibles y fáciles para conseguir sustento económico.
---	---	--

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018.

A. Análisis de los Hechos O Comprensión Analítica de La realidad.

(Candamil & Becerra, 2004) Plantea que “una vez están identificados y definidos los problemas, se pasa a realizar un análisis de conjunto, lo que permitirá conocer sus relaciones y el grado de dependencia o influencia que poseen entre sí.” (pág. 32) Es decir, que en este momento es donde se va a realizar un cruce de cada uno de los problemas para poder conocer cuál es aquel que tiene un grado de causalidad más alto frente a los otros y así poder desde allí enmarcar la intervención de la mejor forma dando solución efectiva o apuntando a disminuir el mismo.

En la siguiente matriz se evidenciarán las problemáticas identificadas, cada una de ellas tendrán una puntuación de 1 a 3 donde 1 es menor causalidad y 3 mayor causalidad, posteriormente realizando la suma de los puntajes por cada problema para establecer cuáles son aquellos con más causalidad y consecuencia.

Tabla 5

Matriz de Vester - Análisis estructural

N o	PROBLEMA S	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 0	1 1	1 2	1 3	CAUSALID AD
1	No se dedican tiempo para ellos y ellas mismas	0	1	2	1	3	2	2	3	2	1	2	1	1	22
2	Desconocimiento de instituciones	1	0	1	3	2	1	2	3	3	2	2	1	1	22
3	Bajo autoestima	3	1	0	2	3	3	2	2	3	2	1	1	1	24

4	Desempleo	2	3	2	0	3	1	2	2	1	1	2	1	1	21
5	Sobrecarga del cuidador	3	2	3	3	0	3	3	3	3	2	2	2	2	31
6	Manejo de emociones	3	1	3	1	3	0	2	2	3	2	2	1	1	23
7	Ausencia de redes primarias	2	2	2	2	3	3	0	2	2	2	2	1	1	27
8	Desconocimiento del rol de cuidador/a	3	2	2	2	3	3	2	0	3	2	2	1	1	26
9	Los cuidadores no son capacitados para ejercer su rol.	3	3	3	2	3	3	1	3	0	1	1	1	1	25
10	Exclusión social a las personas en condición de discapacidad	1	2	1	2	2	3	1	2	3	0	3	1	1	22
11	Exclusión instituciones educativas a las que asisten los Niños/as y jóvenes en condición de discapacidad	1	2	2	2	1	3	2	1	2	3	0	1	1	21
12	Baja accesibilidad al transporte público	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	12
13	Tráfico y microtráfico de sustancias psicoactivas en el sector	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	12
CONSECUENCIA		2	1	1											
		4	1	3	2	8	7	1	5	7	0	1	3	3	

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018.

1.1.3.1.3 Matriz de Vester. Grado de causalidad.

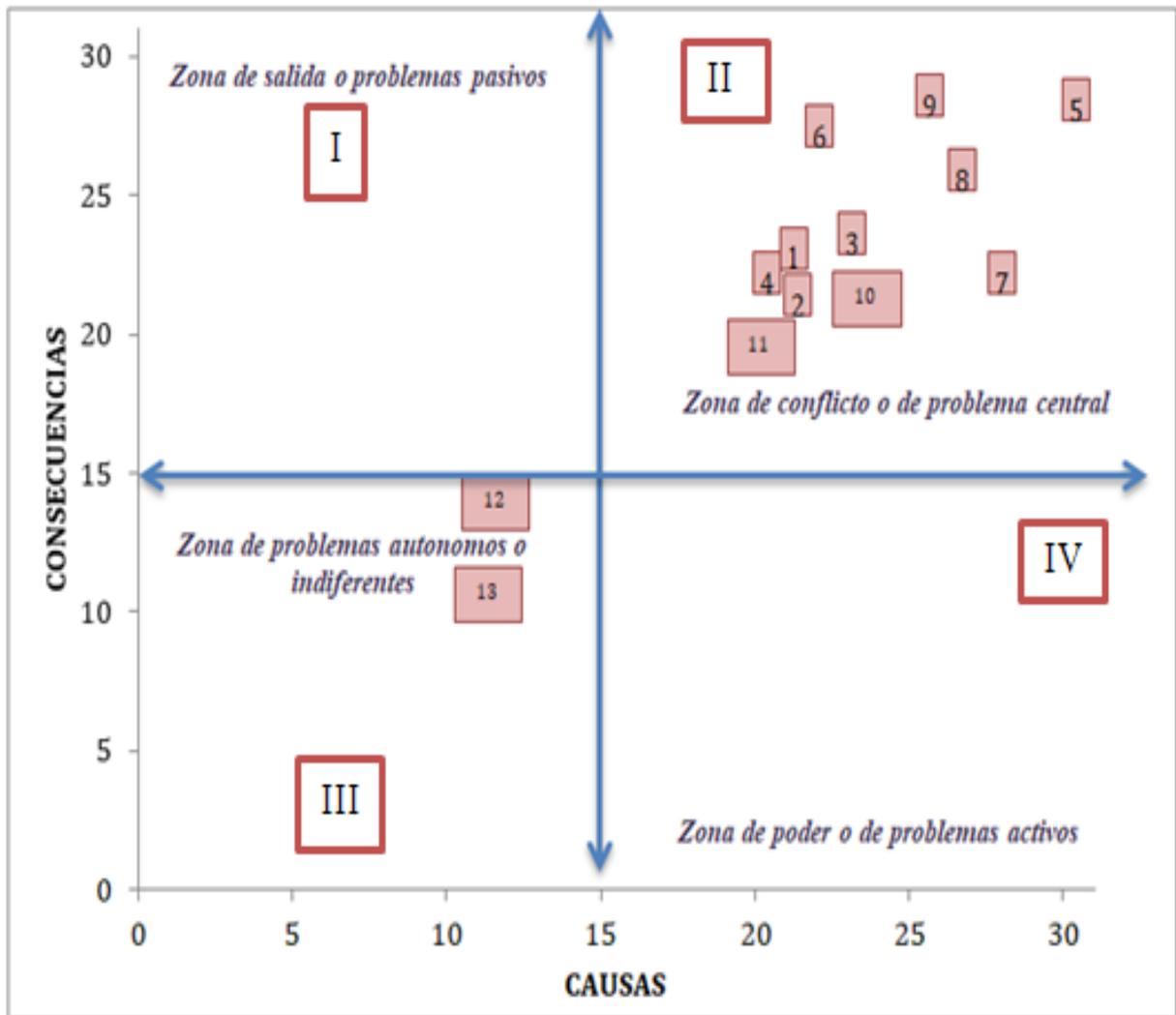


Ilustración 11 Matriz de vester.

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018.

Al analizar las cuatro zonas en el plano cartesiano, en el primer cuadrante se ubican los problemas que presentan menor causalidad y mayor dependencia, para este no aplica ninguno. En el segundo cuadrante se ubican los problemas de mayor causalidad y mayor dependencia, entonces es aquel problema que tiene relación directa con los otros y al resolverse desencadena soluciones disminuyendo otros problemas. Aquí se ubican la sobrecarga del cuidador, ausencia de redes primarias, desconocimiento del rol de cuidador/a.

En el tercer cuadrante se encuentran los problemas que presentan más causa y menos consecuencia y allí se ubican: la baja accesibilidad al transporte público, tráfico y microtráfico de sustancias psicoactivas en el sector. Por último, en el cuarto cuadrante se ubican aquellas

que tuvieron las más baja puntuación tanto como en causa como en consecuencia; este se denomina como zona de problemas autónomos, es decir, que no afectan a otros, sin embargo, pueden ser importantes, en este no se ubicó ninguno.

1.1.4.1 TERCER NIVEL DE ANÁLISIS

1.1. Focalización del problema

Este apartado permite jerarquizar los problemas e identificar el problema central de una situación y contexto específico, teniendo en cuenta las causas que están determinando su aparición, así como las consecuencias o efectos indeseados que genera el mismo. Para ello se realiza un árbol de problemas que según (Candamil & Becerra, 2004) “permite tener un mapa conceptual para una lectura e interpretación en una forma integral; la cual el problema central es el tronco del árbol, la raíz son las causas y las hojas sus efectos o consecuencias.” (p36).

A partir del proceso que se realizó con la comunidad para identificar las diferentes problemáticas, surge como problema central la sobrecarga del cuidador; plasmado a continuación en el árbol de problemas.

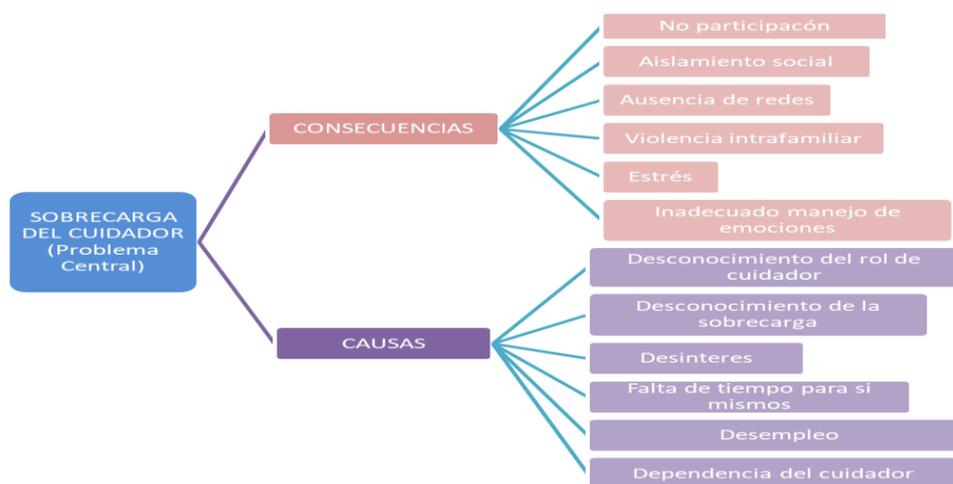


Ilustración 12 Árbol de problemas

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018.

La construcción del árbol de problemas surge con base al análisis por parte de las trabajadoras sociales en formación y como resultado de las herramientas brindadas por Candamil; el problema central es la sobrecarga del cuidador, este tiene como raíz el desconocimiento del rol del cuidador, desinterés, falta de tiempo para sí mismos, desempleo. Se puede evidenciar que

son factores económicos, sociales y culturales de cuidadores/as de personas en condición de discapacidad. Puesto que no son capacitados para afrontar su nuevo rol y las modificaciones que este produce en su entorno social y familiar.

Así mismo se puede evidenciar que la sobrecarga genera en cuidadores/as de personas en condición de discapacidad la falta de participación activa a los diversos espacios que se les brindan, lo que conlleva al aislamiento social por parte de la comunidad como de ellos mismos, ya que todo su tiempo es destinado a la persona en condición de discapacidad que tienen a su cargo, al mismo tiempo esto desencadena en estrés, violencia intrafamiliar y el inadecuado manejo de emociones, pues estos no han realizado un adecuado proceso de adaptación a este nuevo rol.

De allí se hace necesario generar herramientas sociales para los cuidadores, por medio de un proyecto de intervención social, que les permita generar un espacio de sensibilización y reflexión para disminuir las causas que conllevan a la sobrecarga del cuidador.

1.1.5.1 CUARTO NIVEL DE ANÁLISIS

En este nivel se identifican todos los actores que están relacionados de forma directa o indirecta con la problemática, teniendo en cuenta su postura frente al mismo y de qué manera puede aportar a la solución de este. Candamil & Becerra (2004) afirman que “El análisis de problemas no puede desligarse de quienes producen los hechos; es decir, los actores que intervienen en esa realidad que, dada su complejidad, son diversos y participan de forma diferente” (p 39).

Tabla 6

Matriz de Identificación de Actores

Actores sociales de "CUIDAR, CUIDANDOME"	Grupo de participantes o actores	Necesidad del actor frente al problema	Recursos	Relación con el problema
	Visión Mundial	Desarrollar procesos de intervención comunitarios con cuidadores/as de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad en Mochuelo bajo	* Capital humano * Soporte institucional	Alto
	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca	Realizar un proyecto de intervención social por parte de las profesionales en formación de trabajo social, como aporte desde la academia a la sociedad .	* Docente *Tutores (proyecto de grado, temáticos) * Teóricos y conceptuales	Medio
	Profesionales en formación	Diseñar, ejecutar y evaluar proyecto de intervención social comunitario en pro del bienestar de los/as cuidadores/as de personas en condición de discapacidad pertenecientes al proyecto AP divino niño, Mochuelo Bajo (CUIDAR CUIDANDOME)	*Económicos *Capital Humano *Tiempo *Teórico y conceptual	Alto
	IDRD(Instituto de recreación y deporte)	Brindar a las personas en condición de discapacidad, sus familias, cuidadores y cuidadoras, actividades orientadas a garantizar el uso del derecho a la recreación, al descanso, a la diversión, para fortalecer los procesos funcionales, de integración familiar y comunitaria, fundamentados en el reconocimiento de sus habilidades, capacidades, oportunidades y destrezas.	No aplica	Alto
	Comunidad Barrio Mochuelo Bajo	Es allí donde se desarrollan las problemáticas identificadas, es el actor con principal interacción social.	*Capital humano *Espacios físicos *Tiempo	Alto
	Cuidadoras y cuidadores del barrio Mochuelo Bajo	Enfrentan la problemática cuando no hay un reconocimiento por parte de ellos mismos y de la sociedad de su rol como cuidador y lo que él implica.	*Capital humano *Tiempo	Alto
	Cuidadores y cuidadoras pertenecientes al proyecto AP Divino niño de Visión mundial	Recibir capacitación desde la perspectiva social de su rol como cuidadores/as. Conocer las rutas de atención con las que cuentan. Conocer sus derechos y deberes como cuidadores/as. Reconocer las redes institucionales a las cuales pueden acudir. Ser reconocidos como sujetos de derechos	*Capital humano * Tiempo	Alto
	Subred Integrada de Servicios de Salud	Realizar procesos de formación y capacitación desde el respeto, trabajo en equipo, compromiso, vocación de servicio y disciplina desde la salud.	No aplica	Medio
Líderes comunitarias	Fomenta la iniciativa, creatividad y la coordinación del trabajo que se realiza en la comunidad. Gestionar procesos y espacios de participación para los/As cuidadores/as	* Espacio físico * Capital humano * Convocatoria y divulgación *Tiempo	Alto	

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018.

1.1.5.1.1 Pronóstico.

La intervención social comunitaria “Cuidar cuidándome” que busca la sensibilización de cuidadores/as de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad, que surge de la necesidad de la comunidad y teniendo en cuenta la evolución histórica de la sobrecarga en los cuidadores/as de no llevarse a cabo esta población seguirá sin reconocer su rol como cuidador, sin capacitarse, ni cuidarse a sí mismos para estar en condiciones de cuidar al otro; a pesar de que hay programas de la alcaldía para cuidadores/as y jóvenes en condición de discapacidad de capacitación la desinformación es alta, pues no llega a toda la población a la que se dirige.

Dado a ello el proceso apunta a la política pública de discapacidad para el distrito capital, (Alcaldía mayor de Bogotá, 2007) específicamente en el artículo 4 el cual establece que “Busca el desarrollo humano, social y sostenible de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores y cuidadoras.”

1.1.5.1.2 Respuesta institucional.

Las respuestas institucionales según (Candamil & Becerra, 2004) tienen que ver con las acciones que se han adelantado como solución a estas problemáticas, este apartado cuenta de las soluciones que se han brindado a la problemática identificada; que en este caso es la sobrecarga del cuidador.

Teniendo en cuenta que los cuidadores son el apoyo permanente de las personas en condición de discapacidad y no son una población visibilizada ante las políticas públicas, hablando específicamente de Colombia, es necesario conocer las instituciones de carácter público que brindan desde la discapacidad un apoyo en cuanto su desarrollo personal, intelectual, laboral y social, quienes han intentado dar solución a esta problemática mediante diversos programas y proyectos que buscan la inclusión de los mismos y sus familias.

La principal institución pública en Bogotá, parte del plan de desarrollo Distrital Bogotá mejor para todos, que se dirige a la población en condición de discapacidad es la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) (2017), ya que esta se “encarga de liderar y formular las políticas sociales del Distrito Capital... para aquellas que están en mayor situación de pobreza y vulnerabilidad; ejecutando las acciones que permitan la promoción, prevención, protección, rehabilitación y restablecimiento de los derechos mediante el ejercicio de la corresponsabilidad y la gestión entre la familia, la sociedad y el estado.”

De acuerdo con lo anterior es importante resaltar que no solo se dirige a personas en condición de discapacidad, sino a las poblaciones más vulnerables del distrito, sin embargo, las acciones adelantadas a pesar de sus grandes avances aún no tienen el impacto que se espera en la población, ya sea por presupuesto o por carencia de información en las comunidades. Además de ello la institución Visión Mundial adelanta acciones para dar apertura a realizar procesos, no solo con las personas en condición de discapacidad sino con los cuidadores.

También es importante destacar la Ley estatutaria 1618 de 2013 de discapacidad la cual tiene como objetivo general: garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009. (Ley estatutaria 1618, 2013)

1.2 Construcción de imagen objetivo

Después de realizar todo el proceso paso a paso para identificar el problema central, es necesario construir el árbol de objetivos, ya que para (Candamil & Becerra, 2004) “una vez identificado y jerarquizado el problema, se pasa a definir cuál es la situación esperada o deseada que se pretende alcanzar a través del proyecto y se denomina imagen objetivo. “Ello con el fin de modificar la situación identificada hacía la mejora con acciones encaminadas a los objetivos que se plantean con la comunidad.

A continuación, se presentarán las alternativas frente al problema central o fenómeno social identificado como “Sobrecarga del cuidador/as de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad”

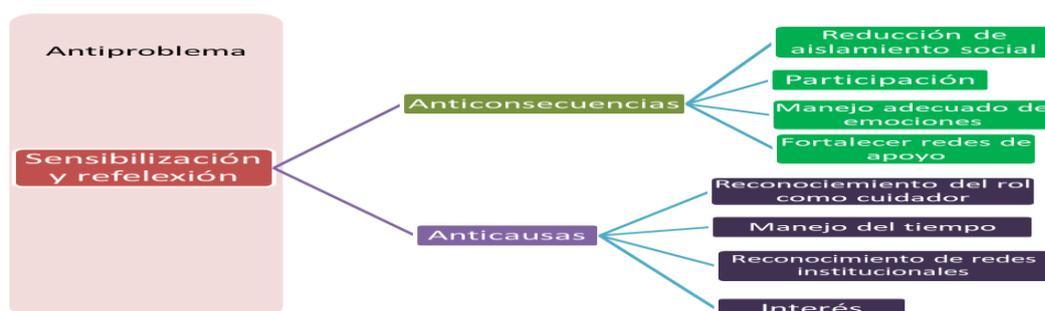


Ilustración 13 Árbol de objetivos

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018.

1.3 Planteamiento de alternativas

Para realizar el planteamiento de alternativas y construir la imagen objetivo, se toma como base los planteamientos de la comunidad, por tal razón se construyen diferentes opciones para resolver la situación problema, (Candamil & Becerra, 2004) plantea que “corresponde a la determinación de la forma en que se puede alcanzar la imagen objetivo. Las alternativas son las diferentes formas de solucionar un problema, satisfacer una necesidad o desarrollar una potencialidad.”



Ilustración 14 Planteamiento de Problemáticas y Alternativas

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018.

Con base en la figura anterior se concreta como alternativa el proceso de intervención comunitaria: Sensibilización a cuidadores/as de personas en condición de discapacidad; ya que es la estrategia más adecuada y viable para la solución de la problemática identificada: “Sobrecarga del cuidador”, pues este permite a la población reconocer la importancia de participar en diferentes espacios comunitarios.

1.3.1 Evaluación ex – ante

Esta es una evaluación que se realiza antes de iniciar el proceso, ya que permite identificar diferentes factores y viabilidad de la intervención; según (Candamil & Becerra, 2004) “La finalidad de esta evaluación es conocer qué tan factible y eficaz es el proyecto; factible en tanto tenga aseguradas las condiciones para su ejecución y, eficaz, en la medida que modifique las condiciones iniciales que le dieron origen (problemática).” (p. 43)

Se realiza por medio de 6 criterios esenciales para conocer la factibilidad y oportunidad de la alternativa escogida por las profesionales en formación; estos se presentarán de acuerdo con

la problemática identificada “Sobrecarga del cuidador” que se pondrán en evidencia a continuación:

- **Oportunidad política:** La alternativa seleccionada apunta directamente al Plan de Desarrollo Nacional en su pilar denominado “equidad y educación” por medio de la estrategia “movilidad social” puesto que está orientada específicamente a la educación, salud y empleo.

Ahora bien, a nivel Distrital en base en el primer pilar: Igualdad de calidad de vida, dirigido a las siguientes líneas: -igualdad y economía para una Bogotá incluyente. – Mejores oportunidades para el desarrollo a través de la cultura, la recreación y el deporte. Además, en el tercer pilar “Construcción de comunidad” en las líneas: - Seguridad y convivencia para todos. –Cambio cultural y construcción del tejido social para la vida.

En cuanto la oportunidad política, se destaca el papel de la Ley estatutaria 1618 de 2013 de discapacidad la cual tiene como objetivo general: garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009. (Ley estatutaria 1618, 2013)

- **Oportunidad de mercado:** Se genera respecto a la alternativa seleccionada interés por la líder social de discapacidad de Mochuelo bajo; ya se brindarán espacios de participación continúa dando respuesta a la problemática, que directamente los afecta: la sobrecarga. Una problemática que requiere de índole urgente ser intervenida y que se visualice, no solo ante los ojos de la población, también desde diferentes entes institucionales.
- **Oportunidad institucional:** La institución Visión Mundial tiene un amplio campo de acción en cuanto la discapacidad en el barrio Mochuelo Bajo, es por ello por lo que surge el interés institucional de realizar un proceso con los cuidadores/as de niños/as y jóvenes; para fortalecer sus acciones con las personas en condición de discapacidad.
- **Oportunidad financiera:** El proyecto intervención comunitario tiene los recursos requeridos para su ejecución, externos y propios que permiten finalizar el proceso de forma adecuada, obteniendo los resultados esperados.

- **Oportunidad ambiental:** El proyecto de intervención está dirigido a mejorar el ambiente de los y las cuidadores/es en sus hogares y en su comunidad; además el proceso ha sido acompañado por profesionales de la SUB RED realizando una huerta comunitaria, que genera conciencia ambiental en la población. Así mismo el proyecto no genera daño, ni deterioro al entorno en donde se realiza.
- **Oportunidad Legal:** El proyecto está enmarcado en la Política Pública de discapacidad para el Distrito Capital (Decreto 470 del 12 de octubre de 2007) y la ley 762 de 2002 “Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad”.

Ley estatutaria 1618 de 2013 de discapacidad la cual tiene como objetivo general: “garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009.” (Ley estatutaria 1618, 2013)

A continuación, se presentará la pertinencia y los aspectos más relevantes para la construcción e idea del proyecto de intervención comunitaria:

1.3.1.1 Matriz DOFA

Tabla 7

Matriz DOFA

MATRIZ DOFA	
DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • No se cuenta con un espacio físico propio desde la institución para realizar las diferentes actividades. • No se asignan recursos desde la institución para la ejecución del proyecto. • No se cuenta con la adecuada tecnología para la realización de actividades. • Falta de acompañamiento permanente por parte de la institución 	<ul style="list-style-type: none"> • La apertura a nuevos espacios de intervención. • El trabajo interdisciplinar • Motivación e interés por parte de la institución y las líderes de la comunidad • Replica del proceso en otros espacios. • Hacer visible la población de cuidadores/as

FORTALEZAS	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con el apoyo y acompañamiento permanente de la líder del grupo de cuidadores/as y discapacidad. • Apoyo institucional con el aval y viabilidad del proyecto. • Apoyo por parte del cuerpo de trabajo social de Visión Mundial • Acompañamiento por parte de la docente asesora del proyecto. • Reconocimiento de la institución por parte de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja participación por parte de los y las cuidadores/as • No conseguir espacio adecuado para el desarrollo de las actividades. • Aislamiento social de cuidadores/as. • Falta de interés por parte de entes institucionales. • Falta de interés por parte de la comunidad en procesos de cuidadores/as y discapacidad.

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018.

1.3.2 Elementos de la idea del proyecto

En este apartado como lo expresa los autores (Candamil & Becerra, 2004) “tiene como objetivo generar información para decidir acerca de la conveniencia de emprender estudios adicionales o de desechar el proyecto”.

Tabla 8

Elementos de la idea del proyecto

Constituir el equipo que elaborará el proyecto.	El proyecto estará constituido por un grupo de cuidadores/as de mochuelo bajo, quienes participaron en el diagnóstico social realizado y que pertenecen al proyecto Ap. Divino niño de la institución Visión Mundial.
Delimitar un área o campo problemático de Intervención profesional.	El área de intervención identificada es la “sobrecarga del cuidador”, “autocuidado” y “redes”, para el fortalecimiento del tejido social de cuidadores/as en el Barrio Mochuelo Bajo.
Identificación de problemas y/o necesidades que se presentan en individuos, grupos o colectividades en un determinado contexto.	Las y los Cuidadores/as manifiestan una constante preocupación por la discriminación por parte de la sociedad hacia los niños/as y jóvenes en condición de discapacidad, factor que conlleva a dedicar la mayor parte de su tiempo al cuidado de ellos, dejando de lado el tiempo para sí mismos y el resto de su grupo familiar, amigos, vecinos entre otros.
Elaborar un pronóstico acerca de cómo evolucionará el problema o necesidad de no atenderse correcta y oportunamente.	Al finalizar el proceso de intervención las y los Cuidadores/as reconocerán su rol como cuidador, sus derechos y deberes, así como la importancia del autocuidado y sus redes tanto primarias como institucionales.

Identificar algunos aspectos del contexto, externo o interno, que pueden afectar positiva o negativamente el problema analizado.	<p>Aspectos del Contexto interno:</p> <p>Positivos: expectativa de los/as Cuidadores/as frente a la ejecución del proyecto, apoyo institucional por parte de Visión Mundial.</p> <p>Negativo: Falta de recursos económicos e infraestructura, baja participación de los cuidadores, la falta de proyectos y procesos con esta población</p> <p>Aspectos del Contexto Externo:</p> <p>Positivos: Iniciativas legislativas que buscan proteger los derechos de los/as cuidadores/ras de personas en condición de discapacidad.</p> <p>Negativos: Falta de recursos económicos, no se tiene en cuenta a los cuidadores y sus problemáticas por parte del estado, lo que hace visible la falta de políticas públicas que apunten a este fenómeno social y la falta de integralidad de las diversas instituciones que trabajan con la discapacidad, ya que se centran en las personas con discapacidad dejando de lado a su cuidador/a.</p>
---	--

Enunciar la situación deseada	Sensibilizar el grupo de cuidadores/as de Niños/as y jóvenes en condición de discapacidad, frente a la sobrecarga, autocuidado y redes.
Plantear algunas alternativas de solución orientadas a alcanzar la situación	<ul style="list-style-type: none"> • Escuela de formación para cuidadores/as • Creación de un grupo de líderes cuidadores/as • Creación de espacios, culturales, artísticos y deportivos • Formación a cuidadores/as desde un enfoque interdisciplinar • Proceso de intervención comunitaria: Sensibilización a cuidadores/as de personas en condición de discapacidad

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018.

2 Formulación del proyecto social

Para contextualizar el proyecto social, se darán a conocer algunos referentes legales sobre la discapacidad y los cuidadores desde una mirada internacional, nacional y distrital que permitan evidenciar el contexto político como base para la formulación y ejecución del presente proyecto de intervención social comunitaria.

Tabla 9

Marco legal

Internacional	
Declaración universal de los derechos humanos	Se proclama la presente Declaración Universal de Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre

	los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.
Ley 39 de 2006 Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.	Tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas.(Juan Carlos I, 2006)
Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. (ONU) 2006	<p>Los países deben garantizar que las personas con discapacidad disfruten del derecho inherente a la vida en un pie de igualdad con otras personas (Artículo 10), asegurar la igualdad de derechos y el adelanto de las mujeres y las niñas con discapacidad (Artículo 6) y proteger a los niños con discapacidad (Artículo 7).</p> <p>Los niños con discapacidad tendrán igualdad de derechos, no serán separados de sus padres contra su voluntad, excepto cuando las autoridades determinen que ello es en el interés superior del niño, y en ningún caso serán separados de sus padres debido a una discapacidad del niño o de los padres (Artículo 23).</p> <p>Los países deben reconocer que todas las personas son iguales ante la ley, prohibir la discriminación basada en las discapacidades y garantizar igual protección de la ley. (Artículo 5).</p> <p>Los países deben asegurar la igualdad de derechos a poseer y heredar propiedad, controlar los asuntos financieros y tener igualdad de acceso a los préstamos bancarios, el crédito y las hipotecas (Artículo 12).</p> <p>Deben garantizar el acceso a la justicia en un pie de igualdad con otro (Artículo 13) y asegurar que las personas con discapacidad disfruten del derecho a la libertad y la seguridad y no sean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente (Artículo 14).</p> <p>Los países deben proteger la integridad física y mental de las personas con discapacidad (Artículo 17), garantizar que dichas personas no sean sometidas a la tortura, a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes o a castigos, y prohibir los experimentos médicos o científicos sin el consentimiento de la persona interesada (Artículo 15).</p> <p>Las leyes y medidas administrativas deben garantizar el derecho a no ser explotado o sometido a violencia o abusos. En caso de abuso, los países deben promover la recuperación física y psicológica, la rehabilitación y la reintegración de la víctima e investigar el abuso (Artículo 16). (Organización de las Naciones Unidas (ONU), 2006)</p>
Nacional	
Constitución política de Colombia	Se toma la constitución política de Colombia, ya que esta es la norma de normas en nuestro país, dándole un orden político, económico y social justo, por ende se tomaran los siguientes artículos Art. 5 en donde se reconoce sin discriminación

alguna los derechos de las personas y toma a la familia como institución básica de la sociedad; así como el Art. 13 en el cual promoverá la igualdad de forma efectiva, como la adopción de medidas en favor de grupos discriminados o marginados, la protección de aquellas personas que por su condición económica, física o mental; el Art. 42 y 44 en donde se expresa a la familia como su eje principal y el cuidado integral que se debe dar por parte de ella, la sociedad y el estado para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos; Art. 47 El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran; Art. 54 en el estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud. Y finalmente el Art. 68 en el cual se le debe garantizar la educación generando una disminución del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del Estado.(Consejo Superior de la Judicatura, Sala Administrativa, 1991)

Ley 1616 de 2013 Ley de Salud Mental

El objeto de la presente leyes garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución.(Congreso de la República de Colombia, 2013)

Ley 715 de 2001

Determina las responsabilidades que tienen la nación y las entidades territoriales departamentales y municipales en la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos de los sectores de educación y salud de las personas en condición de discapacidad.

Ley 1326 de 2009 Colombia. Convención sobre los derechos de personas con discapacidad

Promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (Congreso de la Republica de Colombia, 2009)

Proyecto de ley 62 de 2014 SENADO. Ley de estabilidad laboral para cuidadores

Ley de estabilidad laboral reforzada para personas que tengan a su cargo el cuidado y/o manutención de personas en condición de discapacidad, “no obstante, quienes fueren despedidos o su contrato terminado por razón de su limitación o condición de discapacidad o por el desempeño de actividades de cuidado a favor de personas con discapacidad cuando estas se encuentren a su cargo, sin el cumplimiento del requisito previsto en el inciso anterior, tendrán derecho a una indemnización equivalente a ciento ochenta días del salario, sin perjuicio de las demás prestaciones e indemnizaciones a que hubiere lugar de acuerdo con el Código Sustantivo del Trabajo y demás normas que lo modifiquen,

	adicionen, complementen o aclaren.”(Congreso de la República de Colombia, 2014)
Ley Estatutaria 1618 de 2013	Establece las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Garantiza y asegura el ejercicio de los derechos de las personas en condición de discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables, eliminando toda clase de discriminación.
Distrital	
Proyecto 721 - discapacidad, familias, cuidadores y cuidadoras. (Cerrando brechas)	Atender integralmente en los territorios a las personas con discapacidad, sus familias y sus cuidadores y cuidadoras, a través de la articulación de actores, servicios y recursos para promover el desarrollo humano y contribuir con el ejercicio de sus derechos y deberes, con un enfoque diferencial y de corresponsabilidad.
Política pública distrital de discapacidad para el Distrito. Decreto N° 470 de 2007	La política pública “se enmarca en una concepción participativa, en un enfoque de derechos humanos y una comprensión amplia de la discapacidad. De igual manera considera aspectos sociales, políticos y culturales de los ciudadanos y del entorno que influyen en la calidad de vida de la población con discapacidad habitante del Distrito Capital. (Alcalde Mayor de Bogotá Distrito Capital, 2007)

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018.

2.1 Diseño estructural del proyecto

Teniendo en cuenta al autor metodológico del presente proyecto (Candamil & Becerra, 2004) “la formulación del proyecto social es posible abordarla en una dinámica de preguntas orientadoras” las cuales se responderán a continuación.

2.1.1 Denominación del proyecto

Según (Candamil & Becerra, 2004) se debe “establecer el nombre del proyecto, el cual debe ser referido a la alternativa seleccionada. El nombre del proyecto debe ser significativo para los diferentes actores sociales e institucionales a fin de interesarlos en la propuesta.” de allí la construcción del nombre del presente:

**PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA CUIDAR CUIDANDOME:
SENSIBILIZACIÓN DE LA SOBRECARGA, AUTOCUIDADO Y REDES CON
CUIDADOR/AS DE NIÑAS, NIÑOS Y JÓVENES EN CONDICIÓN DE
DISCAPACIDAD PERTENECIENTES AL PROYECTO DE DISCAPACIDAD AP
DIVINO NIÑO EN EL BARRIO MOCHUELO BAJO**

2.1.2 Planteamiento y descripción del problema

Se desarrolla teniendo en cuenta antecedente, problema objeto-sujeto y marco referencial, ya que permiten presentar de forma clara y concisa cual es la problemática que se debe abordar en este proyecto.

La discapacidad se ha tenido en cuenta desde 1948 donde se reconocen los derechos humanos de todas las personas; sin embargo, los cuidadores/as de las personas en condición de discapacidad no han sido incluidas en la elaboración de leyes y políticas que garanticen a esta población el cumplimiento del ejercicio pleno de sus derechos.

En algunos países europeos como España han incursionado en este tema, presentando importantes avances a partir del envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas o que generan dependencia, ya sean estas de carácter físico, psicológico o cognitivo. Uno de estos primeros avances es la creación del libro blanco el cual contiene trabajos frente a la atención de personas que requieren un cuidado de larga duración en situación de dependencia, a su vez este se tiene como base para la creación de un proyecto de ley que dé cumplimiento a programas del gobierno, este con el fin de llenar los vacíos que se presentan frente a los cuidadores y su inclusión dentro de los mismos, como ya se han realizado en otros países que “a lo largo de la década de los noventa se han producido iniciativas en el ámbito de la Europa continental, como Austria, Alemania, Francia, Luxemburgo..., mediante las que se establecen derechos sociales en el área de los cuidados de larga duración que han venido a configurar el llamado «cuarto pilar del Estado de Bienestar» (Equipo de trabajo e investigativo IMSERSO, 2004).

En relación con lo anterior se puede destacar que el cuidar no es una tarea sencilla, ya que en muchas ocasiones este rol excede la capacidad física y emocional de cada uno de los cuidadores, lo que conlleva a una sobrecarga desencadenada en “cambios en las relaciones familiares, cambios en el trabajo y en la situación económica, cambios en el tiempo libre, cambios en el estado de salud, finalmente se dan cambios en los estados de ánimo y aparición de pensamientos erróneos”.(Cruz Roja Española, 2006, pp.11-15)

Ademas es importante destacar que en Colombia adicionalmente de los diversos factores que tiene el ser cuidador, ellos “experimentan situaciones ignoradas tanto por el actual sistema de seguridad social como por la familia, porque no cuentan con un servicio oportuno y eficiente

para el fortalecimiento de la habilidad de cuidado y el reconocimiento de su labor.”(Cardona, Segura, Berbesí, & Agudelo, 2013, p. 31)

El sector de los cuidadores no es tenido en cuenta como una población vulnerable y por ello la carencia de políticas públicas en el territorio Colombiano, a excepción de algunas ciudades que han tenido avances importantes respecto al tema como Medellín donde se implementó la política pública para cuidadores. Específicamente en Bogotá D.C no existe ninguna política pública para cuidadores, pues la de discapacidad no plasma específicamente la garantía de derechos para los mismos.

Por ello la importancia de realizar un proceso de intervención social comunitaria con cuidadores, pues la mayoría de procesos se realiza con los niños/as y jóvenes en condición de discapacidad dejándolos de lado; además la problemática de la sobrecarga está presente en cada uno de los cuidadores de Mochuelo Bajo y lo primordial e importante es que reconozcan que son cuidadores y que es necesario que se cuiden para poder cuidar adecuadamente.

2.1.3 Justificación

Las personas en condición de discapacidad han sido tenidas en cuenta desde hace mucho tiempo, se evidencian diferentes avances para proteger y garantizar sus derechos ya que son una población vulnerable; sin embargo, esos avances no son holísticos e integrales puesto que donde hay una persona con alguna condición de discapacidad hay un cuidador a cargo de diferentes actividades que solicite la persona y ellos no han sido incluidos como se debe en la creación de leyes y normas.

El proyecto cuidar cuidándome surge de una necesidad institucional, profesional y social. La primera se deriva a el interés por parte de Visión Mundial en realizar procesos sociales con cuidadores/as pertenecientes al proyecto AP Divino niño en Mochuelo Bajo; responde a una necesidad profesional, debido a que desde las ciencias sociales no se ha trabajado constantemente en esta población y específicamente desde Trabajo Social, si ha desarrollado algunos procesos de investigación y muy pocos de intervención lo que conlleva a un análisis reflexivo de la carencia de procesos desde una mirada holística en cuanto la parte social; y por último a una necesidad evidente de la población de cuidadores/as de Mochuelo Bajo de intervenir de alguna manera la problemática específica de la sobrecarga del cuidador de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad.

Inicialmente se realiza una revisión documental acerca del tema de cuidadores y el recorrido que ha tenido desde las ciencias sociales, con énfasis en Trabajo Social; sin embargo, se encuentra que el tema de cuidadores en Colombia principalmente es abordado desde las áreas de la salud principalmente la enfermería. Además, la OMS en el año 2001 enuncia que la discapacidad también es una condición social; entonces se relaciona directamente con nuestro actuar profesional desde el Trabajo Social como una rama de la Ciencias Sociales.

Se hace necesario trabajar con los cuidador/as y brindar apoyo específicamente según (Afanador, El cuidador familiar del paciente con enfermedad crónica, 2002) hacia:

- Entendimiento de la misma enfermedad, el cuidador requiere tener una orientación precisa y saber cómo es el comportamiento de la cronicidad.
- Orientar al mismo cuidador para entender, cómo debe velar por su autocuidado, porque debe descansar, porque debe aceptar los apoyos brindados por los demás miembros de la familia, como debe involucrar a otros en el cuidado del paciente.
- Utilizar apoyo y otras redes que fortalezcan y orienten aspectos espirituales, sociales, emocionales. (p.250)

2.1.4 Objetivos

2.1.4.1 Objetivo general

Realizar un proceso de sensibilización a través de un modelo de aprendizaje experiencial dirigido a cuidador/as de niñas, niños y jóvenes en condición de discapacidad pertenecientes al proyecto de discapacidad AP Divino Niño en el barrio Mochuelo bajo durante el segundo periodo del 2017 y el primer periodo de 2018

2.1.4.2 Objetivos específicos

- Sensibilizar a los cuidadores/res mediante espacios reflexivos - participativos, frente a la sobrecarga, autocuidado y redes sociales.
- Fortalecer las habilidades de los y las cuidadores/as que le permitan estimular su autocuidado.
- Brindar información sobre las redes de discapacidad con las que cuentan los cuidadores/as de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad, en el barrio, localidad y la ciudad.

- Elaborar una guía de auto cuidado, sobrecarga y redes sociales desde la perspectiva de trabajo social para los cuidadores/ras de niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad.

2.1.5 Metas

¿Cuánto se hará? Según (Candamil & Becerra, 2004) las metas son “las expresiones cuantitativas de lo que se pretende obtener con el proyecto. Ellas indican cuánto, dónde y en qué tiempo se proyecta alcanzar el objetivo formulado. Se pretende que, mediante una meta establecida, se puedan definir los alcances más concretos”.

- Participación de 7 cuidadores/as a la sesión
- Realizar 12 sesiones con los cuidadores/as
- Permitir a los y las cuidadores/as participen en los espacios proporcionados para la sensibilización de sobrecarga, autocuidado y redes.
- Realizar 4 sesiones por cada módulo (Sobrecarga, Autocuidado y redes)

2.1.6 Localización

El proyecto de intervención Cuidar Cuidándome se lleva a cabo en Bogotá Colombia, localidad de Ciudad Bolívar, específicamente en Mochuelo Bajo. Es importante mencionar que esta localidad es una de las que tiene más habitantes que han sido desplazados de sus tierras, aproximadamente el 75% de ellos provienen de diferentes partes del país; lo anterior conlleva a que las problemáticas sociales sean numerosas, las dinámicas sociales y culturales también; según estadísticas de (Secretaria de planeación, 2009) concentra el 100% del total de su población (1.466 habitantes) en el estrato bajo-bajo.

Además, El barrio Mochuelo limita con el relleno sanitario Doña Juana, factor que genera problemáticas ambientales constantes en el territorio, no solamente en cuanto salud de los habitantes sino también a su fuente productiva que es son los cultivos en la tierra de papa. “Ciudad Bolívar contaba en 2008 con 326 barrios en la zona urbana y con nueve veredas en la parte rural: Quiba Alto, Quiba Bajo, Mochuelo Alto, Mochuelo Bajo, Pasquilla, Pasquillita, Santa Bárbara, Santa Rosa y Las Mercedes.” (Secretaria de planeación, 2009)

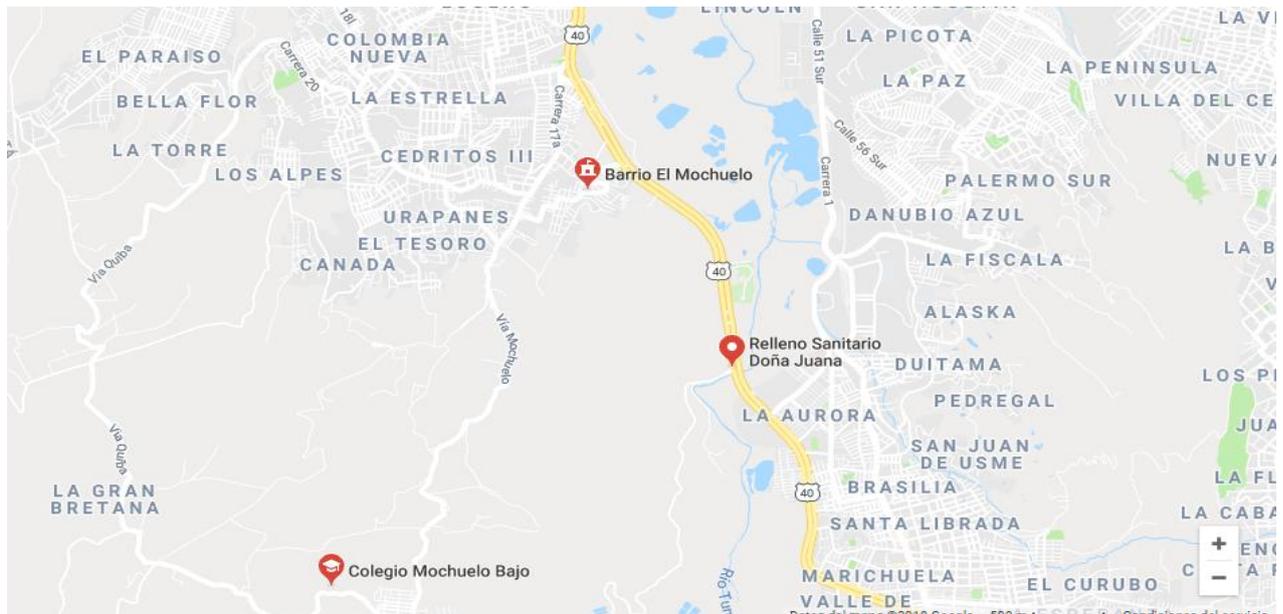


Ilustración 15 Ubicación geográfica

Fuente Google-Maps 2018

El barrio Mochuelo limita Al norte con el barrio México y al Oriente con el rio Tunjuelo; las UPZ Tunjuelito y Danubio de las localidades Tunjuelito y Usme respectivamente; por el sur, con el Relleno Sanitario y Comuneros y por el Occidente con las UPZ Lucero (autopista al llano), el Tesoro y el suelo rural de Ciudad Bolívar se encuentra ubicada la empresa CEMEX. (ASIS Hospital Vista Hermosa, 2015)

3.1.7 Población o actores

La población o actores de este proyecto de intervención social comunitaria es delimitada de acuerdo con el proyecto Proyecto AP Divino Niño de discapacidad de la institución Visión Mundial en el barrio Mochuelo bajo al cual hacen parte las profesionales en formación; quienes participan en el proceso de sensibilización de sobrecarga, autocuidado y redes “Cuidar Cuidándome” son cuidadores/as que hacen parte del proyecto anteriormente mencionado, son 25 familias en total.

2.1.8 Proceso metodológico

Para realizar un proyecto de intervención social es fundamental tener como base un porceso metodologico que guie y sustente la forma de ejecutar el proyecto de acuerdo a los objetivos y metas que el mismo tiene; según (Candamil & Becerra, 2004) la “concepción metodológica: Se define como el respaldo teórico de la acción y proporciona un modelo desde el cual es posible comprender y establecer el desarrollo de las acciones. Esta concepción puede ser

retomada desde un autor o una institución que haya desarrollado un modelo de intervención a partir de la experimentación o sistematización teórica.” (p.51)

Este proyecto de intervención se realizará guiado por la metodología del aprendizaje experiencial, propuesto por Luckier y Nadler(1997)la cual afirma(Ríos, 2013) que *“es un proceso a través del cual los individuos construyen conocimiento, adquieren destrezas y habilidades, e incrementan los valores, a partir de la experiencia”* (p.5). Teniendo en cuenta que los cuidadores/as tienen un rango de edad muy diverso, al igual que su nivel académico, pero principalmente la necesidad identificada de sensibilizar a la comunidad es pertinente reomar estrategias participativas. Por esta razón la metodología de aprendizaje experiencial, es la más idónea para realizar el proceso de ejecución del proyecto “Cuidar Cuidándome” debido a que se basa en las experiencias personales de cada uno de los cuidadores, lo que permite el empoderamiento por parte de los mismos en el proceso, además mantener activo su interés, ya que tiene más relevancia partir de sus experiencias, y de ellas crear nuevos aprendizajes colectivos que sean significativos para su cotidianidad.

Es importante resaltar que el proceso se realizará con un grupo de cuidadores/as de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad de Mochuelo Bajo, perteneciente al proyecto AP Divino Niño de la institución Visión Mundial, dado que mediante este se pretende fortalecer el tejido social de la comunidad y las redes de los cuidadores, destacando que el grupo será el medio, es decir la herramienta pero no el fin para la ejecución y puesta en marcha del proyecto, puesto que esta planteado desde una perspectiva comunitaria.

Considerando lo anterior se explicarán a continuación las etapas de la metodología planteada Ronkhe y Buttler (1995) Citado por (Ríos, 2013):

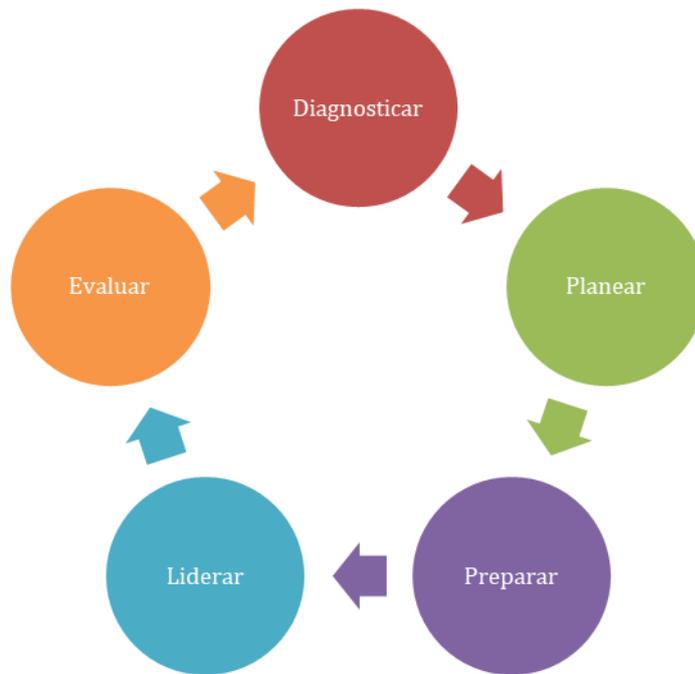


Ilustración 16 Cinco pasos para la facilitación en procesos de Educación Experiencial

Fuente: tomado de (Ríos, 2013) *Educación experiencial: una metodología excepcional para el trabajo grupal*.

La primera fase (**diagnosticar**) consiste en la recoger información a cerca del grupo previamente. La valoración puede ocurrir durante el proceso, mientras más pueda identificar lo que el grupo quiere y quienes son, mejor para predecir que tipos de actividades son apropiadas”. En “Cuidar Cuidaándome” se realiza recolección de información mediante visitas domiciliarias, recorrido territorial, aplicación de instrumento de sobrcarga del cuidador “escala de zarit”, ficha de caracterización, observación no participante y la tecnica lluvia de ideas.

En cuanto la segunda fase (**planear**) “permite la selección de las herramientas que se van a utilizar. Con los detalles recogidos del diagnostico, se canaliza la selección de actividades para ocuparse de las necesidades del grupo” en esta es fundamental tener en cuenta la voz de los participantes para la creación de las actividades, la cantidad de sesiones a realizar, el tiempo de duración de cada una, el tipo de actividades, y los resultados que se quieren obtener. Es desde allí que las trabajadoras sociales realizarán la programación del proceso de intervención, frente a los modulos y cada una de sus sesiones, los temas a trabajar, su duración, las tecnicas y herramientas a utilizar en cada actividad, esto se realizara atraves del siguiente esquema:

- Experiencia (Actividad – reto)

- Reflexión (Compartir y descubrir)
- Generalizar (Conectar)
- Aplicación (Aprender) Lucker y Nadle (1997)

En esta fase muchas veces es necesario realizar ajustes teniendo en cuenta los diferentes factores que se presenten de acuerdo con la población a intervenir, cuando se planea por medio de la diversión o los intereses de ellos también es fundamental para obtener los resultados esperados.

La tercera fase (**Preparar**) es aquella donde se realiza la implementación, se alistan los materiales, el espacio físico, los participantes, los tiempos, teniendo en cuenta los objetivos planteados en el proyecto, se pueden realizar modificaciones pero sin perder la dirección.

La cuarta fase (**Liderar**) se caracteriza por saber conducir las actividades o sesiones planeadas previamente, allí se destacan las habilidades de los profesionales para ajustar en el mismo momento para cumplir con el objetivo de la sesión, permitiendo evaluar lo planeado si está bien o es necesario reestructurarlo. Procesar respectivamente las actividades ejecutadas.

Por último la fase de (**evaluar**) consiste en observar comportamientos del grupo, las actividades, su forma de ejecutar y de compartir los contenidos de cada sesión. Se realiza de forma permanente, para así modificar lo necesario y cumplir los objetivos establecidos. También los autores establecen la evaluación del programa, ya que permite reflexionar sobre lo que sucedió dentro del proceso y es la fase final del ciclo de aprendizaje experiencial. (Ronkhe y Buttler, 1995) citado por (Ríos, 2013). Esta etapa permite identificar las cosas positivas, negativas y si el proceso de intervención comunitaria fue efectivo dentro de cada una de sus etapas.

2.1.8.1 Enfoque

Teniendo en cuenta el propósito del proyecto de intervención comunitario “Cuidar Cuidandome” se tomará desde la mirada del enfoque “Ecológico” así como lo plantea (Navarro, 2004) “este modelo busca la relación dialéctica entre el sujeto y su contexto, y que lo integra en una red de relaciones interpersonales... ya que entre estos dos sistemas complejos se establece una relación permanente de ajuste, adaptación mutua y de acomodación, a partir de la cual es posible el desarrollo de ambos sistemas” (p. 40), habría que decir también que cuando

hay una interacción entre el individuo y su medio ambiente, partiendo del contexto en el que nos desenvolvemos los mayores conflictos que se dan son entre el individuo y su ambiente.

Además hay que tener en cuenta los cambios que se presentan en la sociedad han generado cambios en las relaciones interpersonales, la desintegración de los lazos sociales, y la ruptura de las redes naturales de ayuda (Navarro, 2004 p. 40), esto hace que el proyecto de intervención comunitaria, busca fortalecer esas redes que se han perdido, por la adaptación al nuevo contexto social que deben ser protectoras para el cuidador y su familia.

Este enfoque se encuentra estructurado en diversos niveles estos son: macrosistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. Ahora bien para retomar el enfoque ecológico se retoma dentro del paradigma del constructivismo, debido a que se enmarcan desde una perspectiva holística teniendo en cuenta todos los entornos de la persona.

Por otra parte Villamil (2008) El constructivismo, retomando los aportes del constructivismo y de la psicología social genética es intersubjetivo, colectivo y se ocupa de la acción del sujeto en el campo de lo social. (p.73), es desde allí que se destaca la importancia de reconocer a las personas como sujetos sociales, y que su construcción no depende solo de sus actos individuales sino de ellos con su entorno social, así mismo el constructivismo “reconoce que la función primaria del lenguaje es la construcción de mundos humanos contextualizados, no simplemente la transmisión de mensajes de un lugar a otro. Además, reconoce que la comunicación deviene del proceso social primario, es decir, vivimos inmersos en actividades sociales”(Villamil, 2008, p. 82).

Fortaleciendo lo anteriormente mencionado “desde el Trabajo Social, nos interesa el constructivismo, porque remite a los intercambios que se dan entre personas situadas históricamente y culturalmente en una sociedad dada. Así, las emociones, las intenciones, la memoria, el pensamiento, las acciones y los conocimientos, las situaciones y hechos sociales, entre otros, son construcciones sociales nunca individuales, porque lo social precede a lo individual”. (Kisnerman, 2005, p.115)

2.1.9 Programación

En este apartado se evidenciarán las actividades y los tiempos del proceso de intervención; se realiza el cronograma general de tiempo de duración del proyecto y el cronograma específico

de cada una de las actividades que se realizarán en el tiempo indicado; ya que estos son fundamentales para la ejecución de la intervención social comunitaria.

Tabla 10

Cronograma de actividades

	MOMENTOS	PROCESO	AÑO	2017					2018								
				JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAY				
"CUIDAR CUIDANDOME" PROCESO GUIADO POR: María del Socorro Candamil y Mario Hernán López "Los Proyectos Sociales, Una Herramienta de la Gerencia Social"	IDENTIFICACIÓN	DIAGNÓSTICO	Identificar situaciones														
			Establecer relaciones de intercasualidad														
			Delimitar o focalizar el problema														
			Jerarquizarlo														
			Identificar actores														
	FORMULACIÓN	PROGRAMACIÓN	Plantear alternativas														
			Estructura de propuesta														
			Objetivos														
			Metodología														
			Acciones														
			Tiempo														
	APLICACIÓN	EJECUCIÓN	Recurso														
			Responsabilidades														
			Gerencia														
			Desarrollo acciones														
	EVALUACIÓN	RETROALIMENTACIÓN	Gestión														
			Resultados														
			Monitoreo														
			Seguimiento														
			Ajuste														
		verificación															
		Sustentación vision mundial															
		Entrega Final															

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018.

A continuación, se presentarán los tres módulos, con cada una de sus respectivas sesiones, su tiempo de duración, las actividades y técnicas a realizar, que permitirán realizar un proceso de sensibilización a Cuidadores/as de Niños/as y jóvenes en condición de discapacidad en Mochuelo Bajo.

Tabla 11

Programación de Actividades – Por sesión

MODULO 1		SOBRECARGA DE CUIDADOR	
SESIÓN 1	Fecha	Tema	Objetivo

Mi sobrecarga como cuidador.	08 de febrero de 2018	Sobrecarga en cuidadores.	Identificar por medio de imágenes la sobrecarga de cada cuidador
Desarrollo de la sesión		Recursos	Responsable
Técnicas	<p>Rompehielo: Ronda de nombres: Se realiza un círculo con todos los participantes, cada uno va a decir su nombre en voz alta, luego el que tenga el turno repetirá los nombres que se han dicho.</p> <p>Actividad central: “Identificando mi carga”</p> <p>-A cada cuidador/a se le entregará un octavo de cartulina que se dividirá en 3 partes: Oficios, emociones y hobbies junto con imágenes de estas. Posteriormente los cuidadores/as identificarán y pegarán en la cartulina aquellas actividades que realizan a diario y las emociones que sienten día a día. Retroalimentación de la sobrecarga en cuidadores por parte de las profesionales en formación.</p> <p>Evaluación</p> <p>Se aplicará instrumento de evaluación de la sesión y sobre el aprendizaje que se adquirió dentro de la misma</p>	<p>-1 Pelota</p> <p>-Espacio físico: Salón comunal</p> <p>-10 octavos de cartulina</p> <p>-Imágenes de oficios, emociones y hobbies.</p> <p>-12 sillas</p>	<p>*Stephanie Alarcón</p> <p>*Patricia Báez</p>
Meta	<p>Cuantitativa: Participación de 7 cuidadores/as a la sesión</p> <p>Cualitativa: Realizar 1 sesión con los cuidadores/as</p>		
Indicador	<p>1. Sesiones hechas x 100%/ sesiones programadas.</p> <p>2. Personas que asistieron x 100% /personas programadas</p>	Tiempo de sesión	1 hora
SESIÓN 2	Fecha	Tema	Objetivo
Cocinando la carga objetiva y subjetiva	09 de febrero de 2018	Carga objetiva y subjetiva	Conocer y diferenciar las cargas objetivas y subjetivas.
Desarrollo de la sesión		Recursos	Responsable
Técnicas	<p>Rompehielo: Obsérvame. Se alinea a los/las participantes uno frente a otro en dos líneas paralelas. Se les da 30 segundos para mirarse muy bien y observar detalles. Se</p>	<p>-2 ollas</p> <p>-Tarjetas con cargas</p>	*Stephanie Alarcón

	<p>dan la espalda y cambian algún detalle (una diadema, ponerse o quitarse las gafas, una chapa en la camisa...). El objetivo es que adivinen qué cambió su compañero o compañera.</p> <p>Actividad central: “Cocinando mis cargas”: En papel Kraft de realizará la silueta de dos ollas una que llevará por nombre C. OBJETIVA y la otra C. SUBJETIVA. Se agregan ingredientes correspondientes a cada una de las ollas (fichas con cargas objetivas y subjetivas) las cuales se dejarán encima de la mesa y cada cuidador pasará a pegar una carga objetiva y una carga subjetiva. Para tener una totalidad de 6 ingredientes en cada olla.</p> <p>Evaluación Se aplicará instrumento de evaluación de la sesión y sobre el aprendizaje que se adquirió dentro de la misma</p>	<p>subjetivas y objetivas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Salón -12 Sillas -Papel Kraft -Marcadores -Cinta 	*Patricia Báez
Metas	<p>Cuantitativa: Participación de 7 cuidadores/as a la sesión</p> <p>Cualitativa: Realizar 1 sesión con los cuidadores/as</p>		
Indicador	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sesiones hechas x 100%/ sesiones programadas. 2. Personas que asistieron x 100% /personas programadas 	Tiempo de sesión	1 hora
SESIÓN 3	Fecha	Tema	Objetivo
Mi tiempo y mi tranquilidad	12 de febrero de 2018	Manejo de tiempo	Establecer técnicas de relajación que brinden tranquilidad a los cuidadores/as en su tiempo libre
Desarrollo de la sesión		Recursos	Responsable

Técnicas	<p>Rompehielo: Teléfono roto. Se realizará un círculo con todos los cuidadores/as, las profesionales en formación al azar decidirá quién empieza el teléfono roto, cada participante repetirá exactamente lo que escuchó y la última persona dirá en voz alta el mensaje final.</p> <p>Actividad central: “Mi tiempo y mi tranquilidad”: Se realizarán con los cuidadores las siguientes técnicas de relajación naturales para los tiempos libres</p> <p>1) La respiración profunda para eliminar las tensiones, 2) La relajación muscular progresiva para aliviar el estrés</p> <p>3) La atención plena: meditación para aliviar el estrés.</p> <p>Evaluación Se aplicará instrumento de evaluación de la sesión y sobre el aprendizaje que se adquirió dentro de la misma</p>	-Salón -12 Sillas -Dispositivo de sonido de relajación natural	*Stephanie Alarcón *Patricia Báez
Metas	<p>Cuantitativa: Participación de 7 cuidadores/as a la sesión</p> <p>Cualitativa: Realizar 1 sesión con los cuidadores/as</p>		
Indicadores	<p>Sesiones hechas x 100%/ sesiones programadas.</p> <p>Personas que asistieron x 100% /personas programadas</p>	Tiempo de sesión	1 hora
SESIÓN 4	Fecha	Tema	Objetivo
Musicoterapia	16 de febrero de 2018	Dependencia	Reflexionar mediante varias pistas musicales de naturaleza y meditación la dependencia que hay del cuidador/ra hacia la persona en condición de discapacidad.
Desarrollo de la sesión		Recursos	Responsable
	<p>Rompehielo: “Tingo tingo tango”: Los cuidadores/as se ubican en círculo con las sillas, una de las trabajadoras sociales en formación dirá tingo tingo tingo...los participantes pasan la pelota y cuando diga</p>	-Salón -12 Sillas -Sonido -Pelota	*Stephanie Alarcón

<p>Técnicas</p>	<p>tango la persona que tenga la pelota, realizará una penitencia.</p> <p>Actividad central: “Músico terapia”: Se reproducen tres pistas musicales relajantes, a su vez las profesionales llevarán el hilo conductor, mediante preguntas reflexivas encaminadas a la dependencia y la sobrecarga de los y las cuidadoras/res.</p> <p>Preguntas reflexivas: Cuando se levantan en la mañana que es lo primero que hacen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es la primera persona que ven? - ¿Cuántos amigos tengo? - ¿Cuánto tiempo me dedico al día? - ¿Hay momentos en el día que me siento sola/lo? - ¿Cuáles son esos momentos? - ¿Siento que las persona que cuido depende únicamente de mí? - ¿Quién me ayuda y cuando me ayuda? - ¿Cómo puedo pedir ayuda? - ¿Me siento enferma y cansada? - ¿Que puedo cambiar para dejar de sentir esta carga? <p>Frases positivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cuando todos te digan “no es posible”, es la hora de apretarse el cinturón, ¡tomar aire y levantar vuelo! No hay nada imposible, solo se tarda un poco más lograrlo. -Para ser fuerte no es necesario levantar mucho peso. Con levantar el tuyo cada vez que te caigas, es suficiente. -Utiliza tu sonrisa para cambiar este mundo, pero no dejes que este mundo cambie tu sonrisa. <p>Evaluación</p> <p>Se aplicará instrumento de evaluación de la sesión y sobre el aprendizaje que se adquirió dentro de la misma</p>		<p>*Patricia Báez</p>
<p>Metas</p>	<p>Cuantitativa: Participación de 7 cuidadores/as a la sesión</p> <p>Cualitativa: Realizar 1 sesión con los cuidadores/as</p>		
<p>Indicadores</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sesiones hechas x 100%/ sesiones programadas. 2. Personas que asistieron x 100% /personas programadas 	<p>Tiempo de sesión</p>	<p>1 hora</p>

MÓDULO 2		AUTOCUIDADO	
SESIÓN 1	Fecha	Tema	Objetivo
Abrazoterapia	16 de febrero de 2018	Autocuidado. Autocuidado colectivo	Comprender la importancia del autocuidado mediante espacios de reflexión
Desarrollo de la sesión		Recursos	Responsable
Técnica	<p>Rompehielo: Competencia de letras. Se dirá una letra con la cual cada cuidador debe decir un animal un objeto etc., aquel que repita una palabra o no diga otra. Queda eliminado.</p> <p>Actividad central: “Abrazoterapia”: Los cuidadores harán un círculo. Una persona por la derecha empieza el abrazo dándosele al otro. Éste a su vez se lo pasa a la siguiente y así sucesivamente hasta completar todo el círculo. Por la izquierda se realizará la misma dinámica, pero con un apretón.</p> <p>Evaluación Se aplicará instrumento de evaluación de la sesión y sobre el aprendizaje que se adquirió dentro de la misma</p>	-Salón -12 Sillas -Sonido	*Stephanie Alarcón *Patricia Báez
Metas	<p>Cuantitativa: Participación de 7 cuidadores/as a la sesión</p> <p>Cualitativa: Realizar 1 sesión con los cuidadores/as</p> <p>Comprensión por parte de los cuidadores de los vínculos afectivos.</p>		
Indicadores	<ol style="list-style-type: none"> Sesiones hechas x 100%/ sesiones programadas. Personas que asistieron x 100% /personas programadas 	Tiempo de sesión	1 hora
SESIÓN 2	Fecha	Tema	Objetivo
Vivir para cuidarse, cuidarse para vivir bien	19 de febrero de 2018	Autocuidado individual	Visibilizar la importancia del autocuidado en cuidadores/as mediante diferentes estrategias para su cuidado individual

Desarrollo de la sesión		Recursos	Responsable
Técnicas	<p>Rompehielo: “Juego de memoria” En el tablero se pondrán 6 pares de imágenes iguales pero separadas, los cuidadores/as pasarán uno a uno y destaparan dos imágenes, el objetivo es encontrar las parejas</p> <p>Actividad central: ¿Cómo y porqué cuidarme? Se presentará a los cuidadores diferentes imágenes de las consecuencias del no cuidarse. También se presentarán imágenes de cómo poder cuidarse. Posteriormente se realizará una reflexión en torno al autocuidado.</p> <p>Evaluación Se aplicará instrumento de evaluación de la sesión y sobre el aprendizaje que se adquirió dentro de la misma</p>	-Salón -12 Sillas -Fichas con imágenes	*Stephanie Alarcón *Patricia Báez
Metas	<p>Cuantitativa: Participación de 7 cuidadores/as a la sesión</p> <p>Cualitativa: Realizar 1 sesión con los cuidadores/as</p>		
Indicadores	<p>Sesiones hechas x 100%/ sesiones programadas.</p> <p>Personas que asistieron x 100% /personas programadas</p>	Tiempo de sesión	1 hora
SESIÓN 3	Fecha	Tema	Objetivo
La belleza de cuidarme	19 de febrero	Cuidado físico y emocional	Identificar la importancia de los cuidados físicos y emocionales como cuidador/ra
Desarrollo de la sesión		Recursos	Responsable
Técnica	<p>Rompehielo: “Buscando mi pareja” Se le asignará a cada cuidador un animal, posteriormente su tarea es encontrar a su pareja (mismo animal) se encontrarán por medio de los sonidos de cada animal.</p>	-Salón -12 Sillas -Esmaltes para uñas -Crema corporal.	*Stephanie Alarcón *Patricia Báez

	<p>Actividad central: “Soy valiosa/o, me cuido y me amo”: Se realizará un espacio de belleza con los cuidadores/as, donde se pintarán las uñas, se maquillarán, como en un salón de belleza al mismo tiempo en forma de charla se discutirá sobre el cuidado físico y emocional; posteriormente se dirigen al espejo, mirando su reflejo repetirán: soy valiosa/o, me cuido y me amo.</p> <p>Evaluación Se aplicará instrumento de evaluación de la sesión y sobre el aprendizaje que se adquirió dentro de la misma</p>	-Peinillas de cabello -Espejo.	
Metas	<p>Cuantitativa: Participación de 7 cuidadores/as a la sesión</p> <p>Cualitativa: Realizar 1 sesión con los cuidadores/as</p>		
Indicadores	<p>Sesiones hechas x 100%/ sesiones programadas.</p> <p>Personas que asistieron x 100% /personas programadas</p>	Tiempo de sesión	1 hora
SESIÓN 4	Fecha	Tema	Objetivo
Cartografía Corporal	23 de febrero de 2018	Conociendo la carga en mi cuerpo	Identificar por medio de mi silueta las diversas cargas que poseo, y cómo estas afectan mi salud física y mental.
Desarrollo de la sesión		Recursos	Responsable
Técnicas	<p>Rompehielo: “Los sonidos” Se reproducen diferentes sonidos naturales, de personas entre otros que les permitirá a los cuidadores/as pasar de una emoción a otra de acuerdo con sus experiencias. Posteriormente cada uno expondrá lo que experimento con los diversos sonidos.</p> <p>Actividad central: Cartografía corporal. Se repartirán a cada cuidador/a una silueta del cuerpo humano ubicando: en ojos (cuáles son las cosas o los lugares más hermosos que haya observado) pies (cuáles son</p>	-Salón -12 Sillas -Grabadora	*Stephanie Alarcón *Patricia Báez

	<p>los lugares más especiales que ha visitado) manos (las cosas más especiales que ha hecho y acariciado) oídos (las cosas más lindas que has escuchado) espalda las emociones negativas que ha tenido desde que es cuidador. Luego los participantes hablar sobre su vivencia personal en el desarrollo de la técnica, cómo sintió a las demás personas, qué fue lo que más le gustó, por qué fue importante haber participado, qué aprendió de los demás, qué cosas nuevas aprendió y descubrió de sí y de los demás, qué dificultades se presentaron.</p> <p>Evaluación Se aplicará instrumento de evaluación de la sesión y sobre el aprendizaje que se adquirió dentro de la misma</p>		
Metas	<p>Cuantitativa: Participación de 7 cuidadores/as a la sesión Cualitativa: Realizar 1 sesión con los cuidadores/as</p>		
Indicadores	<p>Sesiones hechas x 100%/ sesiones programadas. Personas que asistieron x 100% /personas programadas</p>	Tiempo de sesión	1 hora
MÓDULO 3		REDES	
SESIÓN 1	Fecha	Tema	Objetivo
Cartografía geográfica	26 de febrero de 2018	Concepto de redes. Redes	Brindar herramientas conceptuales a los y las cuidadoras pertenecientes al programa AP Divino niño en el barrio Mochuelo Bajo sobre las redes
Desarrollo de la sesión		Recursos	Responsable
	<p>Rompehielo: “El cocotero” Las profesionales en formación enseñaran a los cuidadores/as a deletrear C-O-CO-T-E-R-O usando su cuerpo luego todos los</p>	<p>-Salón -12 Sillas -12 Pliegos de papel Kraft - Marcadores</p>	*Stephanie Alarcón

Técnicas	<p>participantes juntos tratan de hacer lo mismo.</p> <p>Actividad central: “Cartografía de redes”</p> <p>Se entregará a los cuidadores/ras 1 pliego de papel Kraft en el cual dibujarán su barrio y su localidad. Posteriormente identificarán las instituciones o redes que conozcan.</p> <p>Evaluación</p> <p>Se aplicará instrumento de evaluación de la sesión y sobre el aprendizaje que se adquirió dentro de la misma</p>	-Temperas	*Patricia Báez
Metas	<p>Cuantitativa: Participación de 7 cuidadores/as a la sesión</p> <p>Cualitativa: Realizar 1 sesión con los cuidadores/as</p>		
Indicadores	<p>Sesiones hechas x 100%/ sesiones programadas.</p> <p>Personas que asistieron x 100% /personas programadas</p>	Tiempo de sesión	1 hora
SESIÓN 2	Fecha	Tema	Objetivo
Reconociendo mis redes	02 de marzo de 2018	Tipos de redes	Conocer las redes primarias y secundarias que poseen los cuidadores
Desarrollo de la sesión		Recursos	Responsable
Técnicas	<p>Rompehielo:” ¿Quién soy?, a cada cuidador/ra se le asignará un personaje famoso que será puesto en su espalda sin que sepa quién es, cada uno tendrá un personaje y el objetivo es descubrir cuál es, mediante preguntas las cuales sus compañeros solo podrán responder SI o NO.</p> <p>Actividad central: “Reconociendo mis redes”</p> <p>Se dividirá en los tipos de redes el papel Kraft, en la mesa del salón se</p>	<p>-Papel Kraft</p> <p>-Fichas bibliográficas</p> <p>-Cinta</p> <p>-mesa</p> <p>-Sillas</p>	<p>*Stephanie Alarcón</p> <p>*Patricia Báez</p>

	<p>colocarán papeles con los nombres de las redes y los cuidadores/as los ubicarán según su opinión en la casilla que corresponde. Posteriormente las profesionales en formación retroalimentan cuales son los tipos de redes en qué acertaron o cuáles fueron incorrectas.</p> <p>Evaluación Se aplicará instrumento de evaluación de la sesión y sobre el aprendizaje que se adquirió dentro de la misma</p>		
Metas	<p>Cuantitativa: Participación de 7 cuidadores/as a la sesión Cualitativa: Realizar 1 sesión con los cuidadores/as</p>		
Indicadores	<p>Sesiones hechas x 100%/ sesiones programadas. Personas que asistieron x 100% /personas programadas</p>	Tiempo de sesión	1 hora
SESIÓN 3	Fecha	Tema	Objetivo
Derechos y deberes de los cuidadores	02 de marzo de 2018	Redes de discapacidad	Explicar los derechos y deberes del cuidador/ra y las redes con las que cuentan
Desarrollo de la sesión		Recursos	Responsable
Técnicas	<p>Rompehielo: “Gráfico de Cumpleaños”, Se les indicara a los y las Cuidadores/ras que formen una fila de acuerdo con el orden del mes que cumplen años. Posteriormente se hará un debate sobre el mes que más personas tiene y porque razón hay más personas en ese mes.</p> <p>Actividad central: “Para que Las redes”. Se realizará una charla sobre derechos y deberes de los cuidadores y de cómo estos pueden fortalecer las redes primarias e institucionales y que esta permita crear una ruta de</p>	<p>-Sillas -Salón -Papel Kraft -Cinta -Fichas bibliográficas</p>	<p>*Stephanie Alarcón *Patricia Báez</p>

	<p>atención, para acceder a las diversas redes que hay en la localidad.</p> <p>Evaluación Se aplicará instrumento de evaluación de la sesión y sobre el aprendizaje que se adquirió dentro de la misma</p>		
Metas	<p>Cuantitativa: Participación de 7 cuidadores/as a la sesión</p> <p>Cualitativa: Realizar 1 sesión con los cuidadores/as</p>		
Indicadores	<p>Sesiones hechas x 100%/ sesiones programadas.</p> <p>Personas que asistieron x 100% /personas programadas</p>	Tiempo de sesión	1 hora
SESIÓN 4	Fecha	Tema	Objetivo
La telaraña	05 de marzo de 2018	Retroalimentación	Evaluar el tema de redes y las rutas de atención para los cuidadores/ras de Niños, Niñas y jóvenes en condición de discapacidad
Desarrollo de la sesión		Recursos	Responsable
Técnicas	<p>Rompehielo: “Simón Dice” las profesionales de trabajo social, explican al grupo que deben seguir la instrucción que se les da solo cuando esta empieza con Simón dice; si al dar la instrucción no está iniciada por esta palabra y los cuidadores realizan la acción se les indicará que será eliminado.</p> <p>Actividad central: “La telaraña” se le asignará a cada cuidador una red de acuerdo con un caso que será expuesto por las profesionales en formación, de acuerdo con el caso se va a dirigir la persona seleccionada como persona natural para resolver su problema</p> <p>Evaluación Se aplicará instrumento de evaluación de la sesión y sobre el</p>	<p>-Lana</p> <p>-Fichas Bibliográficas</p>	<p>*Stephanie Alarcón</p> <p>*Patricia Báez</p>

	aprendizaje que se adquirió dentro de la misma		
Metas	Cuantitativa: Participación de 7 cuidadores/as a la sesión Cualitativa: Realizar 1 sesión con los cuidadores/as		
Indicadores	Sesiones hechas x 100%/ sesiones programadas. Personas que asistieron x 100% /personas programadas	Tiempo de sesión	1 hora
EVALUACION FINAL			
Fecha	09 de marzo de 2018	Lugar	Casa líder de cuidadores
Objetivo	Evaluar el proceso de sensibilización y reflexión realizado durante el primer semestre del 2018 con cuidadores/as de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad mediante un espacio participativo donde se plasme los conocimientos adquiridos durante el mismo.		
Metas	-Sensibilizar a los cuidadores/as sobre la sobrecarga, autocuidado y redes - Asistencia de 12 cuidadores al espacio de evaluación del proceso de sensibilización “Cuidar Cuidándome”		
Indicadores	-% de personas que consideran importante el proceso de sensibilización y reflexión en cuidadores/as /% de cuidadores/as participantes en el proceso de sensibilización y reflexión en los temas de sobrecarga, autocuidado y redes. - Número de personas esperadas / Número de personas asistentes.		
Actividad Rompe hielo	Caligrafía con estilo Tiempo: 10 minutos Materiales: pelota y música. Desarrollo: los participantes forman un círculo, ponen la música y se empiezan a pasar la pelota, cuando la música se detenga el que quedo con el balón pasa al frente a escribir el nombre de un animal con la panza o la nalga al ritmo de la música, regresa y continua el juego con otro participante.		
Actividad central	Los/as cuidadores/as responderán a las preguntas que las profesionales en formación realicen, las cuales estarán directamente relacionadas con los temas que se trabajaron previamente; las profesionales en fichas bibliográficas pegarán las respuestas de cada cuidador en el árbol del conocimiento, que estará ubicado en una de las paredes del espacio donde se realizará la sesión.		
Preguntas	1. ¿Cuál considera que es su rol? ✓ Ama de casa ✓ Cuidador/a ✓ Madre-Padre 2. ¿Recuerdas los temas trabajados en las actividades?: Si_ No_... Cuáles? 3. ¿Cree que es importante el autocuidado? ¿Para qué? 4. ¿Cómo puedo cuidarme? 5. ¿Cree que es importante participar en espacios como estos para los/as cuidadores/as? ¿Por qué? 6. ¿A quién puedo acudir como cuidador/a de una persona en condición de discapacidad?		

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018.

2.1.10 Presupuesto

El presupuesto como lo indican los autores (Candamil & Becerra, 2004) “es la realización de un cálculo anticipado de las inversiones, gastos e ingresos necesarios para la realización de las diferentes actividades previstas.” (p. 56), es de suma importancia realizar este paso, ya que este permite evidenciar los egresos que se dieron durante el proceso.

Tabla 12

Presupuesto

CONCEPTO	CANTIDAD	UNIDAD	COSTO UNIDAD	COSTO TOTAL
COSTOS DIRECTOS				
Honorarios				
Docente - Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca	160	Horas presenciales	\$ 40.000	\$ 6.400.000
Trabajadora Social en Formación	600	Horas presenciales	\$ 9.900	\$ 5.400.000
Trabajadora Social en Formación	600	Horas presenciales	\$ 9.900	\$ 5.400.000
Sub total honorarios				\$ 17.200.000
Elementos de Consumo				
Computador	1	Unidades	\$ 100.000	\$ 100.000
Marcadores	20	Unidades	\$ 950	\$ 19.000
Impresiones	30	Unidades	\$ 300	\$ 9.000
Fotocopias	600	Unidades	\$ 100	\$ 60.000
Plotter	1	Unidades	\$5.000	\$5.000
Viáticos Trabajador Social	50	Unidades	\$ 5.000	\$ 250.000
Viáticos Trabajador Social	50	Unidades	\$ 5.000	\$ 250.000
Refrigerios participantes	162	Unidades	\$2.000	\$324.000
Sub total elementos de consumo				\$ 1.017.000
Recursos físicos				
Salón comunal	4	Horas	\$ 2.000	\$ 8.000
Medios audiovisuales	2	Horas	\$ 20.000	\$ 40.000
Sub total plataforma tecnológica				\$ 48.000
COSTOS INDIRECTOS (servicios, uso de la infraestructura, servicios administrativos)				
10%				\$200.000
TOTAL, COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS				\$18.465.000
UTILIDAD (35%)				\$1.500.000
COSTO TOTAL PROYECTO CUIDAR CUIDANDOME				\$20.965.000

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018.

3 Ejecución o puesta en marcha

En este apartado se dará cuenta del cumplimiento de las actividades programadas y planeadas para dar respuesta a la problemática de la población, soluciones que incluso ellos mismos aportaron como actores activos participantes del proceso; (Candamil & Becerra, 2004) define la ejecución como “la puesta en marcha de las acciones que previamente fueron determinadas en la etapa de formulación se le denomina ejecución, se enmarca dentro del concepto de gestión, lo que implica el paso a la acción. El resultado de la gestión será el cumplimiento de los objetivos formulados como transformación o mejoramiento de una situación.” (p.65)

Como evidencia del proceso de intervención comunitaria en cada una de las sesiones se utilizarán las siguientes herramientas para su verificación; crónicas, registro fotográfico, listados de asistencia. Estas permiten generar una evaluación constante del proceso que se llevara a cabo con cuidadores/as de Niño/as en condición de discapacidad.

A continuación, se presentarán los 3 módulos con sus respectivos contenidos, que responden a los elementos de la metodología de aprendizaje experiencial donde se trabajarán temas específicos, divididos de la siguiente manera:

- **Módulo de sobrecarga:** Sobrecarga en cuidadores, carga objetiva y carga subjetiva, manejo de tiempo y dependencia.
- **Módulo de autocuidado:** Autocuidado- autocuidado colectivo, autocuidado individual, cuidado físico y emocional y conociendo la carga en mi cuerpo.
- **Módulo de redes:** Concepto de redes, tipos de redes, redes de discapacidad y retroalimentación de las redes.
- **Evaluación y cierre.**

El proceso de ejecución del proyecto cuidar cuidándome se realizó conforme a lo planeado, en cuanto a contenidos, fechas y actividades; sin embargo, la baja participación de cuidadores/as generó realizar ajustes, pues quienes asistieron eran los hijos de cuidadores/as en condición de discapacidad; se reprogramaron algunas sesiones debido a las mismas dinámicas de la población. Una de las estrategias para mantener y aumentar la participación mediante la entrega al finalizar el proceso de un certificado de este. Ver anexo (6)

4 Seguimiento y evaluación

Para la presente etapa (Candamil & Becerra, 2004) afirma que “la evaluación no es una etapa final del proceso, ni es un fin en sí misma sino un medio para mejorar; se trata de un sistema dinámico que facilita el control, la retroalimentación constante, la identificación de vacíos en el proceso, los asuntos que no pudieron preverse, así como el grado de cumplimiento de los objetivos y la capacidad de transformación de las situaciones que dieron origen al proyecto social.” (p.59)

4.1 Evaluación previa

Esta evaluación se realiza en el primer momento de contacto con la institución y la población, permite recolectar información primordial para guiar la intervención social comunitaria según (Equipo de análisis y desarrollo social consultores, 2003) esta “tiene por finalidad esencial la de proporcionar información significativa para tomar la correspondiente decisión en torno a si el proyecto debe o no ejecutarse.” (p.20).

Se llevó a cabo esta evaluación en el proyecto “Cuidar Cuidándome” mediante una propuesta para la institución, quien aprobó la misma; gestión con la líder de discapacidad de Mochuelo Bajo, proyecto AP Divino Niño quien mostró inmediato interés puesto que realizan procesos con niños/as y jóvenes en condición de discapacidad, pero no con los cuidadores/as y por último se realiza contacto con cuidadores/as mediante preguntas abiertas en las cuales expresaban su interés por participar o no de este proceso que se realizaría posteriormente; lo anterior permitió generar una triangulación de información, donde todos los actores están interesados en participar dentro del proyecto.

4.2 Evaluación Concurrente

Esta evaluación también llamada intermedia o de proceso, allí “se realiza de manera continua y permanente con el propósito de obtener conclusiones que permitan resolver los problemas y realizar los ajustes requeridos.” (Candamil & Becerra, 2004, p.59). Se plasmará mediante la siguiente tabla el proceso de evaluación concurrente del proyecto “Cuidar Cuidándome”.

Tabla 13

Logros y Dificultades.

Modulo	Logros	Dificultades
1 sobrecarga	<ul style="list-style-type: none"> • Reconcomiendo del rol de cuidador, de la falta de tiempo para sí mismos y el manejo de las emociones desde las cargas. • Generar espacios para cuidadores/as que permiten comprender la importancia de la afectividad para cada uno de ellos en su vida cotidiana. • Los cuidadores/as logran diferencian las cargas objetivas y subjetivas que se presentan en su vida. • Entender la importancia de destinar su tiempo libre a actividades diferentes a las tareas de cuidar y del hogar. • Los cuidadores/as adquirieron estrategias para tener un adecuado manejo de emociones y prevenir la violencia intrafamiliar. • Se realizó un proceso de reflexión del grado de dependencia del cuidador y la persona en condición de discapacidad. • Establecimiento de un grupo de cuidadores/as. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja asistencia y participación de cuidadores/as al proceso de sensibilización • Desinterés por parte de cuidadores/as pertenecientes al programa AP Divino niño por hacer parte de procesos sociales y actividades denominadas por ellos mismos “talleres”. • Implementar estrategia ideal por parte de las trabajadoras sociales en formación teniendo en cuenta la población, pues la mayoría de los cuidadores/As no saben leer y escribir
2 autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer diferentes estrategias para el autocuidado para disminuir la sobrecarga del cuidador. • Comprensión por parte de cuidadores/as de la importancia del autocuidado mediante espacios de reflexión. • Cuidadores/as adquieren herramientas que les permiten realizar un cuidado individual. • Identificación por parte de cuidadores/as las características del cuidado individual y el cuidado colectivo. • Comprender el cuidado colectivo a través del grupo de cuidadores/as de Mochuelo Bajo, fortaleciendo el tejido social y la vecindad. • Los cuidadores comprenden la importancia de cuidarse tanto física como emocionalmente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de espacio físico para realizar las diferentes actividades planeadas. • Asistencia de cuidadores/as que no habían participado durante el proceso y rompen la dinámica del grupo, dificultando el desarrollo de las actividades. • Generar un equilibrio de la carga con la que llegaba el cuidador y el desarrollo óptimo de la sesión. • Cambiar estrategias planeadas, por la participación de niños/as y jóvenes tanto en condición de discapacidad como sin ella.
3 Redes	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de redes locales para de discapacidad. • Reconocimiento de la institución Visión Mundial por parte de la población de cuidadores y cuidadoras del barrio Mochuelo Bajo, perteneciente al proyecto AP Divino niño. • Se remitió a una de las usuarias directamente a la gestora social de la SUBRED SUR para la vinculación de sus dos hijos en condición de discapacidad menores de edad a una institución educativa inclusiva. • Reconocimiento derecho y deberes, como y donde acudir para cumplimiento de los mismos por parte de la población. • Aumento de participantes del grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir tiempos con otras instituciones. • Compartir espacio físico con profesionales de otras instituciones, debido a que era muy reducido. • Retroalimentar de todo el proceso a participantes que no habían asistido durante todo el proceso, para así evitar la exclusión y hacerlos partícipes de todo el proyecto.

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018.

4.3 Evaluación Final

En esta parte de la evaluación se “tiene por finalidad valorar el desempeño global de un proyecto cuya ejecución ha finalizado y extraer las correspondientes enseñanzas” (Equipo de análisis y desarrollo social consultores, 2003, p. 21) es decir se retoma los resultados a partir de la ejecución del proyecto social comunitario “Cuidar, Cuidándome”, así mismo se podrán evidenciar las modificaciones que se presentan en Cuidadores/as al finalizar el presente proyecto.

Teniendo en cuenta los resultados del diagnóstico, los objetivos y las metas planteadas en el presente proyecto se realizó una sesión de evaluación el cual nos permitió ver los cambios de cuidadores/as posterior al proceso de sensibilización. Esta arrojó los siguientes resultados:

Tabla 14

Evaluación Final

Pregunta	Respuesta
¿Cuál considera que es su rol? Ama de casa Cuidador/a Madre-Padre	El 80 % de cuidadores/as considera que su rol es el de Cuidador/a, mientras que 20% aun no hacen evidente este rol, pues consideran estas tareas como parte del cuidado del hogar.
¿Recuerdas los temas trabajados en las actividades?: Si_ No_... Cuáles?	El 75% de cuidadores recuerdan los temas globales trabajados durante el proceso de intervención social comunitaria, mientras que el otro 25% no los recuerda o solo referencia la actividad realizada. Los temas con mayor relevancia para ellos son: sobrecarga del cuidador, abrazoterapia, respeto, autocuidado, mapa de redes, con este se puede evidenciar que los temas trabajados dentro del proceso fueron significativos para su diario vivir.
¿Cree que es importante el autocuidado? ¿Para qué?	El 90 % considera que si es importante el autocuidado, ya que este permite un estado de bienestar para si mismo y la persona en condición de discapacidad. Manifiestan que el auto cuidado es importante para: cuidar a los niños, cuidar el cuerpo, dedicarse tiempo alimentarse bien, evitar enfermedades, para la salud y para mantenernos bonitas, desde allí se puede evidenciar que el auto cuidado es importante cuidarse física y emocionalmente, para así poder brindar un mejor cuidado a la persona que cuida y a su familia.
¿Cómo puedo cuidarme?	Los cuidadores/as dieron las siguientes respuestas: alimentación, espacios de masajes, descansar, estar con otras personas, expresarse, hacer lo que me gusta, meditar, baños de aguas de hierbas, desde sus respuestas se puede concluir que adquirieron el conocimiento de estrategias para el auto cuidado tanto individual como colectivo, durante el proceso de sensibilización.

Cree que es importante participar en espacios como estos para los/as cuidadores/as? ¿Por qué?

El 87 % de cuidadores/as consideran importante participar de los diversos espacios que se les brindan, por que: se aprenden muchas cosas, se aprenden cosas que no se saben, dejan enseñanzas, se aprenden cosas buenas en vez de malas, hay cosas libre y aveces uno se descuia y solo esta pendiente de los niños.

Esto permitio que el grupo de cuidadore/ras participara de nuevos proyectos dirigidos a ellos, ya que el proceso les permitio comprender la imprtancia de participar en los proyectos quee lleguen a la comunidad, para mantener el tejido social.

¿A quién puedo acudir como cuidador/a de una persona en condición de discapacidad?

Los cuidadore identificaron los siguientes rede de apoyo a las que pueden acudir son: familia, padres, espacio de talleres, especialistas, psicologos, terapeutas casa de la justicia, casa de la juventud y casa de la cultura.

Es imortante destacar que al iniciar el proceso los cuidadores/as, identificaban maximo dos redes de apoyo de carácter institucional y en ellas se encontraba la institucion de Vision Mundial e IDRD.

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018.

A partir de la evaluacion realizada se pudo identificar las modificaciones que se presentan desde los Cuidadores/as, en los tres ejes fundamentales del proyecto de intervencion social comunitaria, sobrecarga, autocuidado y redes, representando un impacto significativo en la comunidad. Por otro lado se puede destacar que a pesar de las dificultades que se presentaron al iniciar el proceso con la baja participacion, al final se consolido esta para replicar lo adquirido.

4.3.1 Eficacia del Proyecto de Intervención Social en Visión Mundial

En este apartado se presentarán los indicadores, los cuales constituyen una unidad de medida de los objetivos y facilitan la realización de una evaluación constante del desarrollo de las actividades y los resultados (Candamil & Becerra, 2004, p.60). A continuación se presentarán estos indicadores de manera cuantitativa y cualitativa, el cual permitira evidenciar el impacto del proyecto de intervencion social comunitaria “Cuidar, Cuidandome”.

Tabla 15

Indicadores

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3
1 sesiones hechas x 100 / 1 sesiones programadas = 100% 4 personas que asistieron x 100 / 10 Cuidadores/as programados = 40%	• 1 sesiones hechas x 100 / 1 sesiones programadas = 100% • 5 personas que asistieron x 100 / 10 cuidadores/as programados = 40%	• 1 sesiones hechas x 100 / 1 sesiones programadas = 100% • 6 personas que asistieron x 100 / 10 cuidadores/as programados = 60%
Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6
• 1 sesiones hechas x 100 / 1 sesiones programadas = 100% • 7 personas que asistieron x 100 / 10 cuidadores/as programados = 70%	• 1 sesiones hechas x 100 / 1 sesiones programadas = 100% • 7 personas que asistieron x 100 / 10 cuidadores/as programados = 70%	• 1 sesiones hechas x 100 / 1 sesiones programadas = 100% • 6 personas que asistieron x 100 / 10 cuidadores/as programados = 60%
Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9
• 1 sesiones hechas x 100 / 1 sesiones programadas = 100% • 6 personas que asistieron x 100 / 10 cuidadores/as programados = 60%	• 1 sesiones hechas x 100 / 1 sesiones programadas = 100% • 6 personas que asistieron x 100 / 10 cuidadores/as programados = 60%	• 1 sesiones hechas x 100 / 1 sesiones programadas = 100% • 4 personas que asistieron x 100 / 10 cuidadores/as programados = 40%
Sesión 10	Sesión 11	Sesión 12
• 1 sesiones hechas x 100 / 1 sesiones programadas = 100% • 6 personas que asistieron x 100 / 10 cuidadores/as programados = 60%	• 1 sesiones hechas x 100 / 1 sesiones programadas = 100% • 6 personas que asistieron x 100 / 10 cuidadores/as programados = 60%	• 1 sesiones hechas x 100 / 1 sesiones programadas = 100% • 5 personas que asistieron x 100 / 10 cuidadores/as programados = 50%

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018.

Teniendo en cuenta la tabla anterior evidenciar que se realizaron en su totalidad las sesiones programadas por cada módulo, así mismo se puede evidenciar que la participación aunque es constante y aumenta en algunas sesiones, es baja pues no todos los asistentes realizaron todo el proceso de sensibilización, es desde allí que se puede ver el poco interés de aprovechamiento de los espacios que les son brindados para su formación, de ocio, recreación, deportes entre otros que les permiten salir de su vida diaria.

Habría que mencionar, además que estos indicadores dan muestra del impacto que se dio frente a cada sesión, por esta razón y complementado la información anterior se mostrara en la siguiente tabla el impacto que este tubo frente a cada objetivo planteado dentro del proyecto “Cuidar, Cuidándome”.

Tabla 16

Indicadores por objetivo

Objetivo	Descripción	Indicadores de proceso	Resultados	Fuente de verificación
Objetivo General	Realizar un proceso de sensibilización a través de un modelo de aprendizaje experiencial dirigido a cuidador/as de niñas, niños y jóvenes en condición de discapacidad pertenecientes al proyecto de discapacidad AP Divino Niño en el barrio Mochuelo bajo durante el segundo periodo del 2017 y el primer periodo de 2018	Del 8 de febrero al 12 de marzo se Realizarán el 100% de las actividades de sensibilización en los temas de sobrecarga, autocuidado y redes en cuidador/as de niñas, niño y jóvenes en condición de discapacidad.	Se cumplió con el 100 % de las sesiones establecidas para la sensibilización en los temas de sobrecarga, autocuidado y redes. Por lo menos el 70% de cuidador/as de niñas, niño y jóvenes en condición de discapacidad, se interesaron en el proceso de sensibilización.	Listados de asistencia Crónicas Registro fotográfico Productos de cada sesión
	Sensibilizar a los cuidadores/res mediante espacios reflexivos - participativos, frente a la sobrecarga.	Del 08 de febrero al 16 de febrero el 70% de la población identifique su rol como cuidador y las cargas que este genera	Por lo menos el 60% de los cuidadores manifiestan claridades frente al rol de cuidador y la carga que esto implica.	Listados de asistencia Crónicas Registro fotográfico Productos de cada sesión
Objetivos Específicos	Fortalecer las habilidades de los y las cuidadores/as que le permitan estimular su autocuidado.	Del 16 febrero al 23 de febrero se desarrollarán actividades prácticas, las cuales adquieren conocimiento de estrategias para el autocuidado	Por lo menos el 70% de cuidadores/as adquirieron las herramientas básicas para el autocuidado individual y colectivo.	Listados de asistencia Crónicas Registro fotográfico Productos de cada sesión
	Brindar información sobre las redes de discapacidad con las que cuentan los cuidadores/as de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad, en el barrio, localidad y la ciudad.	Del 26 de febrero al 09 de marzo se les brindara el 70% de las redes con las que cuentan a nivel de barrio, localidad y la ciudad.	Por lo menos el 50% de Cuidadores/as identifican y conocen las redes institucionales en la localidad de Ciudad Bolívar y la función	Listados de asistencia Crónicas Registro fotográfico Productos de cada sesión.

Elaborar una guía de auto cuidado, sobrecarga y redes desde la perspectiva de trabajo social para los cuidadores/ras de niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad.	Crear una guía desde trabajo social frente a los temas de sobrecarga, autocuidado y redes al finalizar	que cumple cada una de ellas. Como finalización del proyecto se entrega a la institución de la Visión Mundial la guía de “Cuidar Cuidándome”	(Ver anexos 6 y 7) Guía elaborada por las trabajadoras sociales en formación.
--	--	--	--

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018

Como se afirma arriba el impacto que tuvo el proyecto de intervención social comunitaria con cuidadores/as de niños/as en condición de discapacidad ha sido bastante alta, ya que los programas talleres o espacios de participación que habían llegado a esta comunidad solo se encontraban dirigidos a niños/as en condición de discapacidad, sin tener en cuenta a sus cuidadores y familias, quienes son la base de la atención y cuidado de los mismos, por esta razón es de suma importancia realzar procesos integrales que permitan fortalecer el tejido social y vecinal.

Por otro lado, nos detendremos a ver desde las experiencias vividas con cuidadores/as durante el proceso de intervención social comunitaria, el cual nos permitirá generar un análisis junto con ellos el cumplimiento de los objetivos de manera cualitativa, los cuales se mostrarán a continuación:

Tabla 17

Análisis Cualitativo del Proyecto de Intervención

Modulo	Constantes en la percepción de cuidadores, niños/as en condición de discapacidad	Análisis cualitativo
Sobrecarga	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento del rol como cuidador. • Diferenciación de la carga objetiva y subjetiva. • Reconociendo desde niños/as el papel del cuidador. • Reconocimiento del espacio de sensibilización como una actividad fundamental para emplear el tiempo libre. • Reflexionar sobre la dependencia que hay del cuidador/a hacia la persona en condición de discapacidad. 	Al permitir que cuidadores/as desde su experiencia reconocieran el rol que estaban llevando a cabo, las cargas que esto implicaba dentro de su entorno familiar como social, creo dentro del grupo un espacio en el cual se podía hablar y reflexionar sobre los cambios que se deben dar para disminuir las cargas que se tienen en el hogar, aportando desde allí aspectos positivos a su diario vivir y convivencial con su entorno social.
Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Claridad frente al tema de auto cuidado • Reconocimiento de herramientas para el autocuidado individual como colectivo 	El acercamiento de los cuidadores/as a las herramientas tanto conceptuales, como practicas

- Las cargas como afectación al cuidado de cuidadores/as.
 - La cartografía del cuerpo como herramienta para identificar los lugares del cuerpo con mayor afectación en el cuerpo.
 - El cuidado como procesó de embellecimiento tanto interno como externo.
- del autocuidado les permitió generar descargas emocionales, ´por otro lado genero un proceso reflexivo sobre el cuidado integral entre cuerpo y mente, pues si no se está bien no se puede ejercer de la mejor manera el papel del cuidado; por otro lado se pudo identificar que es muy fácil abrumarnos con las exigencias que se tienen para cumplir cada uno de los roles y funciones que se tienen en el diario vivir, se puedo decidir cómo vivir y potenciar un cuidado integral que ayude a tener una vida saludable.

Redes

- Identificación de las redes en el territorio
 - Identificar las diferencias entre redes primarias y redes secundarias.
 - Reconocimiento de las redes institucionales y su funcionamiento.
 - Identificación de los derechos como cuidador.
 - Las redes como factores protectores de cuidadores/as y niños/as en condición de discapacidad.
- Los cuidadores/as reconocen las redes como un grupo de miembros de una familia, vecinos, amigos o instituciones, que permiten un apoyo y fortalecimiento del tejido social, esta se da a partir de las dinámicas y sus relaciones, entre la familia, los amigos, vecinos, pero estas se complementan con las relaciones que se dan con las instituciones, gracias al trabajo que realizo la gestora social de la subred sur permitió una mayor comprensión de las rutas de atención, por parte de cuidadores/as, para exigir sus derechos ante el estado.

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018

4.4 Resultados

En este apartado se evidenciarán los productos, cambios y modificaciones que se dieron a través del proceso de intervención social comunitaria “Cuidar Cuidándome” a partir del proceso metodológico el cual tiene 5 fases.

Tabla 18

Análisis de resultados

Según la metodología	Experiencia
Diagnosticar	Recolección de valiosa información que permite identificar las diferentes problemáticas de los/as cuidadores/as de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad. El primer contacto generó empatía con la población y esto fomentó posteriormente a la participación del proceso.
Planear	Inicialmente el proceso estaba dirigido a cuidadores/as, sin embargo, teniendo en cuenta la amplia participación de los hijos y otros niños de la comunidad se reestructuraron las actividades planeadas previamente. Generar estrategias adecuadas para el grupo tan diverso de cuidadores, niños y niñas en condición de discapacidad y sin ella. Generar interés mediante las actividades realizadas y así mismo fomentar la participación constante y aumentar el número.
Preparar	A pesar del espacio reducido para llevar a cabo las sesiones, se realizaron con satisfacción por parte de los participantes y de las profesionales en formación las actividades planeadas. Se fortaleció la cooperación en equipo para realizar diferentes actividades por iniciativa propia de los participantes, quienes comprendieron la importancia de la participación.
Liderar	Es importante saber liderar los procesos para obtener resultados significativos, teniendo en cuenta las dificultades que se presentaban las profesionales en formación resaltaron su liderazgo y no perdieron de vista los objetivos.
Evaluar	Por medio de la evaluación concurrente y final se obtuvieron resultados gratificantes del proceso, puesto que se realizaron los ajustes pertinentes para cada sesión, generando un proceso de sensibilización satisfactorio entre cuidadores/as, niños/as y profesionales en formación.

Fuente: Elaboración por Profesionales en Formación de Trabajo Social. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca 2018

4.5 Conclusiones

Desde los objetivos

- A través del aprendizaje experiencial se lleva a cabo la sensibilización a cuidadores/as y también a sus hijos/as y niños de la comunidad, debido a que mediante las actividades obtuvieron experiencias significativas además de conocimientos nuevos, que aportó al fortalecimiento del tejido social y comunitario.
- A partir de las experiencias de los cuidadores/as participantes se logró sensibilizar y visibilizar la percepción del rol del cuidador y la sobrecarga que cada uno tiene, para manejar de manera adecuadamente las emociones y disminuir las cargas. Convirtiendo las experiencias negativas a experiencias de aprendizaje positivas, que permitieron transformar su entorno familiar y social.

- A través del módulo de autocuidado los/as cuidadores/as adquieren estrategias para evitar que la sobrecarga aumente cada día, comprendiendo la importancia del autocuidado personal y colectivo. Además de entender que no todo el cuidado se debe dar a la persona en condición de discapacidad, sino que es necesario que se cuiden así mismos, para estar bien y sentirse bien, y así realizar su día a día de forma óptima y saludable, frente a sus diferentes roles, y principalmente a su rol de cuidador.
- El tema de las redes respecto a los cuidadores/as es fundamental para el proceso de sensibilización, pues a través de ellas pueden disminuir las cargas; al finalizar la intervención los cuidadores identifican las principales redes sociales en su territorio institucionales y también las redes primarias, mejorando las relaciones interpersonales y el sentido de vecindad.

Desde el proceso

- Teniendo en cuenta las dinámicas de la población abordada (cuidadores) se resalta la baja participación y desinterés por hacer parte de los diferentes procesos sociales, ya que han sido invisibilidades como actores sociales y transformadores de su entorno social, entonces de allí que surge la importancia de generar empatía y tener en cuenta sus voces para elaborar actividades y procesos, generando motivación en ellos.
- Los cuidadores/as no confían en las gestiones institucionales, debido a que no se realiza continuidad, ni se da cumplimiento total de los procesos y muchas veces no son tenidos en cuenta sus apreciaciones y experiencias tanto sociales como personales.
- El acercamiento de los cuidadores/as a las herramientas tanto conceptuales, como prácticas del autocuidado les permitió generar descargas emocionales, por otro lado, genero un proceso reflexivo sobre el cuidado integral entre cuerpo y mente, el cual pudieron integrar a su rutina diaria.
- Se consolido un grupo de cuidadores/as en el Barrio Mochuelo Bajo. Pertenecientes a la institución Visión Mundial, lo que permitió que otras instituciones como la Sub Red sur iniciaran nuevos procesos con el grupo como la huerta comunitaria, lo que permite fortalecer el autocuidado colectivo.
- Se reconocieron diversas redes institucionales y las funciones que tienen cada una de ellas, así como la ampliación de información de las pocas instituciones que conocían con los servicios que prestan, así como los diferentes espacios de participación que ofrecen, más allá de la entrega de subsidios económicos y alimentación que vienen recibiendo.

- Debido a la coyuntura política que atraviesa en el año 2018 Colombia, la participación disminuyó aún más, pues consideran que serán manipulados para fines políticos, aumentando las falsas expectativas desde la comunidad hacia la Institucionalidad.
- Teniendo en cuenta la ubicación del Barrio Mochuelo bajo, dentro de la localidad de ciudad Bolívar, y que se encuentra en la periferia de este, este contiene un contraste entre lo rural y lo urbano, lo que conlleva a que sus habitantes no se consideren parte de la localidad y se sientan excluidos por el estado frente a una atención integral.

Desde trabajo social

- Con base a la revisión realizada por parte de las trabajadoras sociales en formación se evidencia la falta de abordaje en cuanto a procesos sociales con la población de cuidadores/as; es importante destacar que es una población vulnerable, poco visibilizada, o tomada en cuenta, fortaleciendo así la exclusión social, el aislamiento y las brechas desiguales que se contemplan en el contexto social.
- El trabajo social cuenta con herramientas metodológicas que permiten el abordaje de las diversas esferas sociales de la persona, como la atención individual y familiar, grupal y comunitaria, estas bases nos permiten generar procesos holísticos, sin descuidar ninguna de ellas pues siempre que se realiza un proceso de intervención se tienen en cuenta todos los factores internos y externos que tiene la población para obtener un mejor y mayor impacto social
- Partiendo de que los cuidadores/as son una población excluida por el estado, la sociedad y la comunidad, se hace relevante y necesario, realizar procesos comunitarios que visibilicen esta problemática social, y aporte a la creación de políticas públicas, que a su vez genera una contribución al bienestar de estos.

4.6 Recomendaciones

A la institución Visión Mundial

- Generar estrategias que motiven a todos los cuidadores/as de personas en condición de discapacidad a participar en diferentes procesos sociales desde la institución haciendo visible la urgencia de reconocer y abordar sus problemáticas, teniendo en cuenta sus necesidad, importancia y pertinencia de trabajar con esta población, para evitar el aislamiento social por parte de las instituciones.

- Incentivar y acompañar el proceso que llevan a cabo a las voluntarias desde Visión Mundial, para que los procesos tengan mayor impacto en la población.
- Darle continuidad a los proyectos que se inicien con la población en condición de discapacidad y sus familias.
- Tener constante contacto con todas las voluntarias de Visión Mundial, frente a los procesos que se estén llevando a cabo en los campos de acción, para que estos puedan ser replicados tanto a nivel nacional como internacional, ya que la institución tiene una amplia trayectoria en atención a la infancia en varios países.

A la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

- Es necesario generar espacios académicos relacionados con el área de la discapacidad (personas en condición de discapacidad y cuidadores), teniendo en cuenta las dinámicas sociales, para así brindar a los estudiantes herramientas, teóricas y conceptuales, diferentes alternativas holísticas para disminuir las problemáticas de esta población.
- Brindar elementos a los estudiantes del programa de trabajo social para la atención en crisis creando un componente específico para la misma, teniendo en cuenta que en todos los escenarios los trabajadores sociales tendrán que abordar de manera óptimas diversas situaciones con cargas emocionales de cada uno de los actores durante su rol como profesional.

5 Bibliografía

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2015). *Personas con Limitaciones permanentes según el Censo del año 2005 realizado por el DAN*. Bogotá : Ministerio de Salud.
- Afanador, N. P. (2002). El cuidador familiar del paciente con enfermedad crónica. In G. d. enfermería, *El arte y la ciencia del cuidado* (pp. 247-253). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Afanador, N. P., Ortiz, L. B., & herrera, B. S. (2005). Reflexion sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los Cuidadores". *Scielo*, 128-137.
- Alcalde Mayor de Bogotá Distrito Capital. (2007). *Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital*. Bogotá D.C.
- Alcaldía mayor de Bogotá. (2007). *Politica pública de discapacidad para el distrito capital. Decreto No 470 del 12 de Octubre 2007*. Bogotá D.C: ASCOPAR.
- ASIS Hospital Vista Hermosa. (2015). *Diagnóstico local con participación social Ciudad Bolívar*. Bogotá D.C.

- ATECE-BIZKAIA. (2006). *El cuidado del cuidador*. España: BBK.
- Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerra, C., & Millán, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Méd Chile*, 657-665.
- Candamil, M. d., & Becerra, M. H. (2004). *Los Proyectos Sociales, Una herramienta de la gerencia social. Guía para la identificación, formulación y puesta en marcha*. Manizales - Colombia: Universidad de caldas.
- Cardona, D., Segura, Á. M., Berbesí, D. Y., & Agudelo, M. A. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 30-39.
- Cerquera, A., Granados, F., & Buitrago, A. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo alzheimer. *Psychologia : Avances De La Disciplin*, 35-45.
- Chadi, M. (2000). Redes sociales en el trabajo social. *Revista Unal*, 215-217.
- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. España: Organización Mundial de la Salud.
- Congreso de la Republica de Colombia. (2009). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Colombia: El Abedul.
- Congreso de la República de Colombia. (2013). *Ley 1616 de Salud Mental*. Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (2014). *Proyecto de Ley 62*. Bogotá.
- Consejo Superior de la Judicatura, Sala Administrativa. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogota : Imprenta Nacional .
- Correa, O. T. (s.f). *El autocuidado una habilidad para vivir*. Bogotá D.C.
- Cruz Roja Española. (2006). *Guía básica para cuidadores*. Madrid: Cruz Roja Española .
- Delgado Fernández, M., & Solano González, A. (2009). ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS CREATIVAS EN ENTORNOS VIRTUALES PARA EL APRENDIZAJE. *Actualidades Investigativas en Educación*, 1-21.
- Di Carlo, E. y. (1998). *Papeles científicos de Trabajo Social Redes Sociales Naturales: Un modelo de trabajo para el servicio social*. . Buenos Aires : Hvmánitas.
- Equipo de analisis y desarrollo social consultores. (2003). *Guía de Evaluación de Programas y Proyectos Sociales*. Madrid: Plataforma de ONG de Acción Social.
- Equipo de trabajo e investigativo IMSERSO. (2004). *Atención a las personas en situación de dependencia en España "LIBRO BLANCO"*. Madrid : Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.
- Fundación Valle del Lili. (s.f). *La importancia de cuidar al cuidador*. Bogotá D.C.
- García, C. E., & Sánchez, A. S. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 15-30.
- García, J. R. (2009). *Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. España: IMERSO .
- García, R. J. (2009). *Los tiempos del cuidado "El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores"*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

- Gómez, G. A., Peñas, F. O., & Parra, E. E. (2016). Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá. *Rev. salud pública*, 367-378.
- GÓMEZ, S. C., FERRER, J. G., & RIGLA., F. R. (n.d.). *LA SOBRECARGA DE LAS CUIDADORAS DE PERSONAS DEPENDIENTES: ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL*. Retrieved octubre 23, 2017 from <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
- Gracia, J. M., & Izquierdo, F. C. (2005). *Politica Social / Servicios Sociales* . Madrid : Alianza Editorial .
- Grupo de Clasificación, Evaluación, Encuestas y Terminología; Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* . Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud OMS.
- Herranz, N. L., & Nadal, E. R. (2004). *Manual para el trabajo social comunitario*. Madrid: NARCEA.
- Herrera, J. C., & Meléndez, R. M. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludeo teórico? *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 49-54.
- Institución Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. (2015). *Caracterización Sociofamiliar cartilla 11*. Bogotá : Medios Directos.
- Jelin, E. (2005). *Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: Hacia una nueva agenda de políticas públicas* . Buenos Aires: Cepal.
- Juan Carlos I. (2006). *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. España: JEFATURA DEL ESTADO.
- Kawulich, B. B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. *FORUM: QUALITATIVE SOCIAL RESEARCH SOZIALFORSCHUNG*, Art.43.
- Kisnerman, N. (2005). *Pensar el trabajo social: una introducción desde el construccionismo*. Buenos Aires: Lumen.
- La Rota, M., & Santa, S. (2011). *Las perosonas con discapacidad en Colombia "Una mirada a la luz de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad"*. Retrieved septiembre 20, 2017 from Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad--DeJusticia: http://angelduran.com/docs/Cursos/CCDC2013/mod09/09-043_L2-DeJusticia-personas-discap-Colombia.pdf
- Lillo, N., & Roselló, E. (2004). *Manual para el trabajo social comunitario*. Madrid: Publidisa.
- Lopez, M. C., & Martinez, J. L. (2006). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Macías, E. Z. (2004). discapacidad . In M. S. Rosado, *Manual de trabajo Social* (pp. 441-474). México : Plazay valdez.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2015). *Sala situacional de Personas con Discapacidad* . Bogotá : Ministerio de salud .
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria : la tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós SAICF .

- Naciones Unidas. (1948). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*. Retrieved octubre 15, 2017 from <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Navarro, S. (2004). *Redes sociales y construcción comunitaria*. Madrid: CCS.
- Olivares, M. G. (2015). *PROGRAMA DE SALUD "RESPIRO" ABORDAJE DEL SINDROME DEL CUIDADOR DESDE EL RESPIRO FAMILIAR*. Madrid: UNIVERSIDAD FRANCISO DE VITORIA.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2006). *Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud (OMS); Banco mundial. (2011). *INFORME MUNDIAL SOBRE LA DISCAPACIDAD*. Malta: OMS, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (1999). *CIDDM-2: Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud OMS.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2001). *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved septiembre 11, 2017 from <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Pardinas, F. (2005). *Metodología y técnicas de investigación en Ciencias Sociales*. México: Siglo XXI Editores .
- PERA, P. I. (2000). "El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia". *Cultura de los cuidados*, 187-194.
- Ríos, M. (2013). *Educación experiencial: Una metodología excepcional para el trabajo grupal*. Barcelona: Calameo. Retrieved Enero 20, 2018 from Calameo: <https://es.calameo.com/read/001789449fb5efbfc17c9>
- Rodríguez, Á. R., & Rihuete, M. I. (2011). Influencia de la dependencia de los enfermos Oncológicos en la sobrecarga de sus cuidadores familiares . *medicina paleativa*, 135-140.
- Rodríguez, J. M. (2011). La (con)ciencia del Trabajo Social en la discapacidad: Hacia un modelo de intervención social basado en derechos. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 9-33.
- Rodríguez, P. D. (2013). *cómo afrontar el duelo en la familia*. Bogotá D.C: San Pablo.
- Roig, M. V., Abengózar, M. C., & Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer . *anales de psicología*, 215-227 .
- Saavedra, j. (2015). Cuatro argumentos sobre el concepto de intervención social. *Cinta moebio* 53, 135- 146.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. d. (2010). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.: Colombia.
- Secretaría de planeación. (2009). *Conociendo la localidad de Ciudad Bolívar*. Bogotá D.C.
- Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) . (2017). *Integración social*. Retrieved 02 24, 2018 from www.integracionsocial.gov.co
- Tonón, G. (2005). *Las técnicas de actuación profesional de trabajo social*. Buenos aires: Espacio.
- Universidad Nacional de Colombia; Departamento de la Ocupación Humana; Grupo de Investigación Ocupación e Inclusión Social. (2008). *ELEMENTOS DE UNA GUIA*

PARA CUIDADORES DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD. Bogotá:
Secretaria de integración social.

Villamil, H. R. (2008). Del constructivismo al construccionismo: implicaciones educativas.
Revista Educación y Desarrollo Socia, 71-89.

Visión Mundial. (2017). *World Vision*. Retrieved Septiembre 10, 2017 from
<https://www.worldvision.co/quienes-somos>

6 Anexos

Anexo 1 Ficha Visita Domiciliaria



**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
VISITAS DOMICILIARIAS AP DIVINO NIÑO.
CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN EN DISCAPACIDAD.**



Objetivo: Realizar caracterización de la red familiar de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en condición de discapacidad vinculados al área de programa Divino Niño de World Vision en el AF 16 y AF 17

Nombre del profesional: _____ Fecha _____

Nombres y Apellidos del niño, niña o adolescente perteneciente al programa: _____

Genero F__M__ Documento de Identidad _____ Código _____
Barrio _____ Voluntaria _____
Discapacidad según diagnóstico: _____

La _____ condición _____ de _____ discapacidad _____ le _____ permite:

Ser autónomo Si__ No__

Requiere de cuidados permanentes Si__ No__

Depende por completo de su cuidador Si__ No__

Que cuidados requiere la persona en condición de discapacidad: _____

Que limitaciones posee la persona en condición de discapacidad: _____

1. COMPOSICIÓN FAMILIAR

Nombre	Edad	Parentesco	Nivel académico.	Ocupación	Estado civil
P Discapacidad:					

Tipología de familiar: Nuclear__ Extensa__ Monoparental__ Recompuesta__ Homoparental__

2. DINÁMICA FAMILIAR:

Categoría	Parentesco	Bueno	Regular	Malo
Comunicación	Padres, Hijos			
	Hermanos, Padres			
	Otros Familiares con los que se convive			
Limites	Padres, Hijos			
	Hermanos, Padres			
	Otros Familiares con los que se convive			
Afectividad	Padres, Hijos			
	Hermanos, Padres			
	otros familiares			

Autoridad	Padres, Hijos			
	Hermanos, Padres			
	Otros Familiares con los que se convive			

Principales valores inculcados en la familia

Amor__ Respeto__ Responsabilidad__ Apoyo__ Unión__ Solidaridad__ tolerancia__ Compromiso__

3. SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD

Se encuentran vinculados al Sistema de Seguridad Social a través del régimen

Subsidiado__ Contributivo__ cual? _____

Centro de atención o remisión: _____

4. RELACIÓN DE LA FAMILIA CON LA DISCAPACIDAD.

Cuidador frecuente: _____ Cuidador Auxiliar: _____

¿Cómo asume la familia la condición de discapacidad?

¿En la familia existen antecedentes de discapacidad? Si__ No__ ¿Cuáles?

¿Cuántos integrantes de la familia presentan condición de discapacidad?

¿Cuentan con apoyo de subsidios y/o afiliaciones, cuáles?

Reciben ayudas conforme al requerimiento de cuidado de la persona en condición de discapacidad (terapias, ayudas técnicas)?

¿La persona en condición de discapacidad asiste a alguna entidad o fundación especializada?

Si__ No__ cuál? _____

¿Con que regularidad? Toda la semana__ una vez a la semana__ de 2 a 3 veces por semana__ una vez al mes__

5. FACTORES DE RIESGO

Niveles de ingresos mensuales al hogar

0 A 1 SMLV__ 1 A 2 SMLV__ Nivel de Suplencia: Bueno__ Aceptable__ Deficiente__

Se cuentan con todos los servicios básicos:

Luz__ Agua__ Teléfono__ Gas__ Otro, Cuál? _____

Legales__ ilegales__

Residen en vivienda Propia__ Familiar__ Arriendo__ Otra? _____

FACTORES DE RIESGO	SI	NO
Hacinamiento		
Desnutrición		
Maltrato o violencia familiar		
Inadecuadas condiciones sanitarias		
Inseguridad en sector		
Presencia de abuso sexual		
Falta de atención y cuidados requeridos por la persona en condición de discapacidad		
Presencia de consumo de alcohol o Spa		

6. FACTORES DE PROTECCIÓN

¿Se cuenta con presencia y ayuda de familia extensa? Si__ No__ cuál? _____

¿Se participa o tiene información sobre las juntas de acción comunal y las juntas locales de discapacidad? _____

FACTORES PROTECTORES	Si	No
Buenas relaciones familiares		
Comparten tiempo en familia, realizan actividades juntos		
Buenas relaciones con sus amigos		
Buen rendimiento académico		
En el colegio existe algún programa de apoyo y refuerzo de habilidades para la persona en condición de discapacidad		
Quien presenta la discapacidad asiste frecuentemente al colegio		
Aceptación de la familia frente a la condición de discapacidad		
Aceptación de la comunidad (compañeros de colegio, barrio, vecinos) frente a la condición de discapacidad.		
Quien presenta la discapacidad ocupa su tiempo libre en actividades de aprendizaje, deportes, artes o similares		

7. REDES DE APOYO IDENTIFICADAS

Primarias:

Familia _____ Familia extensa _____ Amigos _____ Vecinos _____

Secundarias:

Instituciones del estado _____ Entidades no gubernamentales u Organizaciones de la sociedad Civil _____ Colectivos _____ Responsabilidad social empresarial _____

Grupos: Apoyo _____ Recreativos _____ Educativos _____ Religiosos _____

8.OBSERVACIONES: _____

9. Plan de acción:

10. COMPROMISOS y ACUERDOS DE FAMILIARES

Firma de la persona que atendió la visita _____ Firma del profesional _____



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

**VISIÓN MUNDIAL
PROYECTO AP DIVINO NIÑO**

CRÓNICA N. 1

Grupo: Cuidadores / ras de niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad del barrio Mochuelo Bajo en la localidad de Ciudad Bolívar.

Fecha: 23 de octubre 2017

Número de asistentes: 6

Hora: 2:00Pm a 3: 00 Pm

Lugar: Casa líder comunitaria

Trabajadoras Sociales en Formación: Stephanie Alarcón y Patricia Baez

OBJETIVO: Analizar y comprender las diversas necesidades que tienen los usuarios de manera eficiente, que permita enfocar los servicios ofrecidos y las comunicaciones hacia aquellos usuarios que más lo requieren

RELATO:

la primera sesión se realizó el día 23 de octubre de 2017, entre la 2:00 pm a las 3:00 pm, este se llevó a cabo en la casa de la líder Jenny, ya que no fue posible el préstamo del salón comunal, allí se inició una pequeña charla, en la cual se da a conocer el proceso que se llevará a cabo por parte de las profesionales de trabajo social de la universidad colegio mayor de Cundinamarca con los y las cuidadoras de los niños, niñas y joven en condición de discapacidad.

En el primer momento se inicia la sesión mediante la técnica "lluvia de ideas", la cual consiste en que "Cada uno de los miembros debe sentirse en la comodidad de poder decir cualquier cosa que piense sobre el tema en cuestión, sin preocuparse por ser negado o discriminado." con esto lo que se busca es que los y las Cuidadores/as desde su perspectiva y sus necesidades nos indican sobre qué temas quieren trabajar, dándonos a conocer las cargas y necesidades que se presentan en su diario vivir, como los recurso económicos, la distribución del tiempo libre de los y las cuidadores, el manejo de roles y los límites, la inadecuada comunicación que hay entre padres e hijos.

Teniendo en cuenta lo anterior y el proceso que ha la fecha se ha realizado frente a la recolección de información, se les indican que algunos de los temas que se van a tratar van enfocados hacia el "cuidado del cuidador", y las actividades que se van ha

realizar en cada sesión les permitirán fortalecer sus habilidades como persona y que esté a su vez les permitirá generar espacios dentro de su hogar que les permitan liberar las tensiones que tienen por el solo hecho de ser cuidadores y a la vez disminuyan los conflictos presentes entre el grupo familiar y las personas en condición de discapacidad. Por otro lado, los y las cuidadoras/res sugieren otros temas para trabajar dentro de cada una de las sesiones las cuales son: pautas de crianza, comunicación asertiva, acompañamiento psicosocial, manualidades, planificación, el consumo de sustancias psicoactivas, espacios para desahogar las tensiones diarias, ya con estos temas y con lo que se realiza nos da pautas para la generación del diagnóstico de la comunidad, partiendo de un grupo focal.

Dentro de la dinámica que se utilizó se pudo evidenciar que los y las cuidadoras participan muy poco de las actividades que se les plantean, ya que mencionan que dentro de sus prioridades no hay tiempo para participar de espacios como el propuesto por las trabajadoras sociales en formación.

Ya en el segundo momento se acordó tener una próxima sesión el 27 de octubre de 2017. Las y los cuidadoras/res manifestaron agradecimiento por la actividad realizada y se comprometieron a asistir a la próxima sesión, así mismos se les solicita que todas participen activamente y todas en las próximas sesiones planeadas, para poder lograr el objetivo con el grupo convocado.

INTERPRETACIÓN:

Se inicia la actividad con la presentación de las trabajadoras sociales en formación (stephanie Alarcon y Patricia Baez), aunque ellas ya nos conocían, pero para romper la tensión entre el grupo y nosotras se inicia con esta presentación; teniendo en cuenta que el saludo es “el primer contacto físico de todos los participantes... este debe ser cordial y hospitalario... con este no solo no solo se realiza un proceso de cortesía y afecto hacia los integrantes del grupo, sino que también sirve para despojar a los participantes de cierto grado de ansiedad”. Con esta técnica se logró llamar la atención de las y los cuidadoras/res y que esto permite a su vez participar en las dinámicas que se dan dentro del grupo, ya que este es utilizado como medio para generar la intervención comunitaria, que permitirá llegar al objetivo final del proceso que es “cuidar cuidandome”

Por otro lado, teniendo en cuenta la técnica “Lluvia de ideas”, se busca la generación de más y mejores ideas en el grupo, ya que el trabajo individual es bueno, pero es limitado, mientras que al realizar la técnica anterior se puede ampliar las ideas y conocer desde diferentes perspectivas las problemáticas o necesidades que tienen las y los cuidadoras/res de personas en condición de discapacidad.

Teniendo en cuenta que uno de los métodos de Trabajo Social es la intervención comunitaria; partiendo del hecho que esta intervención busca el bienestar social de la población, con la participación directa y activa de la misma, en el análisis, concienciación y resolución de los problemas que afectan la comunidad, partiendo desde la misma comunidad y de la utilización, potencialización de recursos con los que cuenta la misma, para que de este modo puedan alcanzar los objetivos del mismo y contribuir a un mejor funcionamiento de la sociedad. Así mismo se pudo evidenciar

que la actividad rompa hielo y tener organizado las actividades, hace que el trabajo se efective, fluido entre las internas y la persona que dirige la actividad.

Así mismo se realizó la caracterización de la población, con esta técnica lo que se busca identificar las necesidades y motivaciones de los mismos frente al proceso que se iniciará, por otro lado, nos permitirá identificar las características sociales y familiares de los y las cuidadoras/res de niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad,

EVALUACIÓN:

La percepción que se tienen por parte de las Trabajadoras Sociales en Formación es que el grupo de cuidadoras/res, son muy activas y participativas, esto fue interesante ya que ellas nos abrieron el espacio para compartir y realizar la actividad planeada, con la apertura de este espacio se logró el objetivo, que era tener un nuevo contacto con ellas para la construcción conjunta del diagnóstico del grupo, en relación con lo anterior, se pudo evidenciar que el grupo de encuentra a la expectativa del proceso a realizar y se encuentran a su vez dispuestas a participar del mismo, ya que es un espacio diferente y que les permitirá tomar un respiro de sus actividades diarias y como cuidadoras/res.

PLAN DE ACCIÓN:

Para la próxima sesión, se realizará la segunda sesión diagnóstica de las y los cuidadores/ras de personas en condición de discapacidad pertenecientes al programa AP. divino niño, el cual nos permitirá fortalecer el diagnóstico social y las características que tienen los mismos.

Anexo 3 Escala de sobrecarga Zarith

Nombre:					
Puntuación para cada respuesta	Nunca 1	Rara vez 2	Algunas veces 3	Bastantes veces 4	Casi siempre 5
1. ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar, no tiene suficiente tiempo para usted?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades? (Trabajo, familia)					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familia?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familia?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familia afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de la familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8. ¿Piensa que su familia depende de usted?					
9. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10. ¿Se siente tenso cuando está cerca a su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13. ¿Se siente incomodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar a su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que lo puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					
<p>Escala de Zarit abreviada "solo los 7 items marcados en gris" Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obtenido en un resultado de 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en "ausencia de sobre carga" menos de (16 puntos) y "sobrecarga intensa" mayor a (17 puntos). El estado de sobrecarga intensa se asocia con mayor morbilidad</p>					
Puntuación					

Anexo 4 Escala de Zarith aplicada

Nombre:	Rosa Lilia				
Puntuación para cada respuesta	Nunca 1	Rara vez 2	Algunas veces 3	Bastantes veces 4	Casi siempre 5
1. ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?	x				
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar, no tiene suficiente tiempo para usted?					x
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades? (Trabajo, familia)					x
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familia?	x				
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familia?	x				
6. ¿Piensa que el cuidar de su familia afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de la familia?			x		
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?			x		
8. ¿Piensa que su familia depende de usted?			x		
9. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?				x	
10. ¿Se siente tenso cuando está cerca a su familiar?				x	
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?				x	
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	x				
13. ¿Se siente incomodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar a su familiar?	x				
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que lo puede cuidar?					x
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					x
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	x				
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?				x	
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?			x		
19. ¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar?			x		
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					x
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?				x	
22. Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					x
Escala de Zarit abreviada "solo los 7 items marcados en gris" Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obtenido en un resultado de 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en "ausencia de sobre carga" menos de (16 puntos) y "sobrecarga intensa" mayor a (17 puntos). El estado de sobrecarga intensa se asocia con mayor morbilidad					
Puntuación	71				

Nombre:	Blanca Mesa				
	Nunca 1	Rara vez 2	Algunas veces 3	Bastantes veces 4	Casi siempre 5
Puntuación para cada respuesta					
1. ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					X
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar, no tiene suficiente tiempo para usted?	X				
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades? (Trabajo, familia)					X
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familia?		X			
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familia?		X			
6. ¿Piensa que el cuidar de su familia afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de la familia?			X		
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					X
8. ¿Piensa que su familia depende de usted?				X	
9. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					X
10. ¿Se siente tenso cuando está cerca a su familiar?				X	
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?				X	
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?				X	
13. ¿Se siente incomodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar a su familiar?				X	
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que lo puede cuidar?					X
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos economicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					X
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					X
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					X
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?				X	
19. ¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar?			X		
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					X
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?			X		
22. Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?			X		
Escala de Zarit abreviada "solo los 7 items marcados en gris" Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obtenido en un resultado de 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en "ausencia de sobre carga" menos de (16 puntos) y "sobrecarga intensa" mayor a (17 puntos). El estado de sobrecarga intensa se asocia con mayor					
Puntuación	81				

Nombre:	Blanca Cecilia Rincón				
Puntuación para cada respuesta	Nunca 1	Rara vez 2	Algunas veces 3	Bastantes veces 4	Casi siempre 5
1. ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?				X	
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar, no tiene suficiente tiempo para usted?			X		
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades? (Trabajo, familia)			X		
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familia?	X				
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familia?	X				
6. ¿Piensa que el cuidar de su familia afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de la familia?			X		
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?				X	
8. ¿Piensa que su familia depende de usted?				X	
9. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					X
10. ¿Se siente tenso cuando está cerca a su familiar?				X	
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?			X		
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?				X	
13. ¿Se siente incomodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar a su familiar?		X			
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que lo puede cuidar?		X			
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					X
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		X			
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?				X	
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					X
19. ¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar?					X
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?			X		
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?			X		
22. Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					X
Escala de Zarit abreviada "solo los 7 items marcados en gris" Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obtenido en un resultado de 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en "ausencia de sobre carga" menos de (16 puntos) y "sobrecarga intensa" mayor a (17 puntos). El estado de sobrecarga intensa se asocia con mayor morbimortalidad					
Puntuación	75				

Nombre:	Rubiela Padilla				
Puntuación para cada respuesta	Nunca 1	Rara vez 2	Algunas veces 3	Bastantes veces 4	Casi siempre 5
1. ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?			X		
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar, no tiene suficiente tiempo para usted?					X
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades? (Trabajo, familia)					X
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familia?		X			
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familia?	X				
6. ¿Piensa que el cuidar de su familia afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de la familia?	X				
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					X
8. ¿Piensa que su familia depende de usted?		X			
9. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?				X	
10. ¿Se siente tenso cuando está cerca a su familiar?	X				
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					X
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					X
13. ¿Se siente incomodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar a su familiar?					X
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que lo puede cuidar?					X
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos economicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					X
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?			X		
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					X
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	X				
19. ¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar?	X				
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?				X	
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?				X	
22. Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?			X		
Escala de Zarit abreviada "solo los 7 items marcados en gris" Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obtenido en un resultado de 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en "ausencia de sobre carga" menos de (16 puntos) y "sobrecarga intensa" mayor a (17 puntos). El estado de sobrecarga intensa se asocia con mayor morbimortalidad.					
Puntuación	75				

Nombre:	Luz Marina				
Puntuación para cada respuesta	Nunca 1	Rara vez 2	Algunas veces 3	Bastantes veces 4	Casi siempre 5
1. ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					X
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar, no tiene suficiente tiempo para usted?					X
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades? (Trabajo, familia)					X
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familia?	X				
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familia?			X		
6. ¿Piensa que el cuidar de su familia afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de la familia?					X
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					X
8. ¿Piensa que su familia depende de usted?					X
9. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		X			
10. ¿Se siente tenso cuando está cerca a su familiar?			X		
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?				X	
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	X				
13. ¿Se siente incomodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar a su familiar?	X				
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que lo puede cuidar?					X
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					X
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	X				
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?				X	
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	X				
19. ¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar?		X			
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					X
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?				X	
22. Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					X
Escala de Zarit abreviada "solo los 7 items marcados en gris" Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obtenido en un resultado de 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en "ausencia de sobre carga" menos de (16 puntos) y "sobrecarga intensa" mayor a (17 puntos). El estado de sobrecarga intensa se asocia con mayor morbimortalidad					
Puntuación	77				

Nombre:	Sorleny Albarracin				
Puntuación para cada respuesta	Nunca 1	Rara vez 2	Algunas veces 3	Bastantes veces 4	Casi siempre 5
1. ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?		X			
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar, no tiene suficiente tiempo para usted?					X
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades? (Trabajo, familia)					X
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familia?	X				
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familia?	X				
6. ¿Piensa que el cuidar de su familia afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de la familia?	X				
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?	X				
8. ¿Piensa que su familia depende de usted?			X		
9. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?		X			
10. ¿Se siente tenso cuando está cerca a su familiar?			X		
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?				X	
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?			X		
13. ¿Se siente incomodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar a su familiar?	X				
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que lo puede cuidar?	X				
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos economicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					X
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	X				
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					X
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?				X	
19. ¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar?	X				
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					X
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					X
22. Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?				X	
Escala de Zarit abreviada "solo los 7 items marcados en gris" Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obtenido en un resultado de 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en "ausencia de sobre carga" menos de (16 puntos) y "sobrecarga intensa" mayor a (17 puntos). El estado de sobrecarga intensa se asocia con mayor morbilidad					
Puntuación	64				

Anexo 5 Formato de caracterización



UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
71 Años
FACULTAD CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
Visión Mundial

FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS CUIDADORES

OBJETIVO: Obtener de los integrantes del grupo, información socio-demográfica relevante que permita contextualizar a la población objeto de intervención.

Fecha: _____

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____ Edad: _____
Lugar de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____
Nivel de Escolaridad: _____ Estrato socio- económico: _____
Ocupación: _____
Teléfono: _____

2. GRUPO FAMILIAR

Nombre	Edad	Parentesco	Nivel académico	ocupación	Estado Civil

3. INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

Número de personas a su cuidado en condición de discapacidad:

1__ 2__ 3__ 4__

¿Cuántas horas dedica en el día a ser cuidador?

8__ 10__ 12__ 18__ 24__

Cuántas horas diarias dedica exclusivamente para usted:

0__ 1__ 2__ 3__

Qué actividades realiza en su tiempo libre:

Leer __ Escribir __ Manualidades __ Actividad Deportiva __

Asiste a los espacios juntas locales de discapacidad Sí __ No __ ¿ Por qué? _____

Conoce instituciones o fundaciones cercanas que le brinden apoyo Sí __ No __ ¿Cuales?

4. Dinámica familiar

Categoría	Parentesco	Bueno	Regular	Malo
Comunicación	Padres, Hijos			
	Hermanos, Padres			
	Otros Familiares con los que se convive			
Límites	Padres, Hijos			
	Hermanos, Padres			
	Otros Familiares con los que se convive			
Afectividad	Padres, Hijos			
	Hermanos, Padres			
	otros familiares			
Autoridad	Padres, Hijos			
	Hermanos, Padres			

	Otros Familiares con los que se convive			
--	---	--	--	--

5. Que temas les gustaría trabajar: _____

Anexo 6 Crónicas

**UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
VISIÓN MUNDIAL
PROYECTO AP DIVINO NIÑO**

**CRÓNICA N. 2
SESIÓN 1**

Grupo: Cuidadores / ras de niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad del barrio Mochuelo Bajo en la localidad de Ciudad Bolívar.

Fecha: 08 de febrero 2018

Hora: 2:00 Pm a 3: 00 Pm

Lugar: Casa líder comunitaria

Trabajadoras Sociales en Formación: Stephanie Alarcón y Patricia Báez

OBJETIVO: Identificar por medio de imágenes la sobrecarga de cada cuidador.

RELATO:

La primera sesión del módulo 1 (Sobrecarga) se realizó el día febrero de 2018, entre la 2:00 pm a las 3:00 pm, este se lleva a cabo en la casa de la líder Jenny, ya por cuestiones logísticas y de mayor impacto en la convocatoria, allí se da inicio con una inducción, en la cual se da a conocer el proceso que se llevará a cabo por parte de las profesionales de trabajo social de la universidad colegio mayor de Cundinamarca con los y las cuidadoras de los niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad.

En el primer momento se inicia la sesión mediante de acuerdo con la planeación de las profesionales del contenido de la actividad, se da inicio con una actividad rompehielos, posteriormente se da paso a la actividad central, la cual consiste en que cada cuidador/a en un octavo de cartulina que está dividido en oficios, emociones y hobbies, identifique según las imágenes que las profesionales les entregaron cuales son los oficios, las emociones y los hobbies que realizan. Lo que permite identificar y reconocer la sobrecarga en cada uno de ellos.

Posteriormente se realiza una socialización de cada cartulina y las profesionales brindan claridad respecto a que es la sobrecarga y porque es importante reconocerla e identificarla, específicamente los cuidadores/as de niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad.

En cuanto la actividad central: "Identificando mi carga" una vez terminaron de realizar la actividad colocando cada uno de los oficios, emociones y hobbies, cuando se realiza la socialización se puede observar que pegaron todos los oficios, pegaron emociones de tristeza, enojo, estrés y solo una de felicidad, en cuanto a los hobbies la cuidadora que más puso fueron dos hobbies; por lo que se pudo concluir que existe una sobrecarga evidente en cada uno de los/as cuidadores/as en base a ello se realiza una retroalimentación conceptual para resaltar desde la experiencia de cada uno que no solo es uno de ellos sino que son todos quienes tienen sobrecarga.

Cuando una persona tiene a su cuidado a alguien en condición de discapacidad se “generan modificaciones a su estilo de vida y que estos cambios a su vez puedan volverse problemas, afectando el bienestar emocional, la salud o la forma como se relacionan con otras personas; esto suele denominarse “sobrecarga” (Alfaro, 2007) El objetivo es tener como base este concepto y la existencia de la sobrecarga para realmente sensibilizar a la comunidad

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
VISIÓN MUNDIAL
PROYECTO AP DIVINO NIÑO

CRÓNICA N. 3
SESIÓN 2

Grupo: Cuidadores / ras de niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad del barrio Mochuelo Bajo en la localidad de Ciudad Bolívar.

Fecha: 16 de febrero 2018

Hora: 2:00 Pm a 3: 00 Pm

Lugar: Casa líder comunitaria

Trabajadoras Sociales en Formación: Stephanie Alarcón y Patricia Báez

Tema: Carga objetiva y carga subjetiva

OBJETIVO: Conocer y diferenciar las cargas objetivas y subjetivas.

RELATO:

La segunda sesión del módulo 1 (Sobrecarga) se realizó el día febrero de 2018, entre la 2:00 pm a las 3:00 pm, este se llevó a cabo en la casa de la líder Jenny, ya por cuestiones logísticas; allí se da inicio por parte de las profesionales de trabajo social de la universidad colegio mayor de Cundinamarca con los y las cuidadoras de los niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad.

En el primer momento se inicia la sesión mediante de acuerdo con la planeación de las profesionales del contenido de la actividad, se da inicio con una actividad rompe hielo, posteriormente se da paso a la actividad central, la cual está denominada como “Cocinando la carga objetiva y subjetiva” que consiste en papel Kraft de realizará la silueta de dos ollas una que llevará por nombre C. OBJETIVA y la otra C. SUBJETIVA. Se le agregan ingredientes correspondientes a cada una de las ollas (fichas con cargas objetivas y subjetivas) las cuales se dejarán encima de la mesa y cada cuidador pasará a pegar una carga objetiva y una carga subjetiva. Para tener una totalidad de 6 ingredientes en cada olla.

Posteriormente se realiza una socialización de cada una de las cargas y sus características de forma participativa se establecieron generalidades para cada olla. También se hace una retroalimentación de las características de cada una de las cargas tanto subjetiva (emocional) como objetivas (física)

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
VISIÓN MUNDIAL
PROYECTO AP DIVINO NIÑO

CRÓNICA N. 4
SESIÓN 3

Grupo: Cuidadores / ras de niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad del barrio Mochuelo Bajo en la localidad de Ciudad Bolívar.

Fecha: 12 de febrero 2018

Hora: 2:00 Pm a 3: 00 Pm

Lugar: Casa líder comunitaria

Trabajadoras Sociales en Formación: Stephanie Alarcón y Patricia Báez

OBJETIVO: Establecer técnicas de relajación que brinden tranquilidad a los cuidadores/as en su tiempo libre

Tema: Manejo de tiempo

RELATO:

La tercera sesión del módulo 1 (Sobrecarga) se realizó el día febrero de 2018, entre la 2:00 pm a las 3:00 pm, este se llevó acabo en la casa de la líder Jenny, ya por cuestiones logísticas y de mayor impacto en la convocatoria, allí se da inició por parte de las profesionales de trabajo social de la universidad colegio mayor de Cundinamarca con los y las cuidadoras de los niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad.

En el primer momento se inicia la sesión de acuerdo con la planeación de las profesionales del contenido de la actividad, se da inicio con una actividad rompe hielo, posteriormente se da paso a la actividad central, la cual está denominada como “mi tiempo, mi tranquilidad” Se realizará con los cuidadores la práctica de las siguientes técnicas de relajación naturales para los tiempos libres, explicando detalladamente cada paso, con música relajante de fondo: 1) La respiración profunda para eliminar las tensiones, 2) La relajación muscular progresiva para aliviar el estrés 3) La atención plena: meditación para aliviar el estrés.

Posteriormente se lleva a cabo una reflexión de la importancia de realizar estas técnicas en su vida cotidiana, pues es necesario darse un respiro a diario de todas las cargas y tareas que realizan como cuidadores/as.

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
VISIÓN MUNDIAL
PROYECTO AP DIVINO NIÑO

CRÓNICA N. 5 **SESIÓN 4-5**

Grupo: Cuidadores / ras de niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad del barrio Mochuelo Bajo en la localidad de Ciudad Bolívar.

Fecha: 16 de febrero 2018

Hora: 3:00 Pm a 5:00 Pm

Lugar: Casa líder comunitaria

Trabajadoras Sociales en Formación: Stephanie Alarcón y Patricia Báez

Tema:(Sobrecarga) Dependencia- (Autocuidado) Cuidado individual y cuidado colectivo

OBJETIVO: 1 Reflexionar mediante varias pistas musicales la dependencia que hay del cuidador/ra hacia la persona en condición de discapacidad. 2 comprender la importancia del autocuidado mediante espacios de reflexión

RELATO:

En esta sesión se divide en dos actividades, es la última del módulo de sobrecarga del cuidador y la primera de autocuidado se realizó el día 16 de febrero de 2018, entre las 3:00 pm y 5:00 pm, este se llevó a cabo en la casa de la líder Jenny, ya por cuestiones logísticas, allí se da inicio por parte de las profesionales en formación de trabajo social de la universidad colegio mayor de Cundinamarca con cuidadores/as de los niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad.

En el primer momento se inicia la sesión de acuerdo con la planeación de las profesionales del contenido de la actividad, se da inicio con la sesión de dependencia del módulo de sobrecarga donde se reproducen tres pistas musicales relajantes, a su vez las profesionales llevarán el hilo conductor, mediante preguntas reflexivas encaminadas a la dependencia y la sobrecarga de los y las cuidadoras/res: ¿Cuándo se levantan en la mañana que es lo primero que hacen.? ¿Cuál es la primera persona que ven? - ¿Cuántos amigos tengo? - ¿Cuánto tiempo me dedico al día? - ¿Hay momentos en el día que me siento sola/o? - ¿Cuáles son esos momentos? - ¿Siento que las persona que cuido depende únicamente de mí? - ¿Quién me ayuda y cuando me ayuda?? - ¿Como puedo pedir ayuda? - ¿Me siento enferma y cansada? - ¿Que puedo cambiar para dejar de sentir esta carga?

En la segunda hora se realiza la primera sesión del módulo 2 (autocuidado) denominada abrazoterapia donde los cuidadores realizan un círculo. Una persona por la derecha empieza el abrazo dándosele al otro. Éste a su vez se lo pasa a la siguiente y así sucesivamente hasta completar todo el círculo. Por la izquierda se realizará la misma dinámica, pero con un apretón. Posteriormente se realiza una charla sobre la importancia de la afectividad en la vida y lo perjudicial que puede llegar a ser la dependencia cuando es excesiva.

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
VISIÓN MUNDIAL
PROYECTO AP DIVINO NIÑO

CRÓNICA N. 6

SESIÓN 6-7

Grupo: Cuidadores / ras de niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad del barrio Mochuelo Bajo en la localidad de Ciudad Bolívar.

Fecha: 19 de febrero 2018

Hora: 3:00 Pm a 5:00 Pm

Lugar: Casa líder comunitaria

Trabajadoras Sociales en Formación: Stephanie Alarcón y Patricia Báez

Tema: Autocuidado individual

OBJETIVO: 1 Visibilizar la importancia del autocuidado en cuidadores/as mediante diferentes estrategias para su cuidado individual. 2. Identificar la importancia de los cuidados físicos y emocionales como cuidador/ra

RELATO:

En esta sesión se divide en dos actividades, el día 19 de febrero de 2018, entre las 3:00 pm y 5:00 pm, este se llevó a cabo en la casa de la líder Jenny, ya por cuestiones logísticas, allí se da inicio por parte de las profesionales en formación de trabajo social de la universidad colegio mayor de Cundinamarca con cuidadores/as de los niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad.

En el primer momento se inicia con la sesión denominada “¿Cómo y por qué cuidarme?” de acuerdo con la planeación de las profesionales del contenido de la actividad, se da inicio con una actividad rompehielo; después se realiza la actividad central denominada En la cual se muestran a los cuidadores diferentes imágenes de las consecuencias del no cuidarse. También se presentarán imágenes de cómo poder cuidarse. Posteriormente se realizará una reflexión en torno al autocuidado, generando una discusión de las diferentes formas en las que cada persona aplica el autocuidado y que sería necesario cambiar.

Adicionalmente se retroalimenta que es el cuidado individual, las razones que sustentan el cuidado personal y las consecuencias desencadenadas por la carencia de este, teniendo en cuenta la cantidad de tareas y labores de los participantes como cuidadores/as. En la segunda hora se lleva a cabo la segunda sesión del día denominada “Soy valiosa/o, me cuido y me amo “en la cual se realizó un espacio de belleza con cuidadores/as, donde se elaboraron manicuras y al mismo tiempo en forma de charla se discutirá sobre el cuidado físico y emocional; posteriormente se dirigen al espejo, mirando su reflejo repetirán: soy valiosa/o, me cuido y me amo.

**UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
VISIÓN MUNDIAL
PROYECTO AP DIVINO NIÑO**

CRÓNICA N. 7

SESIÓN 8

Grupo: Cuidadores / ras de niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad del barrio Mochuelo Bajo en la localidad de Ciudad Bolívar.

Fecha: 23 de febrero 2018

Hora: 3:00 Pm a 4:00 Pm

Lugar: Casa líder comunitaria

Trabajadoras Sociales en Formación: Stephanie Alarcón y Patricia Báez

Tema: Conociendo la carga en mi cuerpo (Cartografía corporal)

OBJETIVO: Identificar por medio de mi silueta las diversas cargas que poseo, y cómo estas afectan mi salud física y mental.

RELATO:

En esta sesión se realizó el día 23 de febrero de 2018, entre las 3:00 pm y 4:00 pm, este se llevó a cabo en la casa de la líder Jenny, ya por cuestiones logísticas, allí se da inicio por parte de las profesionales en formación de trabajo social de la universidad colegio mayor de Cundinamarca con cuidadores/as de los niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad.

En el primer momento se inicia la sesión de acuerdo con la planeación de las profesionales del contenido de la actividad, se da inicio con una actividad rompehielo; a continuación, se desarrolla la actividad central denominada “cartografía corporal” allí se repartió a cada uno de los participantes un octavo de cartulina y se les indicó a los cuidadores/as dibujar la silueta de su cuerpo ubicando:

En los ojos (cuáles son las cosas o los lugares más hermosos que haya observado) pies (cuáles son los lugares más especiales que ha visitado) manos (las cosas más especiales que ha hecho y acariciado) oídos (las cosas más lindas que has escuchado) espalda las emociones negativas que ha tenido desde que es cuidador. Luego los participantes hablar sobre su vivencia personal en el desarrollo de la técnica, cómo sintió a las demás personas, qué fue lo que más le gustó, por qué fue importante haber participado, qué aprendió de los demás, qué cosas nuevas aprendió y descubrió de sí y de los demás, qué dificultades se presentaron. De esta manera se busca identificar en el cuerpo cuáles son las partes que se ven afectadas física y emocionalmente.

**UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
VISIÓN MUNDIAL
PROYECTO AP DIVINO NIÑO**

CRÓNICA N. 8 SESIÓN 9

Grupo: Cuidadores / ras de niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad del barrio Mochuelo Bajo en la localidad de Ciudad Bolívar.

Fecha: 26 de febrero 2018

Hora: 3:00 Pm a 4:00 Pm

Lugar: Casa líder comunitaria

Trabajadoras Sociales en Formación: Stephanie Alarcón y Patricia Báez

Tema: Concepto de redes. Redes (Cartografía geográfica)

OBJETIVO: Brindar herramientas conceptuales a los y las cuidadoras pertenecientes al programa AP Divino niño en el barrio Mochuelo Bajo sobre las redes.

RELATO:

En esta sesión se realizó el día 26 de febrero de 2018, entre las 3:00 pm y 4:00 pm, este se llevó a cabo en la casa de la líder Jenny, ya por cuestiones logísticas, allí se da inicio por parte de las profesionales en formación de trabajo social de la universidad colegio mayor de Cundinamarca con cuidadores/as de los niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad.

En el primer momento se inicia la sesión de acuerdo con la planeación de las profesionales del contenido de la actividad, se da inicio con una actividad rompehielo; a continuación, se desarrolla la actividad central denominada “Cartografía geográfica” que donde los cuidadores/as ubicarán en el mapa de la localidad gestionado por las trabajadoras sociales en formación, las redes institucionales y espacios de participación que conocen.

De ello se pudo evidenciar el desconocimiento de las instituciones locales por parte de los cuidadores/as, por ello se realiza una contextualización y charla informativa de cuales son las redes del territorio, en este caso la localidad de Ciudad Bolívar y el barrio Mochuelo Bajo.

**VISIÓN MUNDIAL
PROYECTO AP DIVINO NIÑO**

**CRÓNICA N. 9
SESIÓN 10-11**

Grupo: Cuidadores / ras de niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad del barrio Mochuelo Bajo en la localidad de Ciudad Bolívar.

Fecha: 02 de marzo 2018

Hora: 3:00 Pm a 5:00 Pm

Lugar: Casa líder comunitaria

Trabajadoras Sociales en Formación: Stephanie Alarcón y Patricia Báez

Tema: Redes de discapacidad (derechos y deberes de los cuidadores)- Redes primarias e institucionales- Retroalimentación

OBJETIVO: 1 Explicar los derechos y deberes del cuidador/a y las redes con las que cuentan.**2.** Evaluar el tema de redes y las rutas de atención para los cuidadores/ras de niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad.

RELATO:

En esta sesión se divide en dos actividades, es la última del módulo de sobrecarga del cuidador y la primera de autocuidado se realizó el día 02 de marzo de 2018, entre las 3:00 pm y 5:00 pm, este se llevó a cabo en la casa de la líder Jenny, ya por cuestiones logísticas, allí se da inicio por parte de las profesionales en formación de trabajo social de la universidad colegio mayor de Cundinamarca con cuidadores/as de los niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad.

En el primer momento se inicia la sesión de acuerdo con la planeación de las profesionales del contenido de la actividad, se da inicio con una actividad rompehielo; a continuación, se desarrolla la actividad central denominada “para qué las redes” donde se realiza una charla sobre derechos y deberes de los cuidadores y de cómo estos pueden fortalecer las redes primarias e institucionales y que esta permita crear una ruta de atención, para acceder a las diversas redes que hay en la localidad.

En un segundo momento se realiza la explicación de las redes primarias y secundarias, se hacen diversos ejemplos para concretar la comprensión por parte de los cuidadores/as articulando con el primer momento donde se socializaron los derechos y deberes de los participantes, principalmente en las instituciones de discapacidad, rutas de atención y servicios que brinda cada una; sin dejar de lado la importancia de las redes primarias.

**UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
VISIÓN MUNDIAL
PROYECTO AP DIVINO NIÑO**

CRÓNICA N. 9 SESIÓN 12 - Evaluación

Grupo: Cuidadores / ras de niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad del barrio Mochuelo Bajo en la localidad de Ciudad Bolívar.

Fecha: 02 de marzo 2018

Hora: 3:00 Pm a 5:00 Pm

Lugar: Casa líder comunitaria

Trabajadoras Sociales en Formación: Stephanie Alarcón y Patricia Báez

Tema: Redes de discapacidad (derechos y deberes de los cuidadores)- Redes primarias e institucionales- Retroalimentación

OBJETIVO: 1 Conocer las redes primarias y secundarias que poseen los cuidadores **2** Evaluar el proceso de sensibilización y reflexión realizado durante el primer semestre del 2018 con cuidadores/as de niños/as y jóvenes en condición de discapacidad mediante un espacio participativo donde se plasme los conocimientos adquiridos durante el mismo.

RELATO:

Este es el último encuentro del proyecto con la población la sesión se divide en dos actividades, la primera corresponde a la última sesión de redes y la segunda corresponde a la evaluación final del proceso de intervención social “Cuidar Cuidándome” se realizó el día 02 de marzo de 2018, entre las 3:00 pm y 5:00 pm, este se llevó a cabo en la casa de la líder Jenny, ya por cuestiones logísticas, allí se da inicio por parte de las profesionales en formación de trabajo social de la universidad colegio mayor de Cundinamarca con cuidadores/as de los niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad.

En el primer momento se inicia la sesión de acuerdo con la planeación de las profesionales en formación del contenido de planeación, se da inicio con una actividad rompehielo; a continuación, se desarrolla la actividad central denominada “ conociendo mis redes” allí se dividió en los tipos de redes fichas bibliográficas, en la mesa del salón se colocaron papeles con los nombres de las redes y los cuidadores/as los ubicaran según su opinión en la casilla que corresponde (Red primaria-red institucional). Posteriormente las profesionales en formación en compañía de la gestora social de discapacidad de la SUBRED SUR retroalimentan cuales son las redes cercanas y los tipos de estas.

Finalmente se realiza la evaluación final de todo el proceso donde los/as cuidadores/as responden a las preguntas realizadas, las cuales estarán directamente relacionadas con los temas que se trabajaron previamente; las profesionales en fichas bibliográficas pegarán las respuestas de cada cuidador en el árbol del conocimiento, que estará ubicado en una de las paredes del espacio donde se realizará la sesión. Las preguntas fueron las siguientes:

1. ¿Cuál considera que es su rol?
 Ama de casa
 Cuidador/a
 Madre-Padre
2. ¿Recuerdas los temas trabajados en las actividades?: Si_ No_... Cuáles?
3. ¿Cree que es importante el autocuidado? ¿Para qué?

4. ¿Cómo puedo cuidarme?
 5. ¿Cree que es importante participar en espacios como estos para los/as cuidadores/as?
¿Por qué?
 6. ¿A quién puedo acudir como cuidador/a de una persona en condición de discapacidad?
- Por último, las profesionales en formación hacen entrega de certificado de participación a cuidadores/as que participaron en el proceso de sensibilización de sobrecarga de los cuidadores, autocuidado y redes; además de realizar registro fotográfico con todo el grupo de cuidadores e hijos en condición de discapacidad.

Anexo 7 Listas de asistencia



Espacios de sensibilización para las personas cuidador/as en la experiencia del cuidado de niñas, niños adolescentes y jóvenes en condición de discapacidad pertenecientes al proyecto de discapacidad AP Divino Niño en el barrio Mochuelo bajo durante el segundo periodo del 2017 y el primer periodo de 2018



FECHA: 08/ Febrero/ 2018
GRUPO: cuidadores/as Mochuelo
HORA DE INICIO: 3:00pm

LUGAR: Casa lider
TEMA: sobre carga - Identificando mi Carga
HORA DE FINALIZACION: 4:00 pm

NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO	E- MAIL	FIRMA
* Luz Mariela Carmona		Cuidadora	<i>Luz Mariela Carmona</i>
* Luz Marina Gutierrez Mendez	3214301394/761762	Cuidadora	
* Rubela Andilla	3213245007	Cuidadora	<i>Rubela Andilla</i>
- Laura Marcela Aponte Castellano		Niña	
* Jenny portillo	3124978863	Cuidadora Jenny portillo - 13@hotmail.com	<i>Jenny portillo</i>
* Sorleny Albarracín	7640111	cuidadora	<i>Sorleny</i>
Cesly Natalia Albarracín		Niña	
Andrés Felipe Flores		Niña	
Valentina Albarracín		Niña	
Taxmy Ortiz Carmona		Hijo - joven	

RESPONSABLE(S) DE LA EJECUCIÓN: Stephanie y Alarcón ; Patricia Baez B.



Espacios de sensibilización para las personas cuidador/as de niñas, niños adolescentes y jóvenes en condición de discapacidad pertenecientes al proyecto de discapacidad AP Divino Niño en el barrio Mochuelo bajo durante el segundo periodo del 2017 y el primer periodo de 2018



FECHA: 09/Febrero/2018
GRUPO: Cuidadores/as Mochuelo
HORA DE INICIO: 3:10 pm

LUGAR: Casa Líder
TEMA: Sobrecarga - Cocinando mis cargos = Objetivo: Subjetivo
HORA DE FINALIZACIÓN: 4:15 pm

NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO	ROL	FIRMA
* Sorleny Albarracín	3114885252	Cuidadora	Sorleny
Lesty Natalia Albarracín	"	Hija	
Valentina Albarracín	"	Hija	
* Luz Marina Gutierrez Mendez	3214301394	Cuidadora	luzmarinagutierrez
Laura Marcela Aponte Castellanos			
* Jenny Portilla	3124978863	Cuidadora	Jenny portilla
Andrés Felipe Flores Portilla	"	Hijo	
* Rubiela Padilla	3213245007	Cuidadora	Rubiela padilla
* Luz Mariela Carmona	"	Cuidadora	N.F.
Jovan Ortiz Carmona		Hijo	

RESPONSABLE(S) DE LA EJECUCIÓN: Stephanie y Alarcón y Patricia Baez



Espacios de sensibilización para las personas cuidador/as de niñas, niños adolescentes y jóvenes en condición de discapacidad pertenecientes al proyecto de discapacidad AP Divino Niño en el barrio Mochuelo bajo durante el segundo periodo del 2017 y el primer periodo de 2018



FECHA: 12 de febrero 2018
GRUPO: Cuidadores e hijos
HORA DE INICIO: 3:00

LUGAR: Casa Líder
TEMA: Sobre carga - Mi tiempo y Mi tranquilidad
HORA DE FINALIZACIÓN: 4:00

NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO	ROL	FIRMA
Luz Helena Gaitan	3212437669	Cuidadora	Luz Helena Gaitan
Johan David Jimenez		Hijo - joven	JOHAN DAVID JIMENEZ
Luz Mariela Carmona		Cuidadora	N.F.
Jovan Ortiz Carmona		Hijo - joven	
Sorleny Albarracín	3114885252	Cuidadora	
Lesty Natalia Albarracín		Hija	
Valentina Albarracín		Hija	
Ana Rosa Rios Medina	3133133882	Cuidadora	Ana Rosa Rios
Graciela Torres	3205149044	Cuidadora	
Jenny Portilla T.	3124978863	Cuidadora	Ana Rosa Rios
Omar Beltian	3016496006	Cuidador	

RESPONSABLE(S) DE LA EJECUCIÓN: Stephanie Alarcón - Patricia Baez



Espacios de sensibilización para las personas cuidador/as de niñas, niños adolescentes y jóvenes en condición de discapacidad pertenecientes al proyecto de discapacidad AP Divino Niño en el barrio Mochuelo bajo durante el segundo periodo del 2017 y el primer periodo de 2018

Visión Mundial®

FECHA: 16 de febrero 2018
GRUPO: Cuidadores e hijos
HORA DE INICIO: 3:15 pm

LUGAR: Casa Lider.
TEMA: Sobre carga - Musico terapia - Dependencia.
HORA DE FINALIZACION: 4:15 pm
Autocuidado: Abrazoterapia (cuidadores individual y colectivo)

NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO	ROL	FIRMA
* Luz Mariela Carmona		Cuidadora	- N.F.
Jovanx Ortiz Carmona		Hijo - joven	
Oscar David Cardona	"	Hijo - joven	
Valentina Albarracín	"	Hija	
Lesly Natalia Albarracín	"	Hija	
* Sorleni Albarracín	3114885257	Cuidadora	Sorleni
Johan Andres Pachon Suarez		Hijo	
* Jenny Portillo T.	3124978863	Cuidadora	Jenny portillo
Andres Felipe Flores	3124978863	Hijo	
* Ana Rosa Rios Medina	3133133887	Cuidadora	Ana Rosa Rios
* Graciela Torres	3205149044	Cuidadora	Graciela Torres
* Omar Beltran	3016496006	Cuidador	Omar Beltran
* Graciela Torres	3205149044	Cuidadora	Graciela Torres

RESPONSABLE(S) DE LA EJECUCIÓN: Stephanie Alarcón - Patricia Baez.



Espacios de sensibilización para las personas cuidador/as de niñas, niños adolescentes y jóvenes en condición de discapacidad pertenecientes al proyecto de discapacidad AP Divino Niño en el barrio Mochuelo bajo durante el segundo periodo del 2017 y el primer periodo de 2018

Visión Mundial®
Colombia

FECHA: 19/febrero/2018
GRUPO: Cuidadores/as e hijos
HORA DE INICIO: 2:00 pm

LUGAR: Casa líder Cuidadores/as
TEMA: ¿Cómo y por qué cuidarme así? soy Valiosa me cuida me como
HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00 pm

NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO	ROL	FIRMA
Valentina Albarracín	"	Hija	
Camila Sanchez Padilla	"	Hija	
* Rubela Padilla		Cuidadora	
* Graciela Torres	3105149044	Cuidadora	Graciela Torres
* Mariela Carmona	"	Cuidadora	
* Blanca Cecilia Rincón Rosas	3106775463	Cuidadora	Blanca
* Seleni Albarracín	3114885757	Cuidadora	Seleni
lesly Albarracín Estada	"	Torjeto Cuidadora Invidentidad	lesly Natalia
* Jenny Portillo T.	3174978863	Líder Cuidadora Discapacidad	Jenny Portillo

RESPONSABLE(S) DE LA EJECUCIÓN: Stephanie Yuliett Alarcón - Debra Patricia Baez



Espacios de sensibilización para las personas cuidador/as de niñas, niños adolescentes y jóvenes en condición de discapacidad pertenecientes al proyecto de discapacidad AP Divino Niño en el barrio Mochuelo bajo durante el segundo periodo del 2017 y el primer periodo de 2018

Visión Mundial®
Colombia

FECHA: 23/febrero/2018
GRUPO: Cuidadores e hijos
HORA DE INICIO: 3:00 pm

LUGAR: Casa líder
TEMA: Cartografía corporal
HORA DE FINALIZACIÓN: 4:00 pm

NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO	ROL	FIRMA
Oscar David Cardona S.	3115609016	Hijo	Oscar Cardona
Jennifer Andrea Osorio R	3205957731	Hija	Jennifer A. Osorio R.
* Miriam Estela Reyes Ramos	3205957731	Cuidadora	Miriam Estela Reyes R.
* Albarracín Estada Seleni	314 44 15891	Cuidadora	Seleni Albarracín
lesly Natalia Albarracín	314 44 15891	Hija	lesly NATALIA Alba
* Rubela Padilla	3213245007	Cuidadora	Rubela Padilla
* Blanca Cecilia Rincón Rosas	3706775463	Cuidadora	Blanca Cecilia R
Reidy Lorena Chacón Rincón	3508308136	Hija	Reidy Lorena
Juís Betalato	3706775463		Juís Betalato
* Luz Mariela Carmona	"	Cuidadora	Luz Carmona
geovanny ortiz carmona	"	Hijo	Geovanny
* Graciela Torres	3105149044	Cuidadora	Graciela Torres

RESPONSABLE(S) DE LA EJECUCIÓN: Stephanie Yuliett Alarcón - Debra Patricia Baez



Sensibilización para las personas cuidador/as de niñas, niños adolescentes y jóvenes en condición de discapacidad pertenecientes al proyecto de discapacidad AP Divino Niño en el barrio Mochuelo bajo durante el segundo periodo del 2017 y el primer periodo de 2018

Visión Mundial

FECHA: 26 de febrero LUGAR: Casa líder discapacidad TEMA: Cartografía Geografica
 GRUPO: Cuidadores e hijos HORA DE INICIO: 3:00 HORA DE FINALIZACION: 4:00

NOMBRES Y APELLIDOS	TÉLEFONO	ROL	FIRMA
Jency Daniela Mayordomo	3208241998		Jency
Lesly Natalia Albarracín			Lesly Natalia Al
Sorleny Albarracín	3144415891	Cuidadora	Sorleny
Luz Mariela			
Graciela Torres		Cuidadora	Graciela Torres
Sharoll Valentina Moceton	3778781555		Sharoll Moceton
Sara Mayordomo Paz			
Seiver Steven Sanchez	3113745007		Seiver
Marlon Alejandro Capor	3738099705		Marlon
Mercedes Garson Galvis	3738099705	Cuidadora	Mercedes
JOHAN DAVID JIMENEZ	3223070390		JOHAN DAVID JIMEN
STEPHANY JIMENEZ	3212936089		MICHELL
Lesly Natalia			
Valentina Albarracín Estada			Valentina Albarrac

RESPONSABLE(S) DE LA EJECUCIÓN: Stephanie Alarcón y Patricia Baéz



Sensibilización para las personas cuidador/as de niñas, niños adolescentes y jóvenes en condición de discapacidad pertenecientes al proyecto de discapacidad AP Divino Niño en el barrio Mochuelo bajo durante el segundo periodo del 2017 y el primer periodo de 2018

Visión Mundial

FECHA: 02 de Marzo / 2018 LUGAR: Casa líder discapacidad TEMA: Para
 GRUPO: de las redes // 2. la feria HORA DE INICIO: 1:00 HORA DE FINALIZACION: 3:00

NOMBRES Y APELLIDOS	TÉLEFONO	ROL	FIRMA
Luz Marina Gutierrez Mendez	3714301394	Cuidadora	Luz Marina Mendez
Rubielá Padilla	343245007	Cuidadora	Rubielá Padilla
Lesly Natalia Albarracín		Hija - Discapacidad	
Sorleny Albarracín	7640111	Cuidadora	Sorleny
Valentina Albarracín		Hija - Discapacidad	
Luz Mariela Carmona		Cuidadora	No Firma
Josany Ortiz Carmona		Hija - Discapacidad	
Andrés Felipe Flores Padilla		Hija - Discapacidad	
Jenny Padilla	3124978863	Cuidadora	Jenny Padilla
Ana Rosa Medina	3133132882	Cuidadora	

RESPONSABLE(S) DE LA EJECUCIÓN: Stephanie Alarcón y Patricia Baéz



Sensibilización para las personas cuidador/as de niñas, niños adolescentes y jóvenes en condición de discapacidad pertenecientes al proyecto de discapacidad AP Divino Niño en el barrio Mochuelo bajo durante el segundo periodo del 2017 y el primer periodo de 2018

Visión Mundial

FECHA: 09/03/2018

LUGAR: Casa lider

Redes

GRUPO: Cuidadores/as e Hijos

TEMA: Reconociendo mis

Redes y Evaluación final

HORA DE INICIO: 3:15

HORA

DE FINALIZACIÓN: 4:20

NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO	ROL	FIRMA
Ana Bello	3214194947	Cuidadora	Ana Bello
Michell Gonzalez	"	Hija - Discapacidad	Michell Gonzalez
Shonatan Calderon Baez	3708741998	Hijo	Shonatan
Stephanie Michell Jimenez	3212936669	Hija	MICHELL
JOHAN DAVID JIMENEZ	3223070390	Hijo - Discapacidad	JOHAN DAVID JIMENEZ
Valentin Albarraçin Estrada		Hija - Discapacidad	
Graciela Torres	3205190099 33908993	Cuidadora	Graciela Torres
Sorleny Albarraçin	7690111	Cuidadora	Sorleny
Mariela Carmona		Cuidadora	NE
Yovany Ortiz Caymaná		Hijo - Discapacidad	
Jenny Fontana	5124978863	Cuidadora	Jenny Fontana
Diga Lucia Malleha	3187161305	Gestor Comunitario	Diga Lucia
IESLY NATALIA ALBARRAÇIN			IESLY NATALIA
Jenny Daniela Mayordomo Baez	3208241998		Jenny Daniela

RESPONSABLE(S) DE LA EJECUCIÓN: Stephanie Y Alarcón Debara Patricia Baez

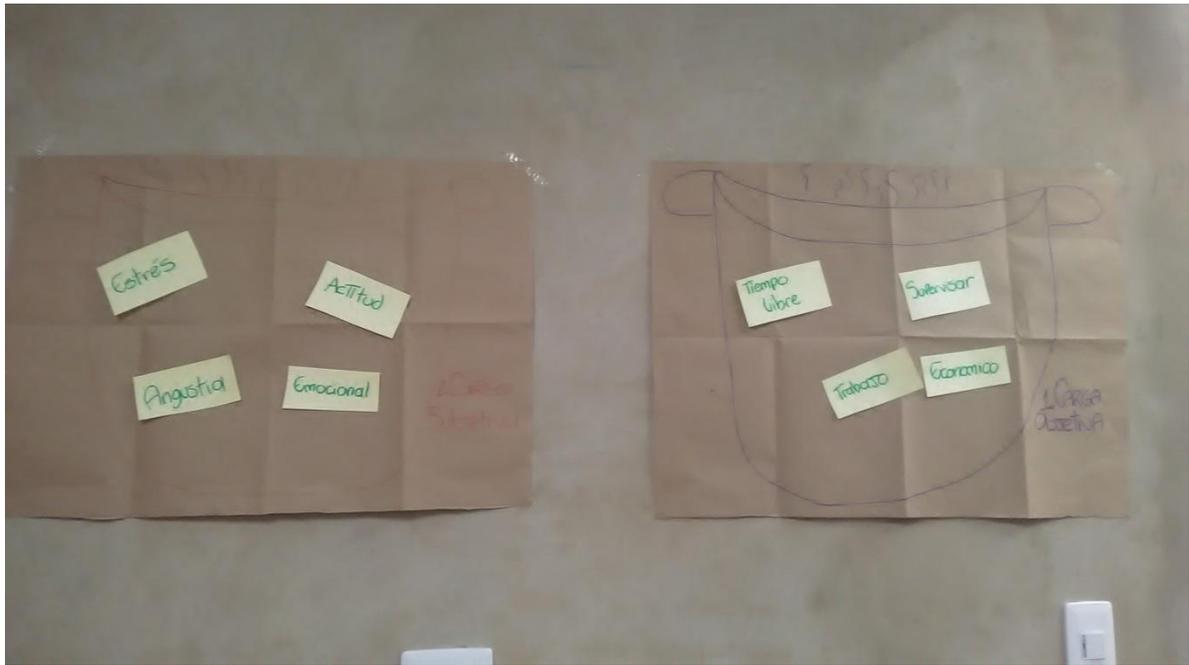
Anexo 8 Evidencia fotográfica

Sesiones de diagnostico



Módulos de ejecución (sobrecarga, autocuidado y redes)











Evaluacion

