

FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIO FAMILIARES QUE INCIDEN EN LA  
CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LAS  
FAMILIAS RURALES DEL MUNICIPIO DEL TAMBO CAUCA.

MAYRA SANTACRUZ GONZALES

ASESOR:

Por definir

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

POPAYÁN

2021

## CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....</b>	<b>5</b>
<b>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....</b>	<b>8</b>
<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
<b>MARCO REFERENCIAL.....</b>	<b>13</b>
Antecedentes .....	13
<b>MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>20</b>
Discapacidad .....	20
Tipos de discapacidad .....	21
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>49</b>
La familia desde un enfoque sistémico ecológico .....	49
<b>MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>70</b>
TIPO DE ESTUDIO .....	70
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>85</b>

## INTRODUCCIÓN

El estudio de la calidad de vida en familias de personas con discapacidad, abordado desde diversas áreas sociales, de la salud y la rehabilitación ha aumentado de forma importante durante las últimas décadas; la tendencia frente al reconocimiento del sujeto desde su naturaleza holística y la complejidad de sus relaciones en los diferentes contextos ha sido motivo de cuestionamiento para muchos profesionales, cuyos propósitos se extienden más allá de la identificación de variables que mejoren o no la calidad de vida de un sujeto, a la reflexión en torno al fortalecimiento de este micro-contexto.

A fin con lo anterior, la presente investigación corresponde a la identificación de la calidad de vida y los factores que inciden en la misma de diez familias de personas con discapacidad del Municipio de del tambo, de las cuales, tres familias se encontraban en zonas rurales dispersas de diversos corregimientos, y otros en zona ladera urbana de la cabecera municipal. Dicha investigación ahondó en la relación existente entre la calidad de vida familiar y la participación de las personas con discapacidad en la realización de actividades cotidianas.

Lo anterior, se dispuso a partir de la metodología de investigación Mixta o Cualitativa, mediante la cual se interpretaron los resultados de la “Entrevista demográfica y socio familiar” y el grupo focal junto con los apgar familiares que se

ejecutaron. Dicha información fue complementada a través de la aplicación de una entrevista general, la cual fue diseñada por los investigadores con el fin de conocer aspectos que no se incluyen dentro de las escalas mencionadas, como es la determinación del contexto comunitario y familiar de la persona con discapacidad. Una vez establecidas las categorías de análisis se construyó un plan de acción, el cual, tras su socialización pretende aportar al fortalecimiento de las familias que participaron y al mejoramiento de su calidad de vida familiar. “ Más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, lo que significa, de acuerdo a las estadísticas poblacionales de 2010, un 15% de la población mundial.

## **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) define que “dentro del grupo de las personas con discapacidad se incluyen a todas 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”. Más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, lo que significa, de acuerdo a las estadísticas poblacionales de 2010, un 15% de la población mundial. La discapacidad se asocia a diferentes factores de inequidad que conducirán a una situación de exclusión social individual y familiar.

La principal estrategia definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para lograr la reducción de estas inequidades es la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC). Esta es una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la inclusión social, prestando servicios de rehabilitación en las comunidades, y proveyendo de educación y oportunidades de entrenamiento y capacitación a las personas con discapacidad, sus familiares y miembros de la comunidad.

Para esto, la estrategia se compone de objetivos y acciones en cinco componentes: salud, educación, trabajo, social y fortalecimiento comunitario. En un comienzo, la

RBC fue considerada una estrategia que mejoraba el acceso a los servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, su alcance se ha incrementado de forma importante en los últimos 30 años.

Hoy involucra el desarrollo local para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la disminución de la pobreza y la inclusión social de las personas con discapacidad. Este giro en la RBC se ha asociado al cambio de paradigma sobre la discapacidad y a la ratificación de los derechos de las personas con discapacidad con la promulgación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Las condiciones sociales, económicas, políticas e incluso demográficas de nuestro país, incluidas la guerra, la violencia, los niveles de pobreza, el desamparo, el desplazamiento y el envejecimiento de la población, hacen que la discapacidad se convierta cada vez más en un fenómeno complejo que afecta a un grupo importante de personas para las que es necesario garantizar un acceso equitativo a la atención y a los servicios de salud, educación y recreación, igualdad de condiciones y oportunidades laborales y una plena participación en la sociedad que les permita contribuir a su propio desarrollo y al desarrollo socioeconómico de su comunidad.

Por ello, el DANE, con el apoyo del Ministerio de Educación Nacional, de la Protección Social, la Consejería Presidencial de Programas Especiales, la

Vicepresidencia de la República y en colaboración con las entidades territoriales, viene realizando importantes esfuerzos con el propósito de cuantificar y caracterizar la población con discapacidad a través de la aplicación del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad, contribuyendo así al conocimiento de la realidad de este colectivo, de sus necesidades y demandas, y a la planificación de acciones verdaderamente benéficas.

La información aquí suministrada, utiliza tan solo una parte de la información estadística derivada del registro de discapacidad, es responsabilidad de las entidades de y para la discapacidad que hacen parte del Comité de Atención a la Discapacidad del orden departamental enriquecer y profundizar este primer documento, profundizando en aquellos aspectos propios y estratégicos de cada sector. Estos análisis en su conjunto son insumo básico para la elaboración de un “Diagnóstico Integral de la Situación de Discapacidad en el Departamento de Cauca”, ejercicio que ha de servir de guía a los trabajos que en el mismo sentido han de realizar los municipios. Por cuanto se trata de una información general esperamos de todos ustedes nuevos aportes que enriquezcan y amplíen las posibilidades de análisis.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Qué factores demográficos y socio familiares inciden en la calidad de vida de las personas con discapacidad en las familias rurales del municipio del tambo cauca?



## JUSTIFICACIÓN

“Muchas personas con discapacidad son internadas en instituciones contra su voluntad en la mayoría de los países de la región, lo cual ha dado lugar a algunas de las violaciones más flagrantes y abusivas de los derechos humanos. Un informe del año 2003 de Argentina describió en detalle las terribles condiciones en las que vivían las personas con discapacidad institucionalizadas. El informe reveló que a algunas personas se las mantenía encerradas en contacto con sus propias heces mientras que a otras se las mantenía desnudas o se las obligaba a comer del piso.

En el pasado, las instituciones canadienses y estadounidenses solían esterilizar a las personas con discapacidad y aun hoy las probabilidades de que las personas con discapacidad sean víctimas de abuso son mayores que las de las personas sin discapacidad. Si bien en muchos países, en teoría, las personas con discapacidad pueden negarse a someterse a un tratamiento médico o psiquiátrico, rara vez se tiene en cuenta esa decisión en la práctica. La información obtenida indica que en muchos países el abandono es un factor común entre las personas que terminan internadas en instituciones.” (Ministerio de la Protección Social, 2008)<sup>1</sup>

El Trabajo Social tiene especial implicación en las personas con discapacidad dado que esta profesión va dirigida a velar por principios como la dignidad, la autonomía,

---

<sup>1</sup> <https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/GOBIERNO/lineamientos-nacionales-rbc.pdf>

la no discriminación, fomentando la participación e inclusión, basado en la igualdad de oportunidades que involucren una verdadera inclusión social, y no una limitación dada la condición de las personas. En este sentido, (Lorna, 2014) manifiesta que “el Trabajador Social interviene en aquellas dimensiones sociales que determinan las condiciones de vida de la persona, para eliminar o minimizar barreras sociales, o para generar, fortalecer o proveer facilitadores sociales del mismo”.es decir que el profesional trabaja de forma incluyente en aquellos usuarios que requieran una intervención eficaz, como en el caso de las personas con discapacidad.

Es importante indicar que hablar de discapacidad involucra diferentes variantes, pero de forma general hace énfasis a deficiencia en la persona quien la posee, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2011) “más de mil millones de personas es decir, un 15% de la población mundial están aquejadas por la discapacidad en alguna forma. Tienen dificultades importantes para funcionar entre 110 millones (2,2%) y 190 millones (3,8%) personas mayores de 15 años”.

Es evidente indicar que esta cifra es superior a las estimaciones previas de la Organización Mundial de la Salud, ya que ha existido un incremento de la población mundial y con ella nuevos casos de discapacidad que ocurren durante el envejecimiento poblacional.

En esta situación, la salud entendida como producto de las condiciones sociales y biológicas y a la vez como productora de mejoras que permiten el desarrollo integral a nivel individual y colectivo. En relación al Trabajo Social inmerso en el campo de la salud éste se involucra como un ente especializado que implementa y ejecuta

políticas sociales, que se orienten a garantizar los derechos de las personas quienes requieran una intervención. Así lo señala, (Nucci, 2018) “Trabajo Social es una de las profesiones que forma parte de los equipos interdisciplinarios de salud, o que en forma disciplinaria tiene a su cargo la vinculación con sujetos que demandan atención”.

Es decir que se generaliza al profesional como complemento de ejecutar acciones en búsqueda del bienestar de los usuarios. En este escenario (Velázquez y Chugani, 2017) mencionan que “los trabajadores sociales sanitarios en el primer nivel asistencial resultan claves para el abordaje de problemas de salud complejos donde se asocian patologías crónicas y necesidades sociales”.

Es decir, este profesional esta con plenos conocimientos de su accionar, brindando un adecuado y oportuno proceso para el bienestar de las personas, para lo cual se le deben incluir roles principales en los centros de primer nivel, sin embargo, (Díaz, 2013) manifiesta que:

El Trabajo Social se incluye en la estructura organizativa de las entidades, sin embargo, en la normativa reguladora del funcionamiento de los centros, no se explicitan las funciones de trabajadores/as sociales, salvo que junto a otros profesionales pueden hacerse cargo de los servicios de apoyo psicosocial.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar qué factores demográficos y socio familiares inciden en la calidad de vida de las personas con discapacidad en las familias rurales del municipio del tambo cauca.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar características demográficas y socio familiares de personas con discapacidad y sus familias en el municipio del tambo cauca.
- Identificar los factores protectores y de riesgo en la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias en el municipio del tambo cauca.
- Proponer acciones de intervención desde el trabajo social en correspondencia con las necesidades previamente identificadas.

## MARCO REFERENCIAL

### Antecedentes

Se realizó un recorrido por los documentos investigativos internacionales, nacionales y regionales, y se llegó a la conclusión de que hay pocos documentos que hablen de las dos variables incorporadas en este trabajo de tesis, las cuales hacen referencia a la discapacidad y la calidad de vida de las familias que tienen un integrante con discapacidad.

Se observaron numerosos documentos que hablan de una de estas variables logrando desarrollar conclusiones acertadas. Los cuales se expusieron a continuación, donde se identificaron aportes de cada uno de estos, a la investigación aquí planteada. Una de las investigaciones que se retomó en este texto hace referencia a la investigación Ángela Hernández (2004)

Las personas con discapacidad: Su calidad de vida y la de su entorno, un artículo científico de la revista Aquichan de la Universidad de la Sabana en el cual la autora investiga la calidad de vida de las personas con discapacidad y hace referencia al papel fundamental que cumple la familia y los cuidadores como redes de apoyo para que los individuos en condición de discapacidad se adapten de manera óptima y obtengan el mayor provecho de todas sus capacidades, no solo aprendiendo a manejar la discapacidad y logrando el grado más alto de independencia posible, estilos de vida saludables y la prevención de problemas secundarios, sino facilitando

su integración al medio social en el cual se desenvuelven y el mejoramiento de su calidad de vida.

De acuerdo a la calidad de vida la autora hace referencia a la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; la calidad de vida incluye aspectos Calidad de vida de las familias con personas que presentan discapacidad física 20 vitales, tales como los físicos, fisiológicos y psicosociales (emocionales, espirituales, de roles, de interdependencia, de autoestima). Entre otras. La investigación resalto que en Latinoamérica, Colombia es uno de los primeros países donde se implantó a partir de los años 70, los derechos de las personas con limitaciones a los planes de acción definidos por las Naciones Unidas, a partir de esto, el Gobierno Nacional se comprometió, en conjunto con los entes pertinentes, a dar respuesta a esa población.

Para alcanzar una adecuada calidad de vida de las personas con discapacidad, aparte de contar con los recursos adecuados y programas en los cuales se logre una vinculación efectiva, se debe tener en cuenta ante todo la autonomía de la persona misma de acuerdo a elegir libremente la manera de desenvolverse ante la sociedad, haciendo valer todos sus derechos que tiene como personas, como el trabajo, la vivienda, relacionarse con los demás, entre otros; con el fin de que pueda tomar justamente sus propias decisiones.

De acuerdo a lo anterior la autora tomo cuatro derechos que permiten un abordaje eficaz en la temática Los cuales hacen referencia a: La autonomía, elección y autodeterminación, participación y responsabilidad y solidaridad antes que compasión; con ello da a entender que las personas con discapacidad ante todo deben aceptar su condición y aprender a conllevar una vida tranquila en la cual se auto descubran en cuanto a sus potencialidades y capacidades que tienen para salir a delante. (Hernández, 2004).

Uno de los documentos que ofrece grandes aportes a este proyecto es la investigación realizada por Iovan Parra Cuestas y Ana María Arévalo Moreno en Noviembre del 2008. Denominado Factores determinantes en la inclusión laboral de las personas en condición de discapacidad en Colombia. Como referentes bibliográficos la investigación se basó en documentos empíricos, libros, y demás artículos referentes a las personas discapacitadas en Colombia y su condición en el ámbito de la ocupación teniendo en cuenta el desarrollo personal que se genera en los individuos.

Este documento dejó diversos aportes al conocimiento y herramientas para argumentar el trabajo pertinente. Para llevar a cabo la realización del trabajo en primer lugar lo aplico a una población adulta, de donde salió una muestra filtrada por medio de entrevistas. Las entrevistas fueron realizadas a personas en condición de discapacidad afiliadas a las siguientes instituciones privadas de la ciudad de

Bogotá: Fundación Teletón, Arcángeles, San Felipe Neri, Granahorrar, Luz y Esperanza y Best Buddies.

Por otra parte algunos mencionaron las garantías en salud, debido a que cuando son parte del régimen subsidiado reciben todos los cuidados y traslados necesarios para una buena atención, cuestión que cuando las empresas donde se vinculan laboralmente, los ingresan al sistema de pensiones, cesantías y al régimen contributivo en salud no reciben la misma atención y no tienen derecho a las mismas garantías, adicionalmente las leyes Calidad de vida de las familias con personas que presentan discapacidad física 22 referente a la contratación en discapacidad es desequilibrada, un ejemplo es que a las empresas que contraten personal con discapacidad se les reduce en 200% el impuesto de renta, sin embargo en la letra menuda menciona que esto se cumple siempre y cuando el DANE reporte que la tasa de desempleo está por encima del 11%, cifra que es probable que exista, pero que a su vez esta entidad no va a reportar, por intereses político. Otro de los análisis se basó en los resultados de la muestra de 15 personas en condición de discapacidad entre los 22 y 50 años.

Según los resultados de forma general se observó que la inclusión laboral se da por poca capacitación brindada a la población discapacitada por parte del estado y otras entidades gubernamentales, y en diversas ocasiones cuando una empresa quiere cooperar con la causa, es por sus intereses propios más, que por beneficiar a la población.



Como resultados primordiales obtenidos en esta investigación, los autores afirman lo siguiente Se necesita que el distrito capital mediante licitaciones o acuerdos posibilite un sistema funcional de transporte para las personas en condición de discapacidad puesto que a diario son víctimas de la incomodidad y de obstáculos que frecuentemente existen en los transportes normales. Dentro de los programas de vivienda instalados para Bogotá se sugiere que una de cada tres viviendas subsidiadas cumpliera con las condiciones de habilidad y adaptabilidad para las personas con discapacidad y sus familias. (Parra y Arévalo, 2008).

En otra investigación, Roció Molina (2010). Educación superior para estudiantes con discapacidad. La autora resalto la importancia de la educación en las personas con discapacidad. Hablo de la importancia de la educación para las personas tejer redes sociales, abrir su conocimiento y de hecho tener la capacidad de interactuar desde otro nivel.

La investigación abordó la relación triangular entre discapacidad, educación y política institucional, en particular se exploraron y analizaron las iniciativas, los programas y las acciones que se llevan a cabo en las instituciones universitarias. Se desarrolló como un estudio exploratorio descriptivo que empleó como instrumento la encuesta con el fin de evidenciar el conocimiento y accionar de los entes académicos y administrativos, hacedores de la política, frente a la inclusión educativa del estudiante con discapacidad en el contexto universitario de Colombia.

Cómo principal aporte esta investigación arrojo la necesidad de pensar que a pesar del marco legal existente para la educación de las personas con discapacidad, las acciones en el nivel superior o universitario son casi nulas y que no todas las instituciones se encuentran comprometidas con la inclusión educativa de las personas con discapacidad. De igual manera, se planteó la importancia de promover la cultura en el respeto a la diversidad y el reconocimiento de los estudiantes como sujetos, donde toda la comunidad, Calidad de vida de las familias con personas que presentan discapacidad física 24 especialmente la conectora en inclusión.

Para que se interactúe bajo estas premisas, ya que sólo así se podrá evidenciar con los cambios de actitud de los miembros de la comunidad, con el compromiso y la responsabilidad para lograr la inclusión de la población con discapacidad en la universidad. De allí que se requiere trabajar porque las acciones inclusivas en discapacidad no sean el resultado de intenciones particulares y transitorias de quienes tienen injerencia en la normatividad institucional sino que sean un asunto explícito en la política institucional y un trabajo de la comunidad académica (administrativos, docentes y estudiantes). (Molina, 2010).

En el documento de investigación Herramientas de evaluación para medir el impacto de programas de transición a la vida adulta dirigidos a jóvenes con discapacidad intelectual 2011. Realizado por Leonor Córdoba Andrade, Viviana Lucia Aya Gómez, Alba Ibáñez García, Angélica María Monsalve Robayo, María Carolina Gomes Salazar, se habló acerca de un problema central que gira alrededor de una

alianza entre la corporación Transiciones Crecer, la Universidad del Rosario por medio del grupo de investigación en rehabilitación e integración social de las personas con discapacidad y la Universidad de la Sabana.<sup>2</sup>

## MARCO CONCEPTUAL

### Discapacidad

La discapacidad es actualmente entendida desde un modelo relacional que hace referencia a la inclusión y la participación de las personas con discapacidad en la sociedad y por ende la garantía de los derechos humanos. Desde esta perspectiva, la discapacidad no es un atributo de la persona, aunque exista la deficiencia, la discapacidad se configura en tanto las características del entorno limitan el ejercicio de actividades de la vida cotidiana y la participación social.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU determina un avance en la concepción de la discapacidad, reconociéndola como “un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. Así mismo, la Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud la definen como un conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social, que impiden o facilitan la participación de la persona en la sociedad.

Así, la persona con discapacidad es aquella que presenta una deficiencia en la función y/o estructura corporal, que puede presentar limitaciones en sus actividades,

así como restricciones en la participación social plena y efectiva, las cuales depende de las barreras o facilitadores presentes en el entorno.<sup>3</sup>

Tipos de discapacidad

### **1. Discapacidad física**

Recibe el nombre de discapacidad física o motora a todo aquel tipo de limitación generada por la presencia de una problemática vinculada a una disminución o eliminación de capacidades motoras o físicas, como por ejemplo la pérdida física de una extremidad o de su funcionalidad habitual.

Este tipo de discapacidad surge en el contexto de problemas medulares, accidentes de tráfico, traumatismo craneoencefálico, enfermedad médica generadora de limitación física, amputaciones, malformaciones congénitas o accidentes cerebrovasculares.

### **2. Discapacidad sensorial**

La discapacidad sensorial hace referencia a la existencia de limitaciones derivadas de la existencia de deficiencias en alguno de los sentidos que nos permiten percibir el medio sea externo o interno. Existen alteraciones en todos los sentidos, si bien las más conocidas son la discapacidad visual y la auditiva.

---

<sup>3</sup> ONU – 2006. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

### **3. Discapacidad intelectual**

La discapacidad intelectual se define como toda aquella limitación del funcionamiento intelectual que dificulta la participación social o el desarrollo de la autonomía o de ámbitos como el académico o el laboral, poseyendo un CI inferior a 70 influyendo en diferentes habilidades cognitivas y en la participación social. Existen diferentes grados de discapacidad intelectual, los cuales tienen diferentes implicaciones a nivel del tipo de dificultades que pueden presentar.

### **4. Discapacidad psíquica**

Hablamos de discapacidad psíquica cuando estamos ante una situación en que se presentan alteraciones de tipo conductual y del comportamiento adaptativo, generalmente derivadas del padecimiento de algún tipo de trastorno mental.

### **5. Discapacidad visceral**

Este poco conocido tipo de discapacidad aparece en aquellas personas que padecen algún tipo de deficiencia en alguno de sus órganos, la cual genera limitaciones en la vida y participación en comunidad del sujeto. Es el caso de las que pueden generar la diabetes o los problemas cardíacos.

### **6. Discapacidad múltiple**

Este tipo de discapacidad es la que se deriva de una combinación de limitaciones derivadas de algunas de las anteriores deficiencias. Por ejemplo, un sujeto ciego y con discapacidad intelectual, o de un sujeto parapléjico con sordera.<sup>4</sup>

### **La familia desde un concepto sistémico ecológico**

El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia: define como “aquel sistema o conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”. De igual forma, se considera que al ser la familia el primer sistema en el que el ser humano se relaciona y mediante el cual se generan los primeros vínculos con el entorno social, es necesario el abordaje del concepto de familia a través del modelo Sistémico ecológico de Bronfenbrenner, el cual, la reconoce como “el microsistema más importante porque configura la vida de una persona durante muchos años”. Estas relaciones que se presentan al interior de dicho núcleo, reciben por tanto influencia de contextos aledaños de forma directa e independiente de su participación inmediata, a esto se le es llamado exosistema.

Por otra parte, la familia logra establecer relación con otros microsistemas con los cuales se presenta un intercambio directo en las dinámicas que logran influenciar de forma recíproca la participación de uno o varios miembros del sistema en los diferentes ámbitos, ejemplo de ello son la influencia de las dificultades familiares en

---

<sup>4</sup> <https://psicologiaymente.com/salud/tipos-de-discapacidad>

el desempeño escolar de los hijos. A este sistema se le conoce como mesosistema, y pueden éstos convertirse en factores de barrera o apoyo para las familias.

Por último se debe tener en cuenta el macrosistema como aquel conjunto de valores culturales, ideologías, creencias y políticas que dan forma a las organizaciones sociales y que si bien no condicionan, si influyen en las relaciones que el sistema familiar llevará a cabo con el entorno social en el cual participa, debiendo conducir su actuación por una serie de normas y demandas establecidas socialmente.<sup>5</sup>

### **Familias rurales**

Se llama también campesina y la forma el conjunto de personas unidas por vínculos de sangre o parentesco de afinidad y por las necesidades o relaciones del trabajo agrícola. Como característica sociológica se señala el tradicionalismo, los casamientos prematuros, la natalidad numerosa y la rareza de separaciones o divorcios, pese a lo severo de la potestad marital.<sup>6</sup>

Podemos concluir en primer lugar que la definición de familia rural asumida para la investigación tiene plena vigencia en cuanto a los elementos centrales de representación social que hoy se presentan en el mundo rural. Sin embargo, los

---

<sup>5</sup> Espinal I, Gimeno A, González F. El Enfoque Sistémico en los estudios sobre la Familia. Rev InterSistema [Internet]. 2004. [citado octubre 2014]; Volumen 14: 21-34. Disponible en: <http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>

<sup>6</sup> <http://universojus.com/definicion/familia-rural>



procesos en tensión o en proceso de anclaje, están todavía subsumidos en capas profundas y por tanto no es posible visualizar con claridad el horizonte de los cambios que asumirán las nuevas generaciones, las nuevas familias rurales. Si los procesos de transformación de familia en general en la sociedad se presentan en tránsito lento, en cuanto a la consideración de igualdad de género, de relaciones de poder más democráticas entre la pareja y la formación de los hijos, en la modificación de los estereotipos de los roles tradicionales de hombre y mujer, entre otros, en las familias rurales estas transformaciones están aún más distantes.

El desfase entre los cambios culturales a nivel social y las transformaciones estructurales de la familia, es mayor en las familias rurales. La tradición, la cultura de hacienda, las relaciones de inquilinaje se mantienen presentes en la Región del Maule como impronta de la identidad campesina.

Uno de los aspectos que más se mantiene en las representaciones sociales de familia en el mundo rural es la estructura del modelo patriarcal. Las expectativas de la investigadora sobre este punto, era que las nuevas generaciones estuvieran modificando de manera sustancial este patrón, pero ello dista en el tiempo aún de lograrse. Y se convierte en un interesante tema de investigación a profundizar, pues si bien es posible visualizar la aparición de nuevas prácticas y representaciones sociales sobre familia rural, no es nítida su dirección.

Como ya se señalara la preponderancia de la autoridad del padre, la maternidad como aspecto central de identidad de la mujer, el sometimiento de los hijos a la autoridad y la presencia de machismo en las pautas de socialización y relación cultural, son los aspectos que aún se sostienen con fuerza en la estructura y organización familiar.<sup>7</sup>

Las nuevas generaciones se ven tensionadas entre, los procesos de socialización familiar, los procesos de educación formal, que fortalecen este tipo de relaciones y el discurso de las políticas públicas y el cambio cultural, que promueve relaciones de igualdad y pautas democráticas entre quienes deciden formar nuevas familias.

Según Rueda (1996), el espacio rural se define como un modo de utilización del espacio y la vida social caracterizado por la escasez en el número de habitantes, por una economía basada en la agricultura y la ganadería, un estilo de vida donde destaca la pertenencia a colectivos más o menos pequeños y por una identidad influida por la cultura campesina. Además señala que en el medio rural se desempeñan funciones orientadas a la actividad económica, a sus habitantes y a la sociedad en general. Destaca algunas como:

- Es el espacio vital, económico y familiar de muchas personas.
- Tiene cultura propia.

---

<sup>7</sup>[https://www.researchgate.net/publication/262779955\\_Familias\\_Rurales\\_y\\_sus\\_Procesos\\_de\\_Transformacion\\_Estudio\\_de\\_Casos\\_en\\_un\\_Escenario\\_de\\_Ruralidad\\_en\\_Tension](https://www.researchgate.net/publication/262779955_Familias_Rurales_y_sus_Procesos_de_Transformacion_Estudio_de_Casos_en_un_Escenario_de_Ruralidad_en_Tension)

- Ofrece paisajes naturales de reposo y ocio.

En el medio rural, tradicionalmente, los hombres son los que han tenido el rol de trabajadores encargados de llevar el dinero a las casas para sacar a sus familias adelante, mientras que el papel de la mujer ha sido el de ama y señora de la casa encargándose del cuidado y las tareas del hogar. La actividad económica del medio rural se ha basado principalmente en el sector de la agricultura y la ganadería pese a que actualmente han tomado importancia otros sectores como el industrial.

### **Calidad de vida**

La calidad de vida es un concepto que difiere, incluye o excluye factores, dependiendo de la organización que lo defina: las instituciones públicas tienen una definición de calidad de vida mientras que la academia ha tomado otro paradigma. Debido a la dificultad de establecer un consenso respecto a la definición de este término, la finalidad de este artículo es lograr obtener una definición integradora.

### **Perspectiva institucional**

En primera medida, es importante analizar la definición que se da desde las instituciones oficiales que han introducido la calidad de vida dentro de sus proyectos, tales como el Banco Mundial y el Programa de Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU Hábitat).

ONU Hábitat establece que la calidad de vida está directamente relacionada con la sostenibilidad, ya que esta característica es producto de factores monetarios tales

como los ingresos, empleo y equidad, pero también de la disponibilidad de bienes y servicios como el espacio público y centros educativos y hospitalarios; aunado a lo anterior, dentro del marco de la globalización, se contempla también la conectividad a través de vías, el acceso a las tecnologías de la información y la inclusión de género (Velasquez, 2016).

Con el fin de poder canalizar todas estas variables, ONU Hábitat creó un indicador multidimensional para medir la calidad de vida en las zonas urbanas llamado Índice de Prosperidad Urbana, el cual abarca factores de productividad, infraestructura y medio ambiente, este indicador es eficiente desde la perspectiva del creador de política pública, ya que puede medir, no solo el resultado de sus intervenciones, sino el impacto generado por la sinergia de todos sus proyectos.

Por otra parte, la definición de calidad de vida que se abarca desde el Banco Mundial se centra en factores materiales, ya que su definición se encuentra estrictamente relacionada con la pobreza monetaria, por eso, dentro de sus publicaciones, un factor que resalta sobre las variables sociales es la infraestructura.

Según Jordán Schwartz y Eric Lancelot el desarrollo de la infraestructura por parte del Estado ayuda, desde el aspecto social, a una redistribución de la riqueza más eficiente, junto al mejoramiento de estándares de salubridad básicos como lo son la red de transporte público, el servicio de agua corriente, red eléctrica y alcantarillado Sumado a lo anterior, la tesis de Lancelot complementa este argumento

centrándose en la conectividad mediante vías terrestres. Esto se fundamenta en la evaluación de proyectos donde el mejoramiento de las vías ha puesto en el radar del Estado a poblaciones que tenían una alta demanda de servicios de salud, educativos y de salubridad, la cual fue cubierta después de la construcción de carreteras, hubo un aumento en asistencia escolar, mejoramiento de la cadena productiva agrícola y el tránsito de turistas por la zona, lo cual, a groso modo, es un mejoramiento de la calidad de vida (Lancelot, 2015).

### **Perspectiva subjetiva y racional sobre la calidad de vida.**

Dejando a un lado la perspectiva institucional, es momento de estudiar la definición desde la academia, para esto se van a estudiar los argumentos que exponen Amartya Sen y Rubén Ardila, los cuales plantean la calidad de vida desde una aproximación mucho más subjetiva que las instituciones oficiales.

Si bien Amartya Sen no ofrece una definición concisa sobre lo que es la calidad de vida, si menciona que es producto del desarrollo de las capacidades individuales, las cuales son un elemento clave para superar las barreras de la pobreza. Siguiendo su tesis principal, Sen explica que el “desarrollo humano” implica un mejoramiento en la calidad de la educación y la diversidad cultural, todo esto perfeccionando la Teoría del Capital Humano (TCH).

La TCH es el conjunto de capacidades y habilidades intuitivas y motoras vinculadas a la productividad del mercado laboral, las cuales generaran una cadena de valor sobre la población y mejoraran las condiciones de vida de la comunidad ya que la sumatoria de las capacidades individuales de las personas en una comunidad da como resultado una sinergia que mejora la competitividad y las condiciones de la gente. Tanto el desarrollo humano como la TCH se fundamentan en la educación como variable estratégica para la mejoría de la calidad de vida en la población.

Rubén Ardila, por otra parte, busca una definición integradora de calidad de vida mediante un recopilatorio de las teorías de múltiples autores; dentro de su investigación, el autor encuentra que la definición es altamente subjetiva y con ausencia de rigor técnico, no obstante, Quintero con el fin de mejorar la comprensión del termino le otorgó un carácter multidimensional al dividirla entre bienestar material, espiritual y social en un contexto determinado.<sup>8</sup>

### **Condiciones de vida**

(Possas, 1989), precisa que las condiciones de vida están relacionadas a la dimensión espacial de la ocupación del espacio urbano y rural, a la densidad poblacional en las periferias urbanas, a las condiciones de alimentación, habitación saneamiento, transporte y medio ambiente, entre otros. Así mismo hace referencia

---

<sup>8</sup> <https://librepensador.uexternado.edu.co/calidad-de-vida-un-concepto-mas-complejo-de-lo-que-parece/>  
<https://www.jstor.org/stable/23766074?seq=1>

a la diferencia entre condiciones de vida que como se aprecia son relativas a las condiciones materiales para la subsistencia, y los estilos de vida son referidos a las formas sociales y culturalmente determinadas de vida. Ambas dimensiones son condiciones de existencia que caracterizan el modo de vida que es la categoría más general que abarca las condiciones básicas de subsistencia y aspectos de comportamiento de la naturaleza socio-cultural de los individuos.

En este sentido resulta interesante que los autores citados, articulan las condiciones de vida, estilos de vida, modo de vida y condiciones de existencia como un todo, pero no delimitan o precisan cómo cada una de ellas influye en el proceso de salud/enfermedad colectiva dentro del análisis epidemiológico que hacen referencia. Es menester resaltar que la calidad y la condición de vida de los individuos son conceptos que por sí mismos no definen o determinan con precisión el proceso de salud/enfermedad colectivo; es necesario articularlos con otras categorías (que no serán revisadas en este trabajo) como la reproducción social, la clase social, la desigualdad y la pobreza que ayudan a entenderlos, y que permiten abordar los procesos de salud/enfermedad desde una visión que va más allá de la medicina positivista o biologicista.

En el caso de la salud pública y la epidemiología, éstas pretenden explicar que determinadas condiciones y calidad de vida tienen por sí mismas un peso sobre la salud o la enfermedad de las sociedades, así como, prestan apoyo para analizar algunas de las investigaciones realizadas en el campo de las ciencias sociales.

Es preciso señalar que las investigaciones en torno a los problemas relativos a la calidad y condición de vida, como determinantes de la salud/enfermedad colectiva vistos desde las ciencias sociales sigue en construcción tanto teórica como metodológicamente. estoy convencido de que la antropología médica, tomando el ejemplo desarrollado por la medicina social, la salud pública o la epidemiología, puede hacer aportes para la comprensión de los procesos de salud/enfermedad colectivos indispensables para la obtención de un estado de salud universal, ya que, el estudio y análisis del proceso colectivo de salud/enfermedad, no está solo en la construcción teórica-metodológica que los autores plantean, sino en que para analizar el objeto de estudio -la determinación de la salud/enfermedad a través de la calidad y condiciones de vida- se viaja a través de una red interminable de teorías, de conceptos y categorías sociales; tampoco la dificultad no está en explicar la determinación de la salud/enfermedad de manera teórica a través del paso de lo biológico a lo social, sino como operacionalizarlas, es decir, como llevar dichas teorías a la realidad y con resultados factibles.

Toda la teorización y sus variables para diagnosticar y determinar los procesos colectivos de salud/enfermedad en un mundo donde la injusticia social es preeminente, el desarrollo de la antropología médica como parte de las ciencias médicas, podrá contribuir a definir mejor los marcos referenciales sobre los cuales



la sociedad moderna conquistará mejores niveles, condiciones, calidad y estilos de vida y, por ende, de salud.<sup>9</sup>

## **Comunidad**

Ezequiel Ander-Egg, en su conocido texto Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad (2005), habla a fondo sobre ¿Qué es el desarrollo de la comunidad?

Señala que el ámbito operativo del desarrollo de la comunidad –como lo indica la misma expresión- es la comunidad. No cualquier comunidad, sino aquella o aquellas sobre las cuales y con las cuales se quiere llevar a cabo un programa con el fin de atender a sus necesidades y problemas, lograr su desarrollo y mejorar su calidad de vida (p.25).

Así, detengámonos en este polémico concepto de comunidad. Al respecto, Ander-Egg comenta:

El término “comunidad” es uno de los conceptos más utilizados en las ciencias sociales. Pero, como ocurre con otras palabras que tienen amplio uso dentro de estas disciplinas, se trata de un vocablo dotado de extensa polisemia, es decir, hace

---

<sup>9</sup> [https://www.ugr.es/~pwlac/G26\\_47JoseCarlos\\_Benitez\\_Ampudia.html](https://www.ugr.es/~pwlac/G26_47JoseCarlos_Benitez_Ampudia.html)

referencia a realidades muy diversas. Esta multiplicidad de significados no se da sólo en el lenguaje científico, sino también en el lenguaje corriente.

En su acepción originaria, el término “comunidad” hace referencia a un ámbito espacial de dimensiones relativamente reducidas, en el que existía una compenetración y relación particular entre territorio y colectividad. En un sentido lato, la palabra denota la cualidad de “común”, o bien la posesión de alguna cosa en común. Alude, pues, a lo que no es privativo de uno solo, sino que pertenece o se extiende a varios.

A veces, el término se utiliza para designar un pequeño grupo de personas que viven juntas con algún propósito común; también se puede hablar de comunidad aludiendo a un barrio, pueblo, aldea, o municipio. En otras ocasiones se aplica a un área más amplia: comarca, provincia, región, nación, continente, hasta llegar al conjunto de la humanidad. La palabra sirve para designar algún aspecto de esas realidades, que son muy diferentes en cuanto a la amplitud espacial de “aquello” que designan. Sin embargo, hay que suponer que en todas esas realidades deben existir algunos rasgos o características, por las que puede denominar con este vocablo. (Ander-Egg, 2005).

El autor concluye que “una comunidad es una agrupación o conjunto de personas que habitan un espacio geográfico delimitado y delimitable, cuyos miembros tienen conciencia de pertenencia o identificación con algún símbolo local y que interaccionan entre sí más intensamente que en otro contexto, operando redes de comunicación, intereses y apoyo mutuo, con el propósito de alcanzar determinados objetivos, satisfacer necesidades, resolver problemas o desempeñar funciones sociales a nivel local”. (Ander-Egg, 2005:34).

Robertis y Pascal (2007) expresan que según la definición de diccionario el término comunidad se refiere al carácter de lo que es común...similitud, identidad...reunión de personas que viven juntas, que tienen intereses comunes. En otras palabras, comunidad = común unidad.

El concepto de “comunidad” ha sido utilizado con dos significaciones: una es la definición de un espacio delimitado donde existe una organización de vida social parcial (barrio, aldea); la otra hace referencia a la calidad de las relaciones que se entretienen entre las personas y los grupos-esta significación espacial y cualitativa vuelve impreciso el término comunidad.<sup>10</sup>

## **Derechos Humanos**

---

<sup>10</sup> [https://www.eumed.net/libros-gratis/2011d/1046/concepto\\_comunidad.html](https://www.eumed.net/libros-gratis/2011d/1046/concepto_comunidad.html)

Los Derechos Humanos son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona.

Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional, en nuestra Constitución Política, tratados internacionales y las leyes. Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles.

Los derechos humanos universales están a menudo contemplados en la ley y garantizados por ella, a través de los tratados, el derecho internacional consuetudinario, los principios generales y otras fuentes del derecho internacional. El derecho internacional de los derechos humanos establece las obligaciones que tienen los gobiernos de tomar medidas en determinadas situaciones, o de abstenerse de actuar de determinada forma en otras, a fin de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o grupos.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos>

## **Declaración de los Derechos de las Personas con Discapacidad**

"... Especial atención a la no-discriminación y al disfrute, en igualdad de condiciones, por parte de los discapacitados de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, incluida su participación activa en todos los aspectos de la sociedad... La Conferencia... reafirma que todos los derechos humanos y las libertades fundamentales son universales, por lo que comprenden sin reservas a las personas con discapacidades.

Todas las personas nacen iguales y tienen el mismo derecho a la vida y al bienestar, a la educación y al trabajo....vivir independientemente y a la participación activa en todos los aspectos de la sociedad...cualquier discriminación directa u otro trato discriminatorio negativo de una persona discapacitada es una violación de sus derechos. La Conferencia pide a los gobiernos que, cuando sea necesario, adopten leyes o modifiquen su legislación para garantizar el acceso a estos y otros derechos de las personas discapacitadas.

El lugar de las personas discapacitadas está en todas partes. A las personas con discapacidades debe garantizárseles la igualdad de oportunidades mediante la supresión de todos los obstáculos determinados socialmente, ya sean físicos, económicos, sociales o psicológicos, que excluyan o restrinjan su plena participación en la sociedad..."<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> <https://www.pdhre.org/rights/disabled-sp.html>

## **Naciones Unidas**

En el marco jurídico internacional, las Naciones Unidas han desarrollado, prácticamente desde sus inicios, una importante labor para el reconocimiento y promoción de los derechos de las personas con discapacidad. En ese sentido, cabe destacar el liderazgo que la Organización ha ejercido en la regulación internacional de estos derechos, cuyo impulso ha servido de estímulo a los Estados y a otras organizaciones internacionales para ofrecer una respuesta jurídica a la realidad de la discapacidad. No obstante, los esfuerzos que históricamente han realizado las Naciones Unidas son de muy variada naturaleza, pues abarcan desde las medidas de carácter meramente asistencial hasta las más modernas tendencias, que conciben la discapacidad como cuestión de derechos humanos.

Esta evolución en el tratamiento jurídico de la discapacidad ha alcanzado su punto culminante con la reciente adopción y entrada en vigor de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Tras una breve introducción histórica, en el presente capítulo se analizan los principales instrumentos normativos, tanto de naturaleza vinculante como recomendatoria, que Naciones Unidas ha adoptado con la finalidad de reconocer o reafirmar los derechos humanos de las personas con discapacidad, así como las principales medidas de promoción de los mismos.

Por su trascendencia tanto en el ámbito general de los derechos humanos como en la esfera concreta de la discapacidad, así como por su novedad, la Convención

sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es objeto de una especial atención.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r31004.pdf>

## **MARCO LEGAL**

En el ámbito del Derecho colombiano, la Constitución de 1991 brindó una protección efectiva a las poblaciones vulnerables y, entre ellas, a las personas con discapacidad, partiendo del concepto de dignidad humana, pasando por el análisis transversal de los derechos en sus tres generaciones. La participación y gestión de los representantes de las personas con discapacidad en la Constituyente de 1991, permitió incluir los artículos 13, 42, 47, 54 y 68 en la Constitución Política de Colombia.

No obstante, la cantidad de normas con las que se ha pretendido establecer los principios para la autonomía e igualdad de oportunidades, es todavía incipiente el desarrollo en la práctica. Además, se necesitan ajustes en algunos aspectos normativos relacionados con pensiones no contributivas por discapacidad, desarrollo de servicios sociales, prestaciones técnicas, normas específicas en materia de prevención y rehabilitación funcional, integración educativa y eliminación de la discriminación por razón de discapacidad.

**LEY 1618 DE 2013 Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.**



**Artículo 2. Definiciones.** Para efectos de la presente ley, se definen los siguientes conceptos:

**1. Personas con y/o en situación de discapacidad:** Aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

**2. Inclusión social:** Es un proceso que asegura que todas las personas tengan las mismas oportunidades, y la posibilidad real y efectiva de acceder, participar, relacionarse y disfrutar de un bien, servicio o ambiente, junto con los demás ciudadanos, sin ninguna limitación o restricción por motivo de discapacidad, mediante acciones concretas que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

**3. Acciones afirmativas:** Políticas, medidas o acciones dirigidas a favorecer a personas o grupos con algún tipo de discapacidad, con el fin de eliminar o reducir las desigualdades y barreras de tipo actitudinal, social, cultural o económico que los afectan.

**4. Acceso y accesibilidad:** Condiciones y medidas pertinentes que deben cumplir las instalaciones y los servicios de información para adaptar el entorno, productos y servicios, así como los objetos, herramientas y utensilios, con el fin de asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, tanto en zonas urbanas como rurales. Las ayudas técnicas se harán con tecnología apropiada teniendo en cuenta estatura, tamaño, peso y necesidad de la persona.

**5. Barreras:** Cualquier tipo de obstáculo que impida el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con algún tipo de discapacidad. Estas pueden ser:

**a) Actitudinales:** Aquellas conductas, palabras, frases, sentimientos, preconcepciones, estigmas, que impiden u obstaculizan el acceso en condiciones de igualdad de las personas con y/o en situación de discapacidad a los espacios, objetos, servicios y en general a las posibilidades que ofrece la sociedad;

**b) Comunicativas:** Aquellos obstáculos que impiden o dificultan el acceso a la información, a la consulta, al conocimiento y en general, el desarrollo en condiciones de igualdad del proceso comunicativo de las personas con

discapacidad a través de cualquier medio o modo de comunicación, incluidas las dificultades en la interacción comunicativa de las personas.

**c) Físicas:** Aquellos obstáculos materiales, tangibles o contruidos que impiden o dificultan el acceso y el uso de espacios, objetos y servicios de carácter público y privado, en condiciones de igualdad por parte de las personas con discapacidad.

**6. Rehabilitación funcional:** Proceso de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes.

**7. Rehabilitación integral:** Mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, a través de procesos terapéuticos, educativos y formativos que se brindan acorde al tipo de discapacidad.

**8. Enfoque diferencial:** Es la inclusión en las políticas públicas de medidas efectivas para asegurar que se adelanten acciones ajustadas a las características particulares de las personas o grupos poblacionales, tendientes a garantizar el

ejercicio efectivo de sus derechos acorde con necesidades de protección propias y específicas.

**9. Redes nacionales y regionales de y para personas con discapacidad:** Son estructuras sin personería jurídica, que agrupan las organizaciones de y para personas con discapacidad, que apoyan la implementación de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

**Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas.** Colombia adopta mediante Ley 1346 de 2009 la Convención de Naciones Unidas promulgada por la Asamblea de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, la cual reafirma la responsabilidad del Estado de establecer mecanismos y sistemas de garantía del ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, sin discriminación por motivo de su condición. El artículo 27º establece que los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con los demás.

**Ley Estatutaria No. 1618 de febrero 2013.** Se garantiza y asegura el ejercicio efectivo de los derechos de las personas en situación de discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acciones afirmativas y ajustes razonables, eliminando toda forma de discriminación a las personas por razón de su

discapacidad, lo cual requiere reglamentación, programas y acciones tendientes a garantizar los derechos, beneficios y obligaciones laborales de las personas con discapacidad.

**Ley No. 361 de 1997.** Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con Discapacidad, y de manera especial el Capítulo IV del Título Segundo sobre la integración laboral de las personas con discapacidad.

**Decreto 2011 del 30 de noviembre de 2017.** El cual establece el porcentaje de vinculación laboral de personas con discapacidad en las entidades del sector público, y se aplica a los órganos, organismos y entidades del Estado en sus tres ramas del poder público, a nivel nacional, departamental, distrital y municipal, en los sectores central y descentralizado y a los órganos autónomos e independientes.

**Decreto 2177 del 22 de diciembre de 2017.** Por el cual se crea el Consejo para la Inclusión de la Discapacidad y se dictan disposiciones relacionadas con su funcionamiento” y cuyo objeto es coordinar las acciones que el sector privado adelante para coadyuvar al ejercicio de los derechos y la inclusión social, laboral y productiva de las personas con discapacidad, orientadas al desarrollo de las capacidades a través de la formación para el trabajo, la producción y el empleo de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores.

**Decreto 392 del 26 de febrero de 2018.** Por el cual se establecen incentivos en los procesos de contratación a las empresas que tengan vinculadas personas con discapacidad. En los procesos de licitación pública y concurso de méritos, para incentivar el sistema de preferencias a favor de las personas con discapacidad, las entidades estatales deberán otorgar el (1 %) del total de los puntos establecidos en el pliego de condiciones, a los proponentes que acrediten la vinculación de trabajadores con discapacidad en su planta de personal.<sup>14</sup>

**Artículo 5°.** Garantía del ejercicio efectivo de todos los derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión. Las entidades públicas del orden nacional, departamental, municipal, distrital y local, en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad, son responsables de la inclusión real y efectiva de las personas con discapacidad, debiendo asegurar que todas las políticas, planes y programas, garanticen el ejercicio total y efectivo de sus derechos, de conformidad con el artículo 3° literal c), de Ley 1346 de 2009. Para tal fin, las autoridades públicas deberán, entre otras, implementar las siguientes acciones:

1. Adoptar las medidas necesarias para dar cumplimiento a las obligaciones adquiridas, según el artículo 4° de la Ley 1346 de 2009.

---

<sup>14</sup><https://www.mintrabajo.gov.co/relaciones-laborales/derechos-fundamentales-del-trabajo/inclusion-laboral-de-personas-con-discapacidad>

2. La Nación, los departamentos, distritos, municipios y localidades, de acuerdo con sus competencias, así como todas las entidades estatales de todos los órdenes territoriales, incorporarán en sus planes de desarrollo tanto nacionales como territoriales, así como en los respectivos sectoriales e institucionales, su respectiva política pública de discapacidad, con base en la Ley 1145 de 2007, con el fin de garantizar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, y así mismo, garantizar el acceso real y efectivo de las personas con discapacidad y sus familias a los diferentes servicios sociales que se ofrecen al resto de ciudadanos.

3. Asegurar que, en el diseño, ejecución, seguimiento, monitoreo y evaluación de sus planes, programas y proyectos se incluya un enfoque diferencial que permita garantizar que las personas con discapacidad se beneficien en igualdad de condiciones y en términos de equidad con las demás personas del respectivo plan, programa o proyecto.

4. Incorporar en su presupuesto y planes de inversiones, los recursos necesarios destinados para implementar los ajustes razonables que se requieran para que las personas con discapacidad puedan acceder a un determinado bien o servicio social, y publicar esta información para consulta de los ciudadanos.

5. Implementar mecanismos para mantener actualizado el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, integrados en el sistema de información de la protección social, administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=52081#0>



## MARCO TEÓRICO

### La familia desde un enfoque sistémico ecológico

Tomando como referencia el artículo: “El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia”, se considera a la familia como: “aquél sistema o conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”. De igual forma, se considera que al ser la familia el primer sistema en el que el ser humano se relaciona y mediante el cual se generan los primeros vínculos con el entorno social, es necesario el abordaje del concepto de familia a través del modelo Sistémico ecológico de Bronfenbrenner, el cual, la reconoce como “el microsistema más importante porque configura la vida de una persona durante muchos años”. Estas relaciones que se presentan al interior de dicho núcleo, reciben por tanto influencia de contextos aledaños de forma directa e independiente de su participación inmediata, a esto se le es llamado exosistema.

Por otra parte, la familia logra establecer relación con otros microsistemas con los cuales se presenta un intercambio directo en las dinámicas que logran influenciar de forma recíproca la participación de uno o varios miembros del sistema en los diferentes ámbitos, ejemplo de ello son la influencia de las dificultades familiares en el desempeño escolar de los hijos. A este sistema se le conoce como mesosistema, y pueden éstos convertirse en factores de barrera o apoyo para las familias.

Por último se debe tener en cuenta el macrosistema como aquel conjunto de valores culturales, ideologías, creencias y políticas que dan forma a las organizaciones sociales y que si bien no condicionan, si influyen en las relaciones que el sistema familiar llevará a cabo con el entorno social en el cual participa, debiendo conducir su actuación por una serie de normas y demandas establecidas socialmente.

Considerar el Modelo Sistémico Ecológico como referente conceptual de esta investigación, permitió considerar a la familia como aquella totalidad que va más allá de la suma de sus partes, construida mediante valores, reglas y creencias compartidas, y que se inserta dentro de una red social más amplia, para lograr el desarrollo de cada uno de sus miembros y la participación efectiva a nivel social.<sup>16</sup>

### **Familia y discapacidad: intervención en crisis desde el modelo ecológico**

Es considerable la evidencia empírica sobre el impacto que tiene la discapacidad en la familia y su consecuente adaptación. Desde hace mucho tiempo ha existido la tendencia de los investigadores a realizar atribuciones generales caracterizando a las familias que tienen uno de sus miembros con una discapacidad como mal adaptadas y patológicas. Quizá como consecuencia de esto existe una grande y generalizada evaluación negativa de la adaptación de la familia con uno de sus miembros con discapacidad (Brenner, 2001) desconociéndose que la condición de discapacidad es particular de cada persona en relación con las variables del

---

<sup>16</sup> <https://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>

contexto, y que cada familia reúne una serie de características que la hacen única y diferente en comparación con las demás, de tal forma, que resulta imposible abordar su adaptación en un sentido amplio e ilimitado.

No obstante, existe un acuerdo en que los padres de los niños con una enfermedad crónica o una discapacidad encuentran numerosas y diversas demandas en el cuidado y crianza de su hijo. La condición crónica es estresante para todos los miembros del sistema familiar, tiene un impacto directo o indirecto sobre dicho sistema y requiere diversas respuestas de todos los miembros de la familia para afrontar la situación (Hentinen, 1998).

La investigación en el marco del desarrollo ecológico ha identificado un número de características que pueden afectar adversamente el desarrollo de la persona en condición de discapacidad convirtiéndose además en factores estresantes para la familia. Entre ellas están, la disponibilidad de apoyo social y recursos financieros, la calidad de la relación marital y la salud mental materna (Guralnick, 1998).

Sin embargo, los resultados en este sentido son contradictorios, por ejemplo, MagillEvans, Kratochvil (2001) desarrollaron un estudio para comparar las familias de adolescentes y adultos jóvenes con parálisis cerebral, con familias de adolescentes y adultos jóvenes sin discapacidad, y encontraron que las familias en este estudio demostraron similares puntuaciones en el funcionamiento familiar, la satisfacción con la vida, y el apoyo social percibido. Si bien el concepto de

adaptación es difícil de operacionalizar y de medir, Hentinen (1998) la definieron como el grado en que los padres se enfrentan psicológica, social y fisiológicamente con la condición crónica o la discapacidad de su hijo.

A pesar que no está claro qué requiere de los padres el afrontar una enfermedad crónica en su hijo como una condición, y cómo ésta afecta a la familia y los miembros de la familia, los factores de riesgo para la adaptación incluyen la gravedad de la discapacidad y el estatus psicológico del niño, entretanto los factores protectores corresponden con los patrones de afrontamiento y el ambiente familiar (Hentinen, 1998). De otra parte, los factores demográficos como la edad y el sexo de la persona con discapacidad, la edad y el nivel educativo de los padres, y el tamaño y los ingresos de la familia, han arrojado resultados diversos y en ocasiones contradictorios.

Por ejemplo, (Smith,2000) concluyeron que la edad de la persona con discapacidad, la gravedad de la discapacidad, el nivel educativo de los padres y el estatus socioeconómico de la familia, podían predecir niveles de estrés y el uso eficaz o no, de estrategias de afrontamiento, mientras que Córdoba, Verdugo y Gómez (2006) identificaron que, ni las variables sociodemográficas de la persona con discapacidad y de los padres (edad y nivel educativo), ni de la familia (estrato socioeconómico y tipo de familia), ni la gravedad de la discapacidad, influían en la calidad de vida de la familia. En cuanto al ambiente familiar, la relación entre la madre y el padre es

muy importante, y un hijo con una condición crónica o una discapacidad puede causar una tensión en dicha relación.

Por ejemplo, se ha observado que la madre tiende a desplazar o atenuar la importancia del cumplimiento de la responsabilidad y función como cónyuge debido a que dedica sus mejores esfuerzos al cuidado de su hijo con discapacidad (Guerrero, 2000). Pero en otros casos, el niño con una enfermedad crónica o una discapacidad puede mejorar la relación (Córdoba, 2003).

Otro factor relevante en la adaptación de la familia a la discapacidad es el apoyo social. Según Hentinen y Kyngäs (1998) el apoyo se ha definido como los recursos que las personas obtienen de los demás, y puede dividirse en emocional, instrumental, informal y de evaluación. El apoyo es importante entre los miembros de la familia, pero también de las personas externas a ella. El apoyo a través de las relaciones con otros padres que están en la misma situación puede ser importante para los padres que están cuidando a sus hijos con una condición crónica.

La evidencia sugiere que los programas «padre a padre» promueven una adaptación cognitiva positiva (Turnbull, 2001). También se ha visto que el apoyo desde los profesionales de la salud es un factor importante en el proceso de adaptación (Córdoba, 2007). De la misma forma, se ha observado en el proceso de adaptación de la familia, que los cambios en las rutinas de la vida diaria son necesarios para proveer cuidado a la persona en condición de discapacidad. Se ha

descubierto que dichos cambios tienen efectos significativos sobre el funcionamiento de la familia (Córdoba 2001).

La articulación de los conceptos familia y discapacidad en la actualidad está mediada por el contexto social en que los miembros de dichas familias se encuentran inmersos, de tal forma que la representación que cada familia tiene de la discapacidad, si bien, depende en buena medida de las características propias del grupo familiar, también refleja en algún grado el contexto de las actitudes sociales y la realidad histórica dentro de la cual dicha representación emerge (David, 1994). Del mismo modo, se hace necesario replantear el concepto de la familia tradicional, conformada por padres e hijos, para dar paso a un sistema familiar en el que interactúan diferentes actores que no necesariamente tienen vínculos de sangre o legales entre sí, pero a los que en cambio los unen lazos mucho más fuertes como el afecto, la solidaridad, la tolerancia y el respeto mutuo.

Esta transformación en la estructura familiar, de acuerdo con David (1994), se debe en gran medida a los cambios en los roles de género en la sociedad, los cuales también han influenciado los roles estereotipados asumidos por los miembros de la familia (madres, padres, hermanos, etc.). Dicho cambio ha permitido también el reconocimiento de la importancia de que la familia se encuentra dentro de su propio curso de vida (Turnbull, 2001), por cuanto las fases del desarrollo de la familia, inevitablemente influyen en la forma como los miembros del grupo familiar perciben y afrontan una fuente potencial y específica de estrés. Por esta razón, los estudios

que siguen a la familia a través del ciclo vital abren un espacio para aprender más acerca de por qué algunas familias son más resistentes que otras y cómo ellas extienden el afrontamiento de la discapacidad a través del tiempo.

Todas estas influencias indican que la concepción tradicional de familia ya no está totalmente validada, y por tanto, los profesionales que trabajan con ellas deben sumarse a esta concepción ampliada. Particularmente, cuando uno de los miembros de la familia tiene una discapacidad, la necesidad de que esta familia se convierta en una efectiva estructura social llega a ser a menudo más importante.

Esto implica un replanteamiento de la actitud de los profesionales que trabajan en discapacidad, para favorecer una participación mucho más activa y efectiva de las familias tanto en la evaluación como en la intervención, de tal forma, que la relación que se construya entre los profesionales, la familia y viceversa, sea de trabajo en equipo, en el que las familias participen totalmente y en igualdad de condiciones, en la toma de decisiones.

(Carpenter, 1998). Plantea el modelo de los servicios centrados en la familia, que aunque no es una panacea, ni podrá traer calidad a los servicios instantáneamente, si conseguirá reposicionar a la familia en el corazón de la entrega de esos servicios, como la mayor fuente de información y de conocimiento acerca de la persona con discapacidad.

En la misma línea, se ha señalado que las intervenciones centradas en la familia parecen ser necesarias para ayudar a las familias de personas con discapacidad a adaptarse a los retos a los que se enfrentan (Weisz y Tomkins, 1996). Los proponentes de los servicios centrados en la familia para personas con discapacidad se apoyan básicamente en la promoción de un funcionamiento familiar positivo (Dunst, Trivett y Deal, 1994).<sup>17</sup>

### **La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación**

En los últimos años la atención en rehabilitación a las personas con discapacidad se ha contextualizado en un concepto integrador de las actuaciones sociales dirigido a garantizar la igualdad de oportunidades a estas personas, en el contexto social y en el de los enfoques que dan prioridad al desarrollo personal y la aparición de nuevos escenarios de intervención. Para entender que la discapacidad es una circunstancia social es preciso partir del conocimiento real y del manejo de los marcos conceptuales.

Desde esta perspectiva, se ha venido presentando una evolución significativa en la manera en que la sociedad se relaciona con las personas con discapacidad, fundamentada en una posición transformadora constituida por las posibilidades de

---

<sup>17</sup> [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/12.Cordoba\\_15-3oa-1.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/12.Cordoba_15-3oa-1.pdf)



vida digna y equitativa desde la inclusión, el apoyo, la autodeterminación y las capacidades para desarrollarse como personas autosuficientes.

Así, el planteamiento de una nueva cultura de la discapacidad parte de la interacción entre la persona y el ambiente donde vive, y se apoya fundamentalmente en la concepción de la propia capacidad del individuo, en sus destrezas personales, en la posibilidad de desarrollar actividades de manera independiente, partiendo de sus intereses y de la capacidad de elegir. Por esto, la meta de cualquier proceso de rehabilitación integral debe ser la inclusión social, y no sólo la rehabilitación médico funcional.

Esta inclusión social, como meta del proceso de rehabilitación, incluye el acceso de las personas con discapacidad a todos los servicios y recursos existentes en la comunidad, centrándose en las necesidades y los deseos individuales, pues esto lleva a un verdadero proceso de integración que es la única vía hacia la normalización que es parte fundamental en el desarrollo de la sociedad.

Al analizar la discapacidad como fenómeno cultural aparecen diferentes modelos que, de una u otra forma, han constituido un marco conceptual sobre lo que hoy se entiende por situación de discapacidad. En los párrafos siguientes se analizarán algunos modelos de rehabilitación que han existido a través del tiempo.

En Colombia, hasta hace aproximadamente 30 años, la rehabilitación de las personas con discapacidad se llevaba a cabo en centros hospitalarios, en centros de rehabilitación, asilos para enfermos mentales y en centros para atender necesidades educativas especiales. Este tipo de tratamiento ocasionaba lo que se conoce con el nombre de hospitalismo, es decir, una gran dependencia de las personas y las familias a estos servicios, donde se sentían protegidos de la discriminación y de las barreras arquitectónicas y sociales, limitando su posibilidad de adaptación a la discapacidad y a su posterior reinserción social.

### **El modelo médico**

El modelo médico considera que la discapacidad es un comportamiento anormal del individuo, el síntoma o la manifestación externa de una alteración de su organismo. Esta visión médica juzga todas las afecciones de la condición de la salud como una enfermedad, donde se persigue una idea abstracta de salud, es decir, que la persona con discapacidad se considera como enferma permanente, en espera de una cura que en la mayoría de los casos es improbable.

Aquí la discapacidad es vista como un problema del individuo, pues es él quien presenta una anomalía física, sensorial o mental, lo que hace que su deficiencia y su falta de destreza sean el origen de sus dificultades, las mismas que hacen

necesaria la rehabilitación centrada en el sujeto como paciente, quien requiere intervención médica individualizada, que debe ser dada por un profesional de la salud.

Uno de los componentes más significativos y negativos de este modelo médico tradicional es que la persona tiende a asumir y aceptar un rol de enfermo sin tener en cuenta sus derechos, pero tampoco sus deberes en los contextos cercanos familia, comunidad, trabajo, etc., por lo que se transforma en un individuo pasivo que ve el proceso de la rehabilitación como responsabilidad del personal de salud.

Otro de los componentes negativos y que puede sesgar el modelo es la percepción de la persona con discapacidad sobre su situación, al tener una percepción de él como enfermo o minusválido, y los factores sociales que no forman parte de este modelo. La atención en salud es considerada como una cuestión primordial. Este modelo se caracteriza porque existe una relación estricta de médico-paciente.

Finalmente, está la creación de servicios especiales como la solución de los problemas, abriendo espacios de atención social y rehabilitación aislados como hospitales psiquiátricos, centros de educación especial, talleres protegidos, entre otros.

## **El modelo biopsicosocial**

Es una integración de los componentes del modelo médico y del modelo social; este último ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no exclusivamente como una característica de la persona. Se enfatiza en la importancia de la expresión y la participación plena en todos los contextos ambientales capaces de influir positiva o negativamente sobre la persona con discapacidad y, por tanto, su manejo requiere de la participación de otros.

Es así como se da paso al modelo biopsicosocial, donde el ser humano es el eje central, y que toma los elementos biológicos, psicológicos y las condiciones sociales. Ve la discapacidad como una deficiencia del individuo en actividades personales y en participación social.

Este modelo aborda la discapacidad principalmente como un problema del sujeto desde diferentes dimensiones, aproximándose a un concepto integrador. Sin embargo, algunos de los aspectos discutidos en este modelo son la fragmentación de los aspectos psicológicos, biológicos y sociales, así como la falta de integración de estos aspectos con elementos ambientales y sociales.

## **Modelo de rehabilitación basado en la comunidad**

El problema de la discapacidad no está limitado únicamente a la persona, involucra también a la familia, a la comunidad, a la sociedad y a la cultura en general. Este concepto, y la falta de oportunidades de las personas con escasos recursos económicos para acceder a programas de rehabilitación formal, dieron origen a la rehabilitación basada en la comunidad (1998) (5), como una metodología de trabajo que permite integrar de manera coordinada los diferentes actores sociales (personas con discapacidad, familia, escuela, empleadores, Estado y sociedad civil) en la búsqueda de alternativas orientadas a la integración social de las personas con discapacidad, a través de la participación activa de la sociedad y tomando en cuenta los recursos existentes.

El concepto de rehabilitación basada en la comunidad debe interpretarse como un enfoque extenso que abarca desde la prevención de la discapacidad y la rehabilitación en la atención primaria, hasta la inserción de niños con discapacidad en centros escolares normales, y la posibilidad de desarrollar actividades económicas lucrativas en el caso de las personas adultas con alguna discapacidad. Es una alternativa para brindar atención integral, aprovechando los recursos personales, comunitarios y del Estado.

Según la Organización Internacional del Trabajo (6), la rehabilitación basada en la comunidad debe considerarse ante todo como un programa que pertenece a la

comunidad representada por el gobierno o autoridades locales, debiendo formar parte constitutiva de la política social, educativa y sanitaria en todos los ámbitos, pero sobre todo en el más descentralizado del sector público. Esta metodología ha sido utilizada ampliamente y con resultados positivos en diferentes países latinoamericanos como México, Bolivia, Nicaragua, El Salvador y Colombia.

Dentro de estas experiencias citaremos algunas como ejemplo. En Latinoamérica Bolivia ha sido uno de los países pioneros en rehabilitación basada en la comunidad (RBC). El Programa RIC (7), Rehabilitación Integral en la Comunidad Boliviana, inicia su desarrollo en 1995; este proyecto describe el contexto socioeconómico de Bolivia, el análisis de la situación en que se encuentra el problema de la discapacidad, y propone el cambio de la orientación institucional hacia un enfoque integral en el tratamiento del tema.

La formulación de este proyecto es fruto de un trabajo de grupo de discapacitados, grupos regionales, organizaciones no gubernamentales (ONG) y representantes del gobierno y la comunidad. El proyecto de Rehabilitación Integral en la Comunidad tiene carácter experimental interdepartamental, con el fin de hacer un proyecto nacional, pues su contenido está dirigido a involucrar, coordinar y reformar el modelo nacional de atención a la discapacidad.

La participación coordinada del sector estatal, las organizaciones no gubernamentales, las personas con discapacidad, los padres de familia y las comunidades, desde la generación del proyecto, y su actuación directa en la implementación y evaluación del mismo, constituyen el eje organizativo articulador que garantiza la factibilidad y viabilidad del proyecto.

En Colombia tiene un gran reconocimiento el programa de rehabilitación con participación comunitaria de Antioquia , que funciona en cien municipios desde 1998; este proyecto ha implementado un modelo educativo y formativo cuya finalidad es brindar a las comunidades más vulnerables de los municipios de Colombia herramientas teóricas y prácticas que les permitan transformar su realidad y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, para asumir con responsabilidad sus propios procesos de rehabilitación. Para lograr este propósito enfoca su trabajo en la formación de agentes de cambio comunitarios quienes lideran el proceso de rehabilitación de las diferentes comunidades, por medio del aprovechamiento de los recursos propios de cada comunidad, y utilizando metodologías participativas en el campo de la rehabilitación.

En el Valle del Cauca, a través de la Corporación Regional de Rehabilitación, que desarrolló un programa en la costa pacífica, se desarrolló el programa piloto de rehabilitación basada en la comunidad (2000) (9). El objetivo principal del proyecto era trabajar en la prevención primaria, secundaria y terciaria de las discapacidades

como mecanismo para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Como actividades del proceso se realizaron charlas y talleres de sensibilización y prevención de la discapacidad dirigidos a la comunidad en general; también se realizó la capacitación de promotores de salud que pertenecen a estas comunidades, los cuales adelantaron el trabajo de detección y registro de casos los cuales eran remitidos a los respectivos especialistas, y son los encargados de realizar el acompañamiento, mediante visitas domiciliarias a los procesos de rehabilitación diseñados en cada caso.

Asimismo, en el departamento del Guainía se creó el Proyecto Apoyo al Fortalecimiento de la Asociación de Discapacitados y Familiares del Guainía (Asodifa). El objetivo de la Asociación es lograr en la población discapacitada y organizada del municipio de Inírida la iniciación y puesta en marcha de un proceso de desarrollo propio que permita incrementar sus posibilidades de acceso a servicios y oportunidades, a través de la capacitación, asesoría y acompañamiento de Asodifa de manera que logre incidir en los procesos políticos y económicos del departamento.



Estas experiencias demuestran resultados positivos cuando la comunidad se apropia de ellas, y no dependen para su realización de las políticas de los gobiernos municipales y departamentales.

Finalmente, se recomienda que el enfoque de un programa de rehabilitación basada en comunidad, debe salirse del modelo médico: diagnóstico-prescripción, para pensar más bien en un modelo de integración que comprenda la readaptación profesional, la reinserción laboral y la adaptación a la comunidad, por esto la propuesta es más bien hacia un programa de integración comunitaria.

### El modelo ecológico

Hoy en día se ha dado paso a una visión todavía más amplia, holística, para el abordaje de la problemática de la discapacidad, con el ánimo de mejorar la calidad de vida de esta población, fundamentada en que las experiencias de los seres humanos son únicas e individuales, y se relacionan básicamente con la percepción que tienen del ambiente, con el conocimiento aprendido en vivencias anteriores, con sus sentimientos, costumbres y tradiciones.

Los modelos ecológicos son ampliamente reconocidos en el trabajo desarrollado por Bronfenbrenner (1987) (12), quien ha realizado grandes aportaciones en el campo de la psicología evolutiva y que resultan aplicables a la discapacidad. En los párrafos siguientes se analizará el modelo expuesto por este autor, que es el modelo de rehabilitación integral que enmarca todos los componentes necesarios para lograr integrar el nuevo concepto de la discapacidad y el verdadero significado de la calidad de vida, lo que brinda un sentido de referencia y orientación desde una perspectiva individual, principio primordial para mejorar el bienestar de la persona en situación de discapacidad.

### **El modelo ecológico**

Está constituido por cuatro componentes: proceso, contexto, tiempo y persona. Dicho modelo plantea que la persona se ve influenciada por tres sistemas, cada uno de ellos incluido dentro del otro. Esto quiere decir que la persona con discapacidad está influenciada por diferentes factores a lo largo de su vida, dichos factores van ejercer una influencia única, así como una respuesta particular en cada persona.

El primer nivel, denominado microsistema, hace referencia a las características propias del individuo como su apariencia física, temperamento, tipo de discapacidad; es el contexto social inmediato como la familia, hogar, grupo de

iguales, que afecta directamente a la vida de la persona. El mesosistema refleja la comunidad donde vive la persona, su familia, y afecta directamente el funcionamiento del microsistema; por último, estos sistemas están dentro del macrosistema que refleja las influencias sociales, políticas y culturales de la sociedad en general.

Al analizar cada uno de los componentes expuestos anteriormente, se observa que una situación de discapacidad es un eje transversal en cada sistema. Así, en el microsistema se parte del sujeto como persona autónoma, que decide, que participa, que es influenciada por los ambientes como la escuela, el trabajo, los amigos, la pareja.

En este sistema también la familia se convierte en aquel apoyo natural con que cuenta la persona; es el principal sistema en el que convive el individuo y del que depende en gran medida el proceso de adaptación a la nueva situación de discapacidad, una inadecuada adaptación familiar afectará negativamente el desarrollo de la persona con discapacidad, reduciendo la capacidad de ésta a integrarse en los diferentes roles de su comunidad.

El mesosistema muestra la relación de la persona con discapacidad y la comunidad cercana, es decir, la escuela, los amigos, la iglesia, los grupos comunales,

deportivos, culturales. Aquí la persona con discapacidad hace parte activa de su propia comunidad, desarrollando habilidades que le permitan integrarse a sistemas sociales diferentes a su familia.

El mesosistema también hace referencia a ese concepto integrador donde la sociedad tiene la obligación de aceptar y de trabajar con las personas con discapacidad para tratar de proporcionarles diferentes opciones dentro de la comunidad a la cual pertenecen. La capacitación para el trabajo, la integración a la aulas escolares, la participación en grupos representativos culturales y deportivos, así como el entrenamiento en habilidades sociales, y los ambientes normalizados como las empresas, las universidades, las entidades públicas y privadas son los elementos que hacen parte de este sistema.

Finalmente, al profundizar en el macrosistema, éste incluye los tres niveles expuestos anteriormente; hacen parte de este sistema los patrones culturales, las tendencias políticas, los sistemas económicos, las creencias y, en fin, todos los factores de la sociedad en general que pueden afectar al individuo. Son muchos los factores que influyen en el proceso de integración de las personas con discapacidad a la sociedad, pero tal vez uno de los más significativos son las barreras que estas personas encuentran diariamente y no se habla aquí de las barreras arquitectónicas que abundan en las calles, ni de la falta de accesibilidad a sitios públicos como

bancos, cines, edificios o simplemente en su propio hogar, se habla de las barreras actitudinales.

En el macrosistema las actitudes y las creencias hacia la discapacidad son importantes para promover la integración social; es aquí donde se debe reconocer el concepto de "persona", por encima de otros calificativos o etiquetas que se puedan añadir para referirse a las personas con discapacidad. Ello representa no sólo un cambio en la perspectiva social del sujeto, sino también en las demandas laborales, familiares y sociales.

Para finalizar, en este sistema la legislación, la política, los grupos representativos, el plan nacional de desarrollo y la política pública ejercerán una influencia directa y trascendente en las personas con discapacidad, donde son ellas quienes deben apropiarse de los espacios participativos para formar una nueva cultura de la rehabilitación.

## **MARCO METODOLÓGICO**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Se define como descriptivo- transversal, por el manejo de aproximación descriptiva del problema de estudio, donde se realiza una caracterización de factores demográficos y socio familiares y del estilo de vida de las personas con discapacidad y sus cuidadores del municipio del tambo cauca, información que se obtiene mediante un cuestionario aplicado en un solo momento.

### **DISEÑO**

Observacional, no experimental, puesto que en ningún momento se manipulan variables relacionadas con caracterización de factores demográficos y socio familiares y del estilo de vida de las personas con discapacidad y sus cuidadores del municipio del tambo cauca.

### **ENFOQUE**

Mixto porque se emplearán técnicas cuantitativas y cualitativas.

Cuantitativo, ya que pretende recolectar información en base a métodos estandarizados; para el análisis de la información se utilizará la estadística descriptiva, con el fin de presentar los resultados en tablas y gráficos de distribución de frecuencias.

Cualitativo, pues una vez analizados los resultados e identificados los estilos de vida protectores y de riesgo, se procederá a proponer recomendaciones de promoción de la salud en el ámbito comunitario.

## **POBLACIÓN**

### **Universo poblacional**

El total de personas con discapacidad encontrados en la base de datos de caracterización y registro RLCPD del departamento del Cauca y municipio del Tambo solicitado en secretaria de salud departamental adscrita a la gobernación del Cauca en el presente periodo semestral del año actual que cumplan con los requisitos establecidos y firma del consentimiento informado para hacer parte de este proyecto de investigación, el cual es 50 personas con discapacidad.

### **Muestra poblacional**

Para calcular el número de estudiantes que participaran en el estudio se determinará la muestra través de la siguiente ecuación:

$$n = \frac{Z^2 * P * Q * N}{e^2 (N-1) + Z^2 * P * Q}$$

Dónde:

n = Número de elementos de la muestra.

N = Número de elementos del universo.

P/Q = Probabilidades con las que se presenta el fenómeno.

Z<sup>2</sup> = Valor crítico correspondiente al nivel de confianza elegido (95%).

E = Margen de error o de imprecisión permitido (5%).

De esta manera se tiene un total de 5 personas con discapacidad que harán parte de la muestra.

## **TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

### **Grupo focal**

En la utilización de la técnica de grupo focal es necesario considerar las bases epistemológicas y metodológicas que están fundamentadas en la discusión e



interacción, insertas en la tradición dialéctica, asumiendo la construcción del conocimiento en espacios de intersubjetividad. Aunque el formato flexible permite que el investigador explore preguntas no previstas, el ambiente de grupo minimiza opiniones distorsionadas o extremadas, proporcionando el equilibrio y la confiabilidad de los datos; también potencia el clima relajado de las discusiones, la confianza de los participantes al expresar sus opiniones, la participación activa y la obtención de informaciones que no se limitan a una previa concepción de los evaluadores, así como la alta calidad de las informaciones obtenidas.

Este método valora la interacción y estimula el diálogo sobre asuntos que podrían ser embarazosos, y tiende a profundizar en las informaciones y entender comportamientos en un determinado contexto cultural.<sup>9</sup> En un estudio con trabajadores metalúrgicos fue posible identificar mejor el fenómeno con el uso complementario de la técnica de grupo focal, en la que consideraron que el propio trabajador es depositario de un saber, el cual viene de sus experiencias y que, al ser compartidas en el grupo, pueden despertar nuevas percepciones que aún se mantienen latentes.<sup>5</sup> Esta revisión de literatura presenta los aspectos teóricos que involucran la utilización de la técnica de grupo focal en la toma de datos cualitativos en salud.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> BUSS THOFEHRN, Maira et al. Grupo focal: una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas. *Index Enferm* [online]. 2013, vol.22, n.1-2 [citado 2021-10-10], pp.75-78. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962013000100016&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100016&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1699-5988. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100016>.

## **Entrevista demográfica y socio familiar**

Con el fin de obtener datos como edad, sexo, estrato socioeconómico, estado civil, tipo de vivienda en la que habita, escolaridad de los padres, tipo de familia, conformación del hogar, funcionalidad y comunicación familiar, participación en alguna organización social, participación extra-académica.

## **Apgar familiar**

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta.

Este instrumento también sirve para favorecer una relación médico paciente en toda su extensión.

Con este instrumento los integrantes del equipo APS pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación; el

médico familiar cuenta con la preparación para ejecutar dicha ayuda a sus pacientes, ya que no solo realiza la parte clínica sino la psicosocial en la consulta diaria; sabemos que no toda patología se debe a un mal orgánico en su totalidad, puede deberse a crisis familiares que puedan estar cursando las familias, ocasionando una patología, Ej. Cefalea.

Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y de fácil aplicación, particularmente cuando el especialista está dispuesto a realizarlo en todos su pacientes.<sup>19</sup>

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

“Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud estipuladas en la resolución número 008430 de 1993, expedida por la Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico del Ministerio de Salud, artículos 5 y 11 que refieren entre otros aspectos los siguientes:

---

<sup>19</sup> SUAREZ CUBA, Miguel A. y ALCALA ESPINOZA, Matilde. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. *Rev. Méd. La Paz* [online]. 2014, vol.20, n.1 [citado 2021-10-09], pp.53-57. Disponible en: <[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000100010&Ing=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&Ing=es&nrm=iso)>. ISSN 1726-8958.

“En toda investigación en la que el ser humano en especial los menores de edad y las personas en situación de discapacidad sea sujeto de ella, deberá prevalecer el criterio respecto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar”.

Así este estudio, representa riesgo mínimo para quienes están involucrados, directa o indirectamente. También este estudio posee particularidades que, según la resolución anteriormente mencionada, relaciona el empleo Investigación con riesgo mínimo cuando son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico entre otros los cuales se utilizaran en este estudio.

Además del enunciado anterior, se tiene en cuenta el reporte de Belmont, que se articula sobre tres principios éticos fundamentales, que regulan la conducta ética estándar, es decir, beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia.

En conclusión, el estudio de investigación implica un riesgo mínimo para la población sujeto de estudio.

## **RESULTADOS**

### **Contextualización**

El desarrollo del presente título de Contextualización estará guiado por el tema de investigación: “factores demográficos y socio familiares que inciden en la calidad de vida de las personas con discapacidad en las familias rurales del municipio del tambo cauca. Tendrá como espacio principal diversas veredas rurales del municipio del tambo. La población determinada a dicha investigación son 10 familias con personas con discapacidad habitantes de los espacios geográficos mencionados.

### **Descripción del espacio**

El Tambo es un municipio colombiano ubicado en el departamento de Cauca. Perteneciente al área metropolitana de Popayán. Ubicado aproximadamente 33 km de su capital, Popayán. Cuenta con una población aproximada de 53.769 habitantes. El Tambo limita al norte con el municipio de López de Micay al sur con los municipios de Patía, La Sierra y Argelia; al oriente con los municipios de Morales, Cajibío, Popayán, Timbío y Rosas; al occidente con el municipio de Guapi. Presenta tres pisos térmicos frío, medio y cálido que favorecen gran diversidad de cultivos y cuenta con importantes elevaciones: los cerros de Altamira Don Alfonso, Mechengue, Napi, Pan de Azúcar, Santana y Munchique donde se encuentran ubicadas las antenas de ayudas de aeronavegación (radar de la aeronáutica civil) y de transmisión de las señales de telecomunicaciones en el occidente colombiano, La población del municipio está conformada por mestizos 37.516, negros 5.543 y

blancos 2.598. Los indígenas de la región se encuentran en bajo número de población localizados como comunidades guambianas y paéz en los sectores de Munchique y Playa Rica.

La población de etnia negra se ubica en la región de clima cálido (Valle geográfico del Río Patía o depresión patiana) y en las veredas Las Botas y Chisquío, un alto porcentaje de campesinos son de origen antioqueño, caldense, valluno, tolimense, huilense y nariñense, así como de otras zonas del Cauca, tales como Bolívar, Almaguer, Argelia y Balboa. El 92,23% de la población se encuentra en el área rural y el 7,7% en la cabecera municipal. Una cantidad importante de la población se encuentra en las cohortes de edad de personas jóvenes y adultas, la proporción de ancianos es baja. En cuanto al empleo el 71% de la población se ocupa de labores agrícolas.

El Tambo es el mayor productor de chontaduro en Colombia. Las temporadas de cosecha son, la primera entre enero y marzo, y la segunda entre agosto y noviembre. En la primera cosecha del año 2005 la región aportó unas seis mil toneladas, equivalentes al 50% de la producción nacional de chontaduro.

Todo este producido se genera en la vereda Cuatro Esquinas. El municipio también produce café, yuca, plátano, caña panelera y fique. Las actividades productivas y sus tendencias de desarrollo se presentan en cada uno de los corregimientos agrupados en tres grandes regiones: La Región del Río Patía, la Región del Río Micay y la Región del Alto Cauca.

## **Descripción de los sujetos**

La familia es considerada como “aquel sistema o conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”. Este grupo de seres emparentados, conforman el primer sistema en el cual el ser humano se relaciona y mediante el cual, se generan los primeros vínculos con el entorno social. Esta relación recíproca es abordada desde el modelo Sistémico Ecológico de Bronfenbrenner como “el microsistema más importante, ya que configura la vida de una persona durante muchos años”. Situaciones específicas dentro de este conjunto de personas, así como la influencia que otros sistemas puedan hacer sobre ella, conciben las formas de relacionarse en un determinado contexto, lo anterior hace que las dinámicas familiares varíen de una a otra e influyan de forma distinta sobre la calidad de vida familiar de sus integrantes.

El concepto de calidad de vida en concordancia a las familias de personas con discapacidad cobra particular importancia por tanto se transforma en un constructo asunto de todos quienes les rodean. Una mirada desde el déficit, hasta la mirada integral en la que se potencian las habilidades del ser, es capaz de modificar las variables y dinámicas familiares, y por tanto el discernimiento de sus prioridades.

Este es el caso de cinco familias que habitan en zonas rurales dispersas del municipio del tambo, quienes abrieron las puertas de sus casas para compartir sus historias de vida, los puntos fuertes y débiles de sus hogares, las satisfacciones o no a sus necesidades, y su visión frente a la condición de discapacidad de su

familiar; las ventajas y desventajas que les han permitido afrontar distintas situaciones de su vida. A continuación plasmaremos cada una de las 5 familias el resultado que se pudo obtener mediante la aplicación del instrumento de recopilación de información de trabajo social de manera cualitativa.

### **FAMILIA FERNÁNDEZ:**

**DINÁMICA FAMILIAR:** Se identifica por medio de la visita domiciliaria: Familia con Tipología extensa, donde la autoridad del hogar es el padre y la cuidadora quien cumple este rol en la familia es la hija, responsable de la persona con discapacidad. En su ciclo vital familiar presenta independencia, nido vacío y por último se refleja la ancianidad. La comunicación tiende a ser asertiva por lo cual los vínculos familiares son fuertes y unidos y los límites claros, lo que permite dar cuenta que es una familia funcional.

**ASPECTO SOCIOECONÓMICO:** El principal proveedor del hogar es el hijo de la persona con discapacidad, quien se desempeña en la labor de ebanistería, y lleva el sustento con un valor económico mensual de 100.000 pesos. Otro aspecto a mencionar es que reciben ayuda institucional de familias en acción por parte del gobierno.

**CONDICIONES HABITACIONALES:** La ubicación geográfica es en zona rural dispersa ubicada en la vereda loma larga, la vivienda es propia la cual cuenta con servicios públicos tales como energía, el material predominante del piso baldosa, las paredes de madera y guadua, el techo de zinc, poseen 2 habitaciones, por ultimo como fuente de calor utilizan la leña y gas propano, el servicio sanitario es pozo séptico.



**FAMILIA MONTENEGRO:**

**DINÁMICA FAMILIAR:** Se identifica por medio de la visita domiciliaria: Familia con tipología monoparental, donde la autoridad del hogar y la cuidadora quien cumple este rol en la familia es la madre, responsable de la persona con discapacidad. En su ciclo vital familiar presenta independencia y nacimiento y crianza de los hijos. La comunicación tiende a ser asertiva por lo cual los vínculos familiares son fuertes y unidos y los límites claros, lo que permite dar cuenta que es una familia funcional. La madre del pcd se encuentra empoderada de la situación patológica de su hijo, presenta coherencia en el conocimiento del diagnóstico lo cual es un factor protector resiliente.

**ASPECTO SOCIOECONÓMICO:** El principal proveedor del hogar es la madre de la persona con discapacidad, quien se desempeña como independiente, y lleva el sustento con un valor económico mensual de 150.000 pesos. Otro aspecto a mencionar es que no reciben ayuda institucional por parte del gobierno.

**CONDICIONES HABITACIONALES:** La ubicación geográfica es en zona rural dispersa ubicada en la vereda chasquido, la vivienda es arrendada la cual cuenta con servicios públicos tales como energía, el material predominante del piso cemento, las paredes de bloque, el techo de zinc, poseen 2 habitaciones, por ultimo como fuente de calor utilizan electricidad, el servicio sanitario es pozo séptico.

## **FAMILIA JOAQUI:**

**DINÁMICA FAMILIAR:** Se identifica por medio de la visita domiciliaria: Familia con tipología monoparental, donde la autoridad del hogar es el padre y la cuidadora quien cumple este rol en la familia es la hermana, responsable de la persona con discapacidad. En su ciclo vital familiar presenta independencia, nacimiento y crianza de los hijos e hijas en edad escolar. La comunicación tiende a ser pasiva por lo cual los vínculos familiares son pobres y débiles y los límites difusos, lo que permite dar cuenta que es una familia aglutinada.

**ASPECTO SOCIOECONÓMICO:** El principal proveedor del hogar es el padre de la persona con discapacidad, quien se desempeña como agricultor, y lleva el sustento con un valor económico mensual de 150.000 pesos. Otro aspecto a mencionar es que reciben ayuda institucional de familias en acción por parte del gobierno.

**CONDICIONES HABITACIONALES:** La ubicación geográfica es en zona rural dispersa ubicada en la vereda cucharos, la vivienda es propia la cual cuenta con servicios públicos tales como energía, el material predominante del piso baldosa, las paredes de bloque, el techo de zinc y tabla, poseen 4 habitaciones, por último como fuente de calor utilizan la leña, el servicio sanitario es pozo séptico.

## **FAMILIA CAMILO CAICEDO:**

**DINÁMICA FAMILIAR:** Se identifica por medio de la visita domiciliaria: Familia con tipología extensa, donde la autoridad del hogar y la cuidadora quien cumple este rol en la familia es la madre, responsable de la persona con discapacidad. En su ciclo vital familiar presenta nacimiento y crianza de los hijos que están en edad escolar, se refleja la adolescencia y por último es visible la ancianidad. La comunicación tiende a ser asertiva por lo cual los vínculos familiares son fuertes y unidos y los límites claros, lo que permite dar cuenta que es una familia funcional.

**ASPECTO SOCIOECONÓMICO:** El principal proveedor del hogar es el hermano de la persona con discapacidad, quien se desempeña como agricultor, y lleva el sustento con un valor económico mensual de 100.000 pesos. Otro aspecto a mencionar es que reciben ayuda institucional del subsidio de adulto mayor por parte del gobierno.

**CONDICIONES HABITACIONALES:** La ubicación geográfica es en zona rural dispersa ubicada en la vereda quilcace, la vivienda es prestada la cual cuenta con servicios públicos tales como energía, el material predominante del piso es tierra, las paredes de bahareque, el techo de zinc y poseen 3 habitaciones, por ultimo como fuente de calor utilizan es gas propano, no cuentan con servicio de sanitario.

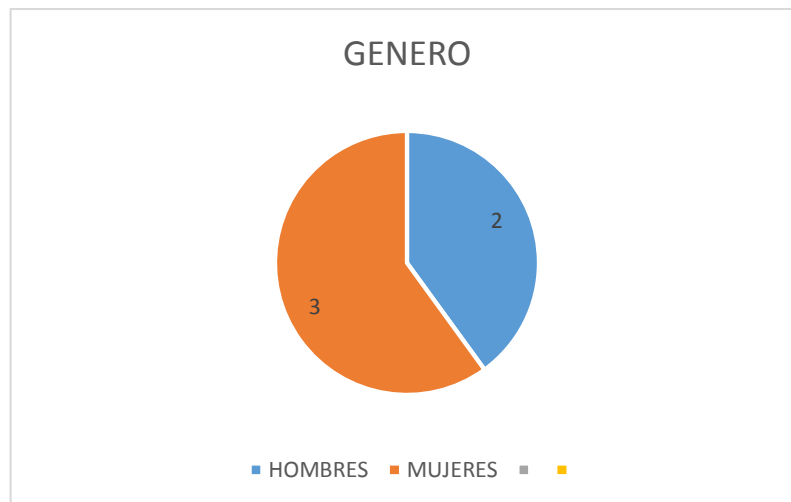
## **FAMILIA GUATA:**

**DINÁMICA FAMILIAR:** Se identifica por medio de la visita domiciliaria: Familia con tipología reconstituida, donde la autoridad del hogar es la abuela y la cuidadora quien cumple este rol en la familia es la madre, responsable de la persona con discapacidad. En su ciclo vital familiar presenta vida de pareja, nacimiento y crianza de los hijos en edad escolar, y por último se evidencia adolescencia. La comunicación tiende a ser asertiva por lo cual los vínculos familiares son fuertes y unidos y los límites claros, lo que permite dar cuenta que es una familia funcional.

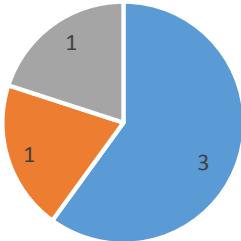
**ASPECTO SOCIOECONÓMICO:** El principal proveedor del hogar es el padrastro de la persona con discapacidad, quien se desempeña en la labor de agricultor, y lleva el sustento con un valor económico mensual de 200.000 pesos. Otro aspecto a mencionar es que reciben ayuda institucional de familias en acción por parte del gobierno.

**CONDICIONES HABITACIONALES:** La ubicación geográfica es en zona rural dispersa ubicada en la vereda puente alto, la vivienda es propia la cual cuenta con servicios públicos tales como energía, el material predominante del piso baldosa, las paredes de bloque, el techo de zinc, poseen 3 habitaciones, por ultimo como fuente de calor utilizan la leña, el servicio sanitario es pozo séptico.

### **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

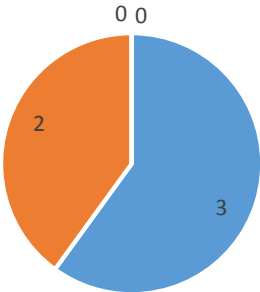


### DINAMICA FAMILIAR / CICLO VITAL



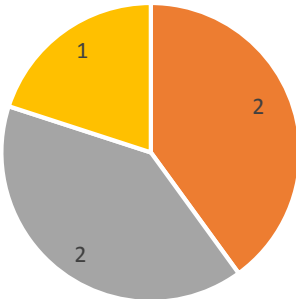
- INDEPENDENCIA
- VIDA DE PAREJA
- HIJOS EN EDAD ESCOLAR
- ANCIANIDAD
- NIDO VACIO

### DINAMICA FAMILIAR / VINCULO FAMILIAR



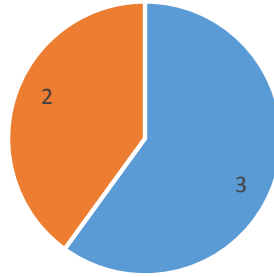
- FUERTE/UNIDO
- POBRE/DEBIL
- AUSENTE
- DISTANTE

### DINAMICA FAMILIAR / TIPOLOGIA DE LA FAMILIA



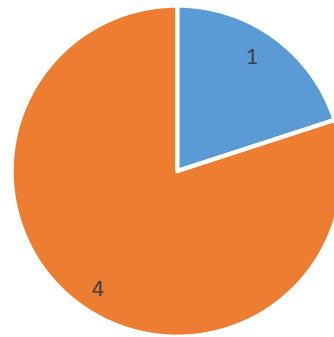
- NUCLEAR
- EXTENSA
- MONOPARENTAL
- RECONSTITUIDA

### DINAMICA FAMILIAR / ROLES



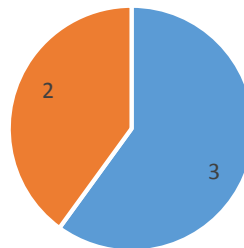
■ ADSCRITOS ■ ADQUIRIDOS ■ ■

### DINAMICA FAMILIAR / COMUNICACIÓN



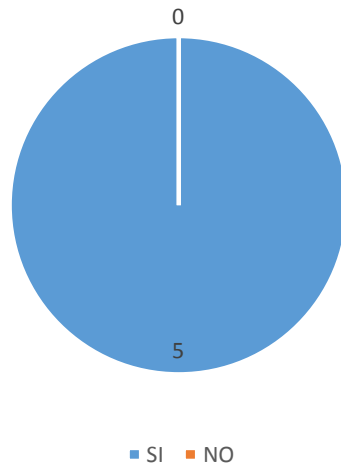
■ PASIVA ■ ASERTIVA ■ AGRESIVA ■

### DINAMICA FAMILIAR / LIMITES

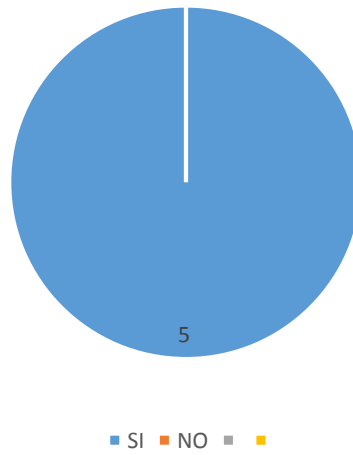


■ CLAROS ■ DIFUSOS ■ RIGIDOS

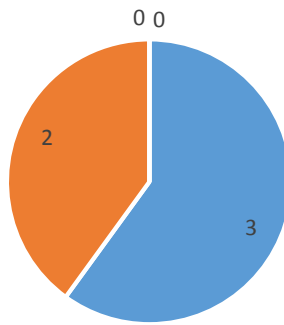
### REDES DE APOYO INSTITUCIONAL



### RED DE APOYO FAMILIAR

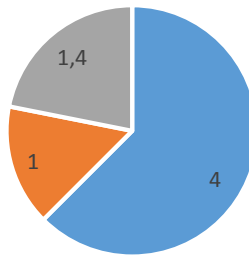


### CONDICIONES SOCIO ECONOMICAS



■ 0 A 100.000 ■ 100.000 A 200.000 ■ 200.000 A 300.000 ■ SALARIO MINIMO

### ASPECTO SOCIOCULTURAL / RELIGION



■ CATOLICA ■ CRISTIANA ■ OTRA

### UBICACIÓN GEOGRAFICA



■ VEREDA LOMA LARGA ■ VEREDA PUENTE ALTO ■ VEREDA CHUCAROS  
■ VEREDA QUILCACE ■ VEREDA CHISQUIO



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ CESPEDES, Gloria Maritza. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. Aquichan [online]. 2005, vol.5, n.1 [cited 2021-10-09], pp.108-113. Available from:
- ❖ Ponce Espino, Jordi Eusebio, Torrecillas Martín, Ana María ESTUDIO DE FACTORES RESILIENTES EN FAMILIARES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Revista Internacional de Psicología del Desarrollo y la Educación [en línea]. 2014, 7 (1), 407-416 [fecha de Consulta 9 de Octubre de 2021]. ISSN: 0214-9877.
- ❖ Bieler, R (2007). Desarrollo Inclusivo: Un aporte universal desde la discapacidad. Texto producido por el equipo de Discapacidad y Desarrollo Inclusivo de la Región de Latinoamérica y El Caribe, del Banco Mundial (2003 – 2006)
- ❖ Bobadilla, Percy y otros (2005) Empoderamiento: Un camino para luchar contra la pobreza. Edit. por COSUDE, Lima, Perú. Buitrago, T. García, S. López, C. Rojas, C. Reflexiones en torno a algunas experiencias de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) de Nodo Centro de la Red de Redes de RBC en Colombia. Documento de Trabajo – Versión sin Publicar. Buitrago, MT., García, S., López, M., Rojas, C., (2013).
- ❖ Reflexiones en torno a algunas experiencias de RBC del Nodo Centro de la red de Redes de RBC Colombia Organización Mundial de la Salud. (2012). Rehabilitación Basada en la Comunidad .Guías para la RBC. Folleto Introductorio Disponible en:

- ❖ Handicap International, Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo. (2007). Manual Básico sobre el Desarrollo Inclusivo. Managua: Autor.
- ❖ Ministerio de la Protección Social (2010). Lineamientos para la Construcción de Política Pública en Discapacidad. Versión de Concertación Nabergoi, M. Botinelli, M (2006).
- ❖ Discapacidad, Pobreza y sus Abordajes. Revisión de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad. Anuario de Investigaciones. Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA. Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos WOLA (2002).
- ❖ Manual Básico para la Incidencia Política. Washington D.C: Autor.
- ❖ OIT, UNESCO, OMS (2005). RBC Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. Documento de Posición Conjunta. Ginebra: OMS
- ❖ Nunnally JC. Psychometric theory. New York: McGraw Hill; 1967. 14.
- ❖ Ministerio de Salud (CHL). Orientaciones metodológicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en APS 2010-2014. Santiago (CHL); 2010. 15.
- ❖ Velema JP, Ebenso B, Fuzikawa PL. Evidence for the effectiveness of rehabilitation-in-the-community programmes. Lepr Rev. 2008; 79(1):65-82. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.19316.04480>