



**FORTALECIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE MADRES
Y CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

TESIS DE MAESTRÍA
Paula Andrea Rodríguez Paredes

Asesor
Mg. José Eduardo Sánchez Reyes

**UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL
SANTIAGO DE CALI
2020**

Resumen

El presente documento plantea una estrategia de intervención psicosocial encaminada a favorecer prácticas de autocuidado de madres y/o cuidadores de personas con discapacidad, específicamente 15 cuidadoras(es) que residen en las comunas 8 y 12 de Cali Valle y asisten al Centro de Salud LHG, a quienes la autora logró conocer en su ejercicio profesional como Terapeuta Ocupacional. En este proceso de conocer a las madres y cuidadores, se identificaron como problemas comunes las pocas prácticas de autocuidado o el escaso conocimiento sobre esta dimensión, así como dificultades en su autoconcepto positivo.

Las exploraciones realizadas y la experiencia profesional permiten reconocer que cuando alguien asume el rol de cuidadora(es) de una persona con discapacidad, se pueden desencadenar factores que traen consigo efectos negativos sobre la salud tanto física como psicológica de los cuidadores, por tal motivo este proyecto presenta alternativas de acción psicosocial que pueden ayudar a mitigar los riesgos de estas personas y coadyuvar a generar condiciones de bienestar físico y emocional.

Las dificultades encontradas en las cuidadoras(es) de personas con discapacidad afectan a la mayoría de las personas que asumen este rol, al mismo tiempo se encuentra pocos programas de atención para esta problemática lo que refuerza la necesidad de generar procesos de atención que promuevan el bienestar de los y las cuidadoras. En este sentido en este documento se presenta el proyecto: “TEJIENDO REDES: M3 (ME CUIDO, ME AMO Y ME VALORO SOY MI MAYOR TESORO)”, el cual se orienta al fortalecimiento de prácticas de autocuidado de cuidadoras(es) de personas con discapacidad, de igual manera se pretende hacer partícipe a sus familiares en la creación de redes de apoyo colaborativas. Finalmente, es de suma importancia

mencionar que esta estrategia además del autocuidado le apunta a la promoción de la salud tanto física como mental de las y los cuidadores.

Tabla de contenido

Introducción	8
Planteamiento del problema	10
Justificación de la propuesta de intervención	20
Perspectivas del sistema de salud.....	23
Calidad de vida de cuidadores.....	24
Efectos para personas con discapacidad.....	27
Beneficios sociales	28
Objetivos	30
Objetivo general	30
Objetivos Específicos.....	30
Marco de referencia teórico conceptual.....	31
La discapacidad.....	31
Situación de los cuidadores de personas con discapacidad.....	31
La familia como Red de apoyo	32
Autocuidado y Salud Mental.....	33
<i>Acciones de autocuidado</i>	35
Marco contextual	40
Metodología	41
Fases de la propuesta de intervención.....	43
Fase de construcción de lazos	43
Fase de relaciones familiares:	44
Fase tejedora.....	44
Fase evaluativa	44

RESUMEN DE LA ESTRATEGIA: “TEJIENDO REDES M3	46
Fase de construcción de lazos.....	48
Fase de relaciones familiares	54
Fase tejedora	59
Cronograma.....	66
Presupuesto.....	68
Referencias.....	69
Anexos	75

Lista de tablas

Tabla 1: <i>Resume las fases de la estrategia de intervención</i>	46
Tabla 2: <i>Actividades de la primera fase</i>	48
Tabla 3: <i>Actividades de la segunda fase</i>	54
Tabla 4: <i>Actividades de la tercera fase</i>	59

Lista de Figuras

Figura 1. <i>Resume características de los determinantes sociales en salud</i>	37
Figura 2. <i>Resumen de fases de la estrategia de intervención</i>	43

FORTALECIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE MADRES Y CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Introducción

La presente estrategia de intervención psicosocial está encaminada a favorecer prácticas de autocuidado de madres y/o cuidadores de personas con discapacidad, específicamente 15 cuidadoras(es) que residen en las comunas 8 y 12 de Cali Valle y asisten al Centro de Salud LHG, a quienes la autora logró conocer en su ejercicio profesional como Terapeuta Ocupacional. En este proceso de conocer a las madres y cuidadoras(es), se identificaron como problemas comunes las pocas prácticas de autocuidado o el escaso conocimiento sobre esta dimensión, así como dificultades en su autoconcepto positivo. Por autocuidado en este proyecto se entiende como las acciones de cuidado que realiza un individuo sobre sí mismo o para sí mismos y los tiempos que se le emplea a dichos cuidados tales como acudir a servicios médicos, actividades deportivas, culturales, educativas o actividades de esparcimiento, entre otros (Gómez, 2017).

Por su parte el autoconcepto no se encuentra desligado del autocuidado ya que ambos “se configuran como elementos determinantes en la esfera personal y social de cada ser humano, donde los éxitos y los fracasos, la satisfacción de uno mismo, el bienestar psíquico y el conjunto de relaciones sociales llevan su impronta” (García, 2013, p.1). Entonces, al hablar de autoconcepto y autocuidado de manera positiva se apunta a favorecer de manera clara el sentido que se atribuye a la propia identidad, así como sus experiencias.

Esta estrategia de intervención tiene su origen en los comentarios que tanto madres como cuidadoras(es) le hacían a la autora en las sesiones de terapia para sus hijos, siendo la autora participe de un proceso diagnóstico de primera mano, encontrando como común denominador el

poco acompañamiento a las cuidadoras(es) de personas con discapacidad por parte de las entidades de salud, entes gubernamentales, así como su propia familia con relación al desempeño de su rol, además se encontró que las cuidadoras(es) tienen bajo conocimiento sobre prácticas saludables y de cuidado respecto a su salud tanto física como mental, asimismo una red de apoyo precaria y dificultades para balancear diversos aspectos de su vida con respecto a su rol como cuidadores.

Es necesario destacar que el autocuidado y autoconcepto se pueden considerar como los ejes teóricos centrales que orientan el proyecto “TEJIENDO REDES: M3 (ME CUIDO, ME AMO Y ME VALORO SOY MI MAYOR TESORO)”, estrategia de intervención dirigida a madres y cuidadores de personas con discapacidad, destacando que su base de referencia metodológica es la acción participación, así como el diálogo de saberes, a través de la cual se busca no solamente el fortalecimiento individual de las participantes sino aportar significativamente en el fortalecimiento de la organización comunitaria, generando la construcción de redes sociales de apoyo y de afrontamiento ante las diversas demandas cotidianas que recaen generalmente de manera exclusiva en los cuidadores. Individualmente se espera principalmente aumentar las prácticas de autocuidado de los y las cuidadoras, fortalecer su autoconcepto y buscar despertar el interés y motivación hacia su propia valoración como seres humanos, comunitariamente se busca resignificar el rol de cuidador al mismo tiempo se formarán redes de apoyo colaborativas con las familias de personas con discapacidad.

Planteamiento del problema

Desde sus inicios en los años 60 la Organización Mundial de la Salud OMS ha incluido el término bienestar mental en sus definiciones de salud (Rodríguez, 2011, p.3); desde entonces el concepto de salud se puede considerar no solo “como la ausencia de la enfermedad, sino que es la dinámica entre el funcionamiento corporal y todo el componente social de una persona, entendiendo a el ser humano como un complejo bio-psico-social” (OMS, 2011).

En este orden de ideas se podría decir que ni la salud física ni la salud mental pueden existir por sí solas, ya que el “funcionamiento de los componentes mentales, físicos y sociales son interdependientes siendo necesario reconocer que la salud es un estado de balance donde se incluye al propio ser, a los otros y el ambiente” (OMS, 2004 p. 14) de aquí la importancia de ayudar a que las comunidades e individuos entiendan y se preocupen constantemente por buscar su mejoramiento, a partir de esto se evidencia la necesidad de que tanto las madres como las familias comprendan la complejidad que existe tras el termino autocuidado, así como la importancia de trabajar de manera colectiva propiciando espacios para llevar a cabo adecuadas prácticas de autocuidado. Tobón (2005) menciona la importancia de la salud mental y la necesidad de su promoción a través de actuaciones en el ámbito de la atención primaria, “impulsando el intercambio de buenas prácticas saludables y estimulando y respaldando la promoción de la misma” (p. 3).

En cuanto a la salud pública al hablar del modelo de atención primaria en salud, este “se ha venido imponiendo como una forma de organización de los dispositivos sanitarios, de prevención y de tratamiento de las enfermedades y demandas, así como de una nueva manera de

entender las prácticas de los profesionales de la salud” (Bravo, 2018, p. 3). En concordancia con (Carballeda, 2012, p. 1) la salud mental desde una mirada social específicamente desde lo singular está ligada a ciertas categorías de análisis que favorezcan la intervención, entendiendo esto como la comprensión del contexto y el impacto que causa a nivel subjetivo, por ende, dicha intervención debe estar en constante cambio dependiendo de la sociedad y su época.

Con el transcurrir de las últimas dos décadas se han ido presentando importantes cambios con relación a como se percibe y se explican las causas de los problemas de salud, pasando a considerar factores de índole social y no solamente individuales, este enfoque considera que existen determinantes sociales en salud -DSS- los cuales,

...surgen ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. (Ministerio de Salud de Chile, 2019, párr. 3).

En este orden de ideas, el estudio de los -DSS- en Colombia siempre ha sido uno de los principales retos para el país en relación a la Salud Pública la cual consiste en generar

un equilibrio en las amplias diferencias existentes entre los distintos grupos poblacionales que lo conforman. Entender la salud como el resultado coherente y armónico de la interacción entre el individuo, la sociedad y las condiciones en las que su vida tiene lugar es premisa necesaria para la construcción y logro de un mayor nivel de bienestar que el logrado hasta el momento (Tamayo et al., 2017. p.7).

Si bien es cierto que en Colombia se han conseguido algunas mejoras tal como se menciona en el Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021.) el cual plantea la:

[...] implementación de estrategias de intervención colectiva e individual basadas en un sistema participativo e intersectorial y tiene como eje transversal la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para lograr un impacto positivo en los determinantes sociales y económicos de la salud en el país. (Gaviria et al., 2012, p. 12).

A pesar de ello, con relación a la “cobertura y acceso, aún no se ha alcanzado la universalidad; tampoco se han reducido significativamente las inequidades en la utilización de los servicios de salud entre la población según condición socioeconómica” (García et al., 2010, p.3) lo que posiblemente se puede ver reflejado en la poca evidencia que como autora logré notar con relación a la tan esperada atención holística (expectativa que ha buscado constantemente la salud pública), abarcando los sistemas inmediatos en los que la madre se desenvuelve ya que la atención está destinada en algunos casos única y exclusivamente al paciente.

Para esta estrategia de intervención se tendrá en cuenta a las personas que tienen una relación directa con las personas diagnosticadas con alguna discapacidad, cuidadores cuyo rol se esconde bajo título de madre, padre o familiar, no sin antes recordar que, según la Ley 1346 de 2009, “las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (p. 2). Para el año 2018 la Secretaría de Bienestar Social de Santiago de Cali indicó algunas de las características de esta población como:

El 74% de las personas a quienes se cuidan corresponde a los hijos, y el 7% a los padres. El 65% se encuentran entre los 15-44 años. La discapacidad que más requiere del cuidado corresponde a la discapacidad múltiple en un 50%, la intelectual en un 26%, la física en un 12% y la psicosocial en un 8%. Se percibe que el 80% llevan más de 8 años dedicadas al cuidado en un promedio de 24 horas (Anacona, 2019, párr. 1).

Además, en muchos casos la persona con discapacidad depende de los cuidados de terceras personas para enfrentar la cotidianidad, sus principales cuidadoras son sus madres y algunos familiares, en menor número estas personas cuentan con el apoyo de personal externo profesional. A pesar de la enorme responsabilidad depositada en los cuidadores la atención de los programas de salud y de diversas instituciones proveedoras de servicio y atención psicosocial, se concentra casi de manera exclusiva en las personas con discapacidad. En este sentido, las madres y cuidadoras(es) de personas con discapacidad ¹, atraviesan distintas dificultades que van generando un deterioro de su calidad de vida, y bienestar psicosocial, situaciones que son ignoradas por el sistema de salud, así como las diversas instituciones del Estado (empresa promotora de salud, institución prestadora de servicio, empresa social y del estado, entre otras) encargadas del bienestar de la población, incluso por su propia familia en la mayoría de los casos.

¹ Según La Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer (ACPEM) y su Observatorio de Asuntos de Género (OAG), “afirman que los cuidadores de personas con discapacidad son en su mayoría de género femenino, además entiende las difíciles condiciones a las que se ven enfrentadas las mujeres de Colombia en los ámbitos productivo, familiar, educativo, de salud, especialmente las madres de niños con discapacidad, que asumen este reto sin mayores apoyos institucionales y el de participación política” (2012, p. 5) <http://www.equidadmujer.gov.co/oag/Documents/oag-boletin-14-mujer-y-discapacidad-en-colombia.pdf>

Un reflejo de lo anterior son las expresiones de los cuidadores² las cuales revelan la ausencia de soportes institucionales, familiares y comunitarios que coadyuven en el cumplimiento de este complejo rol, en sus propias palabras: “me siento cansada y deprimida, no he podido dormir bien, ya ni tengo tiempo para mí, no tengo el apoyo de mi familia, estoy sola (C cuidadora de P)”, “mi familia casi no me ayuda a cuidar a mi hijo, entonces casi no tengo tiempo para mí (R cuidadora de L)”.

Por otro lado, González (2014) señala que las madres que cuentan con un hijo que ha sido diagnosticado con discapacidad se ven expuestas a cambios emocionales visibles en la reestructuración de las dinámicas familiares y cambios de rutina, así como de proyectos personales o profesionales. Al mismo tiempo:

Los roles de sus miembros, muy particularmente el de la persona que asume que papel de cuidador principal, por otro lado, el hecho de cuidar a un familiar con alto grado de dependencia durante un tiempo prolongado, afecta de manera significativa la salud del cuidador y de forma especial a su salud mental (Peñaranda, 2009, p. 2).

De acuerdo con Benítez (2010), la situación de tener un hijo diagnosticado con discapacidad “puede dar lugar a la aparición de sentimientos confusos de culpa, frustración, ansiedad, depresión, pérdida de autoestima y estrés” (p. 10). Podemos incluir que, la confirmación del diagnóstico de discapacidad puede significar un golpe muy duro para los padres, ya que

² Testimonios recogidos por la autora de este proyecto en su ejercicio profesional en la fundación *Centro Terapéutico Impronta de Cali* durante el 2018, cuyos nombres fueron modificados a fin de proteger su identidad.

generalmente tras el diagnóstico se genera sentimientos de angustia, culpa e incertidumbre: “¿qué hicimos mal? ¿es nuestra culpa? ¿qué debemos hacer?”.

En un estudio realizado por Morales (2013) se profundiza sobre la figura del cuidador a cargo de la persona con discapacidad y el cómo esta persona debe afrontar y expresar su experiencia desde el punto de vista de la discapacidad que tenía antes y después de conocerla, así como aquellos cambios que el cuidador casi siempre la “madre”, debe afrontar en su estilo de vida tanto personal como social, notando que posiblemente estos cambios impactan su autocuidado y su autoconcepto.

Después de todo, “las madres no son quienes van a presentar discapacidad, pero sí las que van a sobrellevar de por vida los efectos y el impacto que esta origina en las personas y en las familias” (Martínez y Cuesta, 2014, p. 125). Una mirada más detallada a través de situaciones específicas nos ayuda a profundizar en la problemática. En este sentido, se describirán brevemente algunos casos.

Lucía es una mujer de aproximadamente 36 años de edad a quien la autora pudo conocer en su experiencia laboral como Terapeuta Ocupacional, ella solía salir los fines de semana a centros comerciales, charlar con sus amigas, ir a bailar, desempeñarse laboralmente en aquel sitio que ella consideraba como un buen puesto de trabajo. Sin embargo, todo esto cambió cuando en el año 2012 se entera que sería mamá, todo transcurría bien en su tan esperado y soñado embarazo, se preparó comprándole ropa nueva y decorando su pequeña habitación, hasta que llegó el gran día donde se convertiría en mamá. Su bebé fue creciendo, pero Lucía notaba que sus comportamientos eran distintos al de los demás niños: fue diagnosticado con discapacidad (Trastorno de espectro Autista grado severo), así que Lucía tuvo la necesidad de dejar de lado sus actividades de

esparcimiento a fin de entregarse por completo a los cuidados de su pequeño hijo, fue así como poco a poco dejó de realizar actividades que le causaran satisfacción, renunciando a su trabajo, además ante el deficiente apoyo por parte del padre del menor, su relación sentimental se derrumbó hasta llegar a la separación.

Otra de estas madres es *Gabriela* quien tiene 35 años, su pequeña hija de 2 años fue diagnosticada con trisomía 18 diagnóstico que afecta de manera significativa el desarrollo psicomotor, la madre de esta menor relató que cuando se encontraba en estado de gestación los médicos le diagnosticaron de manera oportuna la condición de su hija sin embargo, el diagnóstico fue acompañado con este comentario del médico tratante: “bueno mamá usted ya sabe la enfermedad con la que viene su hija, entonces mejor no siga asistiendo a los controles, y si usted desea mejor interrumpamos el embarazo”. En ese momento “Gabriela” pensó “¿Dios mío por qué a mí?”, sin embargo, conjuntamente su esposo decidió tener a su bebé. Debido a los cuidados especiales que demandaba su bebé, esta mujer se vio en la necesidad de abandonar su trabajo, y poner un negocio familiar. Al respecto ella manifiesta:

Yo no me siento capaz de dejar a mi niña con otra persona que no sea yo, porque solamente yo conozco los cuidados de ella, ella tiene su botón gástrico y es de especial cuidado, poner eso es carísimo, mover a mi bebé tiene que ser de una manera especial tal y como me lo han enseñado en las terapias, yo hace mucho no sé lo que es salir, ir a una fiesta, compartir con mis amigas, claro que algunas me entienden.

Por su parte *Pedro* un hombre de aproximadamente 43 años de edad, quien es el principal cuidador de una chica de 17 años de edad diagnosticada con autismo y esquizofrenia además de

otros diagnósticos asociados, “Pedro” es el padrastro de esta menor, es necesario mencionar que ante las conductas agresivas la madre no se sentía en la capacidad de cuidar de esta, “Pedro” manifiesta: “a pesar de que no me tocó abandonar mi trabajo, tuve que abandonar muchas otras cosas en mi vida, como mis amigos, los demás miembros de mi familia... yo soy el único que logra controlar a la niña, han pasado algunas ocasiones que cuando ella entra en crisis me he tenido que internar con ella en el hospital psiquiátrico porque ni los enfermeros pueden con ella, ella tiene muchísima fuerza y solamente conmigo está tranquila, he descuidado mi salud, yo he sufrido ya dos pre infartos y me han tenido que hospitalizar, pero no veo la hora de volver a la casa porque ni la mamá puede con ella y pienso en lo agresiva que se debe poner y solo pregunta por su papi... cada vez que pienso en ella le pido a Dios que se la lleve primero, porque, ¿qué será de su vida sin mí?”.

Con los testimonios anteriores, de los cuidadores de personas con discapacidad, se evidencia que existe escasa participación activa en estrategias de bienestar y autocuidado, y como el rol de cuidador/a tiene un importante impacto y consecuencias en la vida de estas personas. Entre las consecuencias se encuentra que los cuidadores(as) ponen en segundo plano diversas necesidades personales en diferentes ámbitos de la vida, entre los que destaca el autocuidado respecto a su salud personal, así como su salud psicológica, además del poco acompañamiento y asistencia de los demás miembros de la familia ante las actividades y cuidados demandados por la persona con discapacidad, al respecto:

Se ha logrado determinar que las madres de estos niños en específico tienen bienestar psicológico bajo, lo cual muestra una carencia de una sensación de desarrollo continuo, falta de progreso, poca apertura a nuevas experiencias, habilidades como el control de actividades, crear o elegir entornos favorables para

sí mismos, mantener relaciones sociales estables, relacionarse con pares, poca o ninguna aceptación de aspectos positivos y negativos de ellos mismos, entre otras (Hernández, 2017, p. 24).

De acuerdo con Montalvo, Flórez y Stavro (2008) los cuidadores “no cuentan con un servicio oportuno y eficiente para el fortalecimiento de la habilidad de cuidado en casa y el reconocimiento de la labor que cumplen” (p. 200). Pese a que se evidencia bajo acompañamiento por parte del sistema de salud el cual busca unir la rehabilitación o atención terapéutica como un componente de la atención integral en salud, así como integrar sus acciones a todos los niveles del sistema, en relación a Pérez (2008) al mencionar la discapacidad se podría entender que “este ha sido el objetivo más relevante en los planes de los administradores rehabilitadores en Salud Pública, desde hace un poco más de 20 años” (p. 28). Sin embargo, al hablar de salud como aquel componente vital de la persona, este debe ser garante necesario para la calidad de vida, a través de acciones que conllevan a la promoción de la salud, prevención de enfermedades entre otras.

Para la OMS (2004, p. 12), tanto las madres como los cuidadores necesitan invertir su tiempo de manera significativa para suplir las necesidades de la persona con discapacidad, sin embargo, esta situación tiene implicaciones para el cuidador (es) causándole dificultad para “conseguir empleo o mantener el empleo actual, o se arriesgan a perder ingresos por ausencias forzadas del trabajo”, entre otras afectaciones. Ante el desempleo disminuyen los ingresos, situación que incrementa los costos y gastos del tratamiento y cuidado de la persona con discapacidad, además en algunos de los casos la familia o cuidadora en específico requiere el apoyo de un profesional externo, pero no todos cuentan con la facilidad de la asignación del mismo.

Respecto a la situación de los cuidadores en la ciudad, desde la Secretaría de Bienestar Social de la Alcaldía de Cali se adelantó una encuesta en 2018 dirigida a las cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad en donde se enuncia que:

[...] el 40% de este grupo poblacional (personas con discapacidad) requiere la ayuda de otras personas. Según la encuesta, el 86% el cuidado lo realiza algún miembro del hogar, siendo el 76% madres cabeza de familia. El 75% de los cuidadores ha dejado de trabajar totalmente y el 15% parcialmente para dedicarse al cuidado. Se encontró que el 51% sobrevive con menos de \$500.000 al mes y un 74% asegura que no cuenta con unos conocimientos sólidos para realizar esta tarea (Anacona, 2019, párr. 5).

Pero, pese a las encuestas realizadas se evidencia que son mínimos los casos en donde además de prestar atención a la persona diagnosticada con discapacidad se involucra a su principal fuente de suministros de cuidados para poder hablar de una tan esperada calidad de vida. En las atenciones médicas de las personas con discapacidad no se considera la atención a los cuidadores más allá de las recomendaciones generales de cuidado respecto al paciente. Se puede señalar que, el sistema de salud no cuenta con dispositivos específicos de ayuda para las cuidadoras(es), algunas de ellas acceden a citas de atención psicológica que en general cuentan con tiempos, frecuencia y números reducidos.

Es posible que una de las razones de la poca atención que reciben las cuidadoras(es) sea el énfasis que se pone para que el sistema de salud reduzca costos y de esta manera aumentar la productividad. Algunos pronunciamientos del Ministerio de Salud sobre el modo de gestionar la

salud en Colombia van en esta dirección: “...necesidad de evitar el gasto excesivo ya que se debe garantizar la sostenibilidad del sistema...” (Páez et al., sf, p. 4).

Para finalizar, es necesario recordar las palabras manifestadas por los cuidadores y las madres de personas con discapacidad, mencionadas a lo largo del texto con relación a sus sentimientos y todo lo que se esconde detrás del rol de cuidador, evidenciando así el principal problema que se abordará a partir de esta estrategia de intervención, el cual es la ausencia de espacios para realizar prácticas de autocuidado, de aquí la necesidad de fortalecer o implementar redes de apoyo colaborativas a fin de apuntarle a la promoción de la salud a través de la misma.

Justificación de la propuesta de intervención

Cuando se habla de la salud mental de los cuidadores también se debe hablar de su salud física, así como la importancia del balance que debe existir entre estas para así lograr desarrollar adecuadas prácticas de autocuidado, sin embargo, como se ha venido mencionando a lo largo de la estrategia de intervención se observan bajos niveles en relación a las prácticas de autocuidado de las cuidadoras(es), en este sentido Hernández (2015) confirma el bajo nivel de autocuidado de madres y/o cuidadores de pacientes con discapacidad, por tal motivo se pretende aportar a la comunidad de madres y cuidadores mediante la implementación de la estrategia “TEJIENDO REDES: M3” en donde tendrán el espacio para realizar prácticas de autocuidado, reconocer su rol como cuidador y los efectos que se pueden desencadenar si no se le brinda una atención temprana o necesaria a la sobrecarga del mismo, compartir estrategias de crianza, así como actividades de esparcimiento, además se hará principal énfasis sobre la importancia de generar y fortalecer redes colaborativas y hacer del resto de la familia actores involucrados en los cuidados que demanda la persona con discapacidad. Esto con la finalidad de brindar cuidado a las y los cuidadores.

Estas redes de apoyo colaborativas se formarán con la finalidad de permitirle a las madres y cuidadores tener espacios de autocuidado ya que, para cuidar la vida y la salud se requiere del desarrollo de habilidades personales, para apuntarle a seleccionar decisiones saludables, lo cual está dado por uno de los componentes de la promoción de la salud, los cuales se encuentran establecidos en la Carta Ottawa (1986) , donde se dijo que: “la promoción favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud” (p. 4).

Entonces, al hablar de las habilidades personales se podría decir que estas determinan el estilo de vida de una persona, así como la forma en que ellas se cuidan, estilos de vida que pueden ser atribuidos por sus actitudes, hábitos, así como prácticas individuales o familiares que posiblemente afecten de manera positiva o negativa su autocuidado.

La salud mental, por su parte plantea características de las relaciones interpersonales y sociales en que cada persona se desenvuelve, se construye y se desarrolla en forma integral y sostenible, entendido esto (Tobón, 2005, p.3) como un “proceso que debe articular los aspectos humanos, sociales políticos, económicos y ambientales para la construcción de un tejido social innovador, cada vez más humano, justo, libre y con mayor calidad de vida para satisfacer las necesidades básicas de la mayoría”

Según el informe realizado por la OMS en colaboración con la Fundación Victoriam para la promoción de la salud y la universidad de Melbourne (2004, p. 14), se podría mencionar que el funcionamiento de las áreas mentales físicas y sociales son interdependientes. Además, la “salud

y la enfermedad pueden existir simultáneamente. Pueden ser mutuamente exclusivas, solamente si la salud se define de una forma restrictiva como la ausencia de la enfermedad”. Al reconocer que la salud es un estado de balance incluyendo el propio ser, los otros y el ambiente, estaremos ayudando a que las comunidades e individuos entiendan cómo buscar su mejoramiento haciendo uso de diversos recursos, sociales, comunitarios y estatales, y no solamente individuales

Al hablar de “el propio ser” tal y como se define en el anterior apartado se debe hacer hincapié a que la salud va de la mano con el autocuidado entendidos como los cuidados propios del ser, sin embargo, para los cuidadores(as) en la práctica pueden encontrarse restricciones:

Cada vez son más los niños que desde edades tempranas presentan algún tipo de discapacidad física o psíquica. Las familias de estos niños no se sienten preparadas para asumir las necesidades que su hijo plantea. Esto produce sin duda una situación de estrés en los padres desembocando, en muchas ocasiones, en diferentes conflictos familiares internos. Dentro de la estructura familiar se puede decir, que las figuras más representativas son el padre y la madre, quienes se encargan de cubrir las diferentes necesidades que presente su hijo y a su vez, quienes acumulan la gran carga de estrés que esto conlleva. (Montalvo et al., 2008, p. 2).

Pese a esta situación de los y las cuidadoras no solamente se evidencia afectación significativa en cuanto a sus niveles de carga, para esta afirmación a continuación se describirán brevemente todas aquellas necesidades que deben atravesar esta comunidad de cuidadores e indirectamente su familia y sociedad, así que inicialmente se hablará sobre: la perspectiva de los sistemas de salud con relación a la atención y prevención en salud tanto física como mental,

seguida de los efectos para el mejoramiento de la calidad de vida para las cuidadoras(es), efectos para las personas con discapacidad y por ultimo beneficios a nivel social con el aporte de la estrategia de intervención.

Perspectivas del sistema de salud

El sistema de salud constantemente se encuentra buscando estrategias que propendan por mejorar la salud tanto física como mental de los colombianos, esto con la finalidad de evitar aparición de posibles enfermedades o malestares a futuro, actuando con un modelo de atención primaria en salud a través de la prevención, dichas estrategias:

[...] pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes... (Julio et al, 2011, p. 12).

Además, se sabe que en los últimos 15 años el sistema de salud ha “dedicado un esfuerzo considerable al desarrollo de técnicas de detección temprana para personas con alto riesgo clínico de desarrollo de enfermedad mental, e intervenciones precoces para prevenir o retrasar la progresión a la enfermedad completa” (Irrarázaval, 2016, p. 6). Siendo este enunciado no muy lejano sobre la realidad que se pretende abordar con la estrategia de intervención ya que, a partir de la promoción del autocuidado se busca mejorar la salud física y mental de las madres y/o cuidadores.

Por su parte esta estrategia da cumplimiento a la Ley 1616 de 2013 (p. 1) "por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones" específicamente lo reglamentado en el "artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud".

Calidad de vida de cuidadores

A continuación, se describirá la situación de las cuidadoras(es) y las condiciones que se atribuyen a su rol debido a su demanda de tareas, se inicia mencionando que:

[...] los cuidadores familiares son en su mayoría mujeres de edad intermedia, ... Con estados civiles variados, algunas empleadas y otras amas de casa, con niveles de educación y socioeconómicos heterogéneos, quienes por lo general cuidan al ser querido desde el momento de su diagnóstico... Estas personas sienten que la actividad ocupa la mayor parte del día y, por lo general, desconocen el rol que asumen... (Pinto et al, 2005, p. 5).

En este caso es necesario mencionar que, según Urrutia, el cuidador "experimenta cambios importantes en el desempeño de sus roles habituales; ya que el grado de compromiso depende de la demanda de cuidado que el paciente requiere" (2017, p. 36), así como de las características del cuidador. En la forma como el cuidador se adapta a estos cambios influyen factores específicos como sus características personales, la severidad de la enfermedad del paciente, y los ajustes que debe hacer en su estilo de vida y en el rol familiar para satisfacer las demandas de cuidado.

Actualmente es de suma importancia comprender las ventajas del acompañamiento, así como la atención de cuidadores de personas con discapacidad, sin embargo, desde el contexto

social no se observa un acompañamiento psicosocial continuo para un adecuado desarrollo emocional, ya que esta se centra en distintas problemáticas que pueden ser las distintas variables de la persona que presenta la discapacidad.

A su vez Neira (2018) menciona que “frecuentemente el cuidador se siente agobiado por las excesivas demandas del paciente y experimenta sentimientos negativos como ira, inseguridad, tristeza” (p. 14). Lo mismo opinan autores como Flores, Rivas y Seguel (2012), cuando mencionan que:

La experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provoca un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y, por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y auto cuidado no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados. Por lo que se requiere, de un apoyo psicosocial más sistémico que contemple una amplia red de apoyo, una atención más inmediata con el cuidador para comprender sus estilos de vida, la manera en que esta emocionalmente y cómo maneja los diversos estresores que le surgen en el cuidado y de ahí dependen diversas problemáticas que pueden surgir a nivel de la salud mental de las personas donde se ve inmersos las emociones y los pensamientos de frustración en ellas lo que se ve afectado son las emociones como la ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, amor, aumento de la autoestima y satisfacción del trabajo realizado ya que no se ve el valor del rol realizado viendo que tiene un cambio brusco en la persona que se convierte en cuidadora (p. 8).

Ante todas las problemáticas descritas, se ve la importancia de apuntar a establecer redes de apoyo colaborativas como uno de los objetivos específicos de la estrategia de intervención, respecto a las redes

...constituyen una fuente de recursos materiales, afectivos, psicológicos y de servicios, que pueden ponerse en movimiento para hacer frente a diversas situaciones de riesgo que se presenten en los hogares, como falta de dinero o empleo, como apoyo en caso de una enfermedad o para el cuidado de niñas, niños o personas adultas mayores. Nos referimos a las redes mediante las cuales las personas crean lazos entre sí para brindarse apoyo y no a las extendidas redes virtuales que cada vez cobran mayor importancia con las tecnologías de la información. (Bayón, 2010, en Instituto Nacional de Mujeres, 2015, p. 1).

Entonces, al existir una red de apoyo colaborativa se realiza un intercambio de saberes o de necesidades, tal como se esperaría que la estrategia aporte al autocuidado de estas mamás a partir de las experiencias de los demás participantes de la estrategia de intervención. Por ejemplo, tomar de referencia algunas estrategias de crianza para sus hijos, o compartir saberes previos para desarrollar actividades de esparcimiento.

Es conveniente mencionar que estas redes de apoyo se fortalecerán o se formarán con la misma comunidad de madres y algunos casos con su familia inmediata, por tanto, se debe mencionar la familia según Bezanilla y Miranda (2014) como aquel “grupo primario por excelencia, debido a que la persona, desde su nacimiento, se encuentra inmersa en él y es ahí donde vive y desarrolla las experiencias y habilidades que servirán como base para la vida en todos los ámbitos de su existencia” (p. 60), entonces al entender a la familia como aquel núcleo donde la

persona se desenvuelve en su contexto diario, debe existir un balance de relaciones familiares que permitan una comunicación asertiva así como generadora de espacios para el fortalecimiento de prácticas saludables no solo físicas si no mentales.

Se menciona también, que es viable realizar esta estrategia de intervención ya que la autora desde su experiencia laboral cuenta con un buen canal de comunicación frente a la población objeto de intervención, asimismo a muchas de las madres al comentarles la posible implementación de la estrategia se mostraron con gran iniciativa, pues según Morales (2013, p. 8) si una madre está en condiciones óptimas teniendo en cuenta su desempeño ocupacional, y al referirse a este término no solo se aborda el componente laboral, si no por el contrario su desempeño en todas sus áreas (física, mental y social), así como sus roles, “será una mujer más productiva”, puesto que será consiente de la necesidad de mantener un buen estado de salud y realizar prácticas saludables de manera individual o colectiva.

Efectos para personas con discapacidad

Es necesario traer a colación que al implementar la estrategia de intervención se busca apuntarle a fortalecer o hacer vivencial el artículo 8 de la 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”. En dicho artículo se busca brindar:

Acompañamiento a las familias. Las medidas de inclusión de las personas con discapacidad adoptarán la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) integrando a sus familias y a su comunidad en todos los campos de la

actividad humana, en especial a las familias de bajos recursos, y a las familias de las personas con mayor riesgo de exclusión por su grado de discapacidad... (p.8).

Pese a que en la estrategia de intervención su población directamente beneficiada son las madres y cuidadoras(es) de personas con discapacidad brindando estrategias que favorezcan su autocuidado así como el autorreconocimiento de su rol, indirectamente se beneficiarán las personas diagnosticadas con algún tipo de discapacidad, ya que al tener un cuidador con óptimos niveles de salud física y mental tendrán mejores atenciones en sus cuidados, ya que se espera que con el fortalecimiento o creación de redes de apoyo colaborativas su cuidador tendrá mayor espacio para realizar actividades que permitan evitar aparición de enfermedades (a través de ejercicio, descanso y sueño, entre otras), mejorar manejo de estrés y habilidades y conocimiento con relación a los cuidados hacia su hijo o persona con discapacidad.

Ya que si las madres o cuidadoras(es) no cuentan con los conocimientos necesarios tanto en relación a su autocuidado, como en los conocimientos atribuidos a la discapacidad de sus hijos se “predice un mayor riesgo de que la familia emprenda respuestas poco adaptativas como la negligencia o el maltrato” (Berástegui y Gómez, 2007, p. 299). Y esto se lo podría atribuir a sentimientos desespero por el poco apoyo, comprensión o ayuda.

Beneficios sociales

En Colombia la discapacidad cada vez va en aumento y las familias se afectan directamente existiendo la necesidad de establecer una figura de cuidador, ante esta situación es de suma importancia tomar medidas para que las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores puedan gozar de:

[...] su derecho a la participación en la sociedad en diferentes áreas de la vida, a ser aceptado, reconocido, valorado y a tener los recursos necesarios para cumplir su papel. Si se entiende que la población de personas con discapacidad requiere de la atención de un cuidador, se debe también estar consciente de la importancia de promover el bienestar y prevenir la restricción de la participación de éste en la vida social, pues se puede pasar fácilmente a duplicar la discapacidad. En otras palabras, si la discapacidad genera una restricción en la participación ésta no debe alcanzar al cuidador. (Grupo de investigación Ocupación e inclusión social, 2008, p. 7).

Ante esta situación, se podría decir que una de las herramientas de gran ayuda para los cuidadores de personas con discapacidad es la información del diagnóstico y como abordarlo, entonces,

[...] en la medida que aumenta el número de cuidadores, se deben crear estrategias que brinden apoyo, no sólo a nivel institucional sino especialmente en la comunidad y en la familia, dado que la familia generalmente es el principal agente cuidador de una persona en situación de enfermedad crónica discapacitante (Venegas, 2006, p.2).

Entonces al hablar del cuidado en esta estrategia de intervención, se busca establecer la corresponsabilidad de diversos actores, pero siendo la principal fuente de apoyo la:

Red Familiar y Comunitaria, proponiendo una redistribución de cargas dentro del entorno familiar, con el propósito de construir relaciones equitativas, en tanto las

relaciones, roles y tareas en torno al cuidado sean definidas por los integrantes de su familia independientemente a su identidad de género (Gaviria et al, 2015, p.22).

Finalmente se debe mencionar que con esta estrategia de intervención, en base a sus objetivos específicos destinados a aumentar conocimientos con relación al autocuidado y la discapacidad así como herramientas para afrontarlas, se precisa necesario el abordaje del empoderamiento, educación, capacitación, preparación y de los cuidadores de personas con discapacidades, esto con la finalidad de brindar ayuda a otras familias que se encuentren atravesando la misma situación y que alguna situación no han contado con el apoyo necesario para sobrellevar su rol de cuidador.

Objetivos

Objetivo general

Fortalecer las competencias de autocuidado de madres y/o cuidadoras(es) de personas con discapacidad que asisten al centro de salud LHG de Cali para el mejoramiento de su calidad de vida.

Objetivos Específicos

- Aumentar nivel de conocimiento y ejecución de actividades con relación al autocuidado de las madres y/o cuidadores

- Orientar el fortalecimiento de las redes familiares y sociales (comunidad de cuidadores) de las personas con discapacidad
- Impulsar el fortalecimiento y/o creación de redes de apoyo colaborativas encaminadas a proveer cuidados al principal cuidador, así como al usuario con discapacidad.

Marco de referencia teórico conceptual

Para este apartado se iniciará hablando brevemente sobre la discapacidad, así como la situación que presentan sus cuidadores debido a las demandas de su rol, seguido de esto se abordará el término autocuidado y su estrecha relación con la salud mental, así como los determinantes sociales en salud.

La discapacidad

El enfoque biopsicosocial, define la discapacidad relacionadamente como:

[...] el resultado de interacciones complejas entre las limitaciones funcionales (físicas, intelectuales o mentales) de la persona y del ambiente social y físico que representan las circunstancias en las que vive esa persona. ...incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, denotando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y la de los factores contextuales individuales (factores ambientales y personales) (Ministerio de salud, s.f, p. 1).

Situación de los cuidadores de personas con discapacidad

Como consecuencia de las deficiencias mencionadas anteriormente, las personas con discapacidad en su gran mayoría, requieren de una figura que asuma el rol de cuidador, el cual casi siempre es asumido por su madre, debido a las tareas que debe asumir la persona cuidadora esta puede presentar,

... malestar físico y mental, incluso trastornos mentales, que tienen estrecha relación con su actividad como cuidadores. Siendo esa situación de especial atención, pues se considera que disponen de menos estrategias de afrontamiento ante estas dificultades. La serie de dificultades está caracterizada principalmente por sentimientos de carga, estrés y tristeza (Zambrano y Ceballos, 2007, p. 2).

La familia como Red de apoyo

Al pensar en familia se puede comprender que esta ha sido un elemento clave para el análisis y modo de funcionamiento de la sociedad, mediante esta:

[...] la comunidad no sólo se provee de sus miembros, sino que se encarga de prepararlos para que cumplan satisfactoriamente el papel social que les corresponde. Es el canal primario para la transmisión de los valores y tradiciones de una generación a otra... (Oliva y Villa, 2013, P.13).

En la familia se lleva a cabo la noción de apoyo social, el cual se puede definir como:

[...] la percepción de que tenemos personas en quien confiar, que nos hacen sentir que nos quieren, cuidan y valoran. Actúa como protector de salud, mientras su déficit influye en la aparición de problemas de salud mental, accidentes, entre

otros. Se ha abordado el posible efecto del apoyo social como amortiguador del estrés sobre los cuidadores... (Delicado et al., 2011, párr.4).

Entonces, es a partir del apoyo social, que se establecen las redes de apoyo colaborativas, esta “generación de redes de apoyo requiere la construcción de vínculos recíprocos de intercambio, confianza y responsabilidad a través de la escucha múltiple y el fortalecimiento de un tejido relacional constituido por redes de parentesco, de amistad y vecindario” (Bustos y Silva, 2020, p. 126).

De aquí que esta estrategia de intervención busque fortalecer o crear redes de apoyo colaborativas a fin de que tanto madres como cuidadoras(es), cuenten con el espacio necesario para llevar a cabo prácticas de autocuidado y de esta manera disminuir la sobrecarga de su rol, favoreciendo su salud física y mental.

Autocuidado y Salud Mental

Ante la serie de dificultades que deben atravesar los cuidadores a consecuencia de las tareas que demanda su rol, y ante la evidencia de pocas herramientas para sobrellevarlas, se considera necesario para esta estrategia de intervención abordar como eje temático el autocuidado el cual está estrechamente relacionado con el autoconcepto, este último es “muy importante en la formación de la personalidad y, además, se relaciona con el bienestar en general. Desarrollando un autoconcepto positivo conseguiremos un buen ajuste psicosocial y evitaremos futuros problemas psicológicos” (Nerea, L., & Molero, 2013, p.1).

En este orden de ideas, para esta estrategia de intervención, se debe comprender el autocuidado como el encargado de prevenir o disminuir aquellos malestares que presentan las

cuidadoras(es), una vez indicado esto se abordará dicho concepto, el cual se compone de todas “aquellas acciones que las personas realizan para potenciar su salud y evitar daños. Dichas acciones son la parte visible, observable e incluso medible; sin embargo, existe poco avance conceptual acerca de los aspectos que influyen para que las personas se prodiguen autocuidado” (Monreal et al, 2011, p. 4).

Finalmente, se debe mencionar que existe una estrecha relación entre la salud física y la salud mental, pues se podría decir que ninguna puede existir por si sola,

ya que la persona es indivisible. Cuando se presenta un problema de salud físico, el estado mental de una persona se ve afectado: hay preocupación, se sufren olvidos, se está más irritable, entre otras. Asimismo, cuando existe un problema de salud mental, la salud física también se resiente: se presentan dificultades para dormir y descansar. Sin olvidar que muchos problemas psicológicos se manifiestan con frecuencia a través de síntomas somáticos (insomnio, cefalea, taquicardia, entre otros). Por tanto, cuando se habla de cuidar la salud mental se está hablando de cuidar un aspecto de la salud en general de la persona, y, por tanto, también es necesario cuidar la salud mental desde una perspectiva integral de cuidar: bio-psico-social-espiritual (Lluch, 2002, p. 3).

Para comprender mejor la importancia de cuidar la salud física y mental de los cuidadores, resulta pertinente abordar un aspecto puntual necesario para su reflexión: existen varias razones por las cuales deberíamos cuidarnos más: entre ellas, es necesario sentirse bien para poder ayudar a los demás, cuidar conlleva una relación asimétrica de desgaste frente a la que hay que saber reponerse... (Lluch, 2002, p. 3).

Acciones de autocuidado

Desde el autocuidado se evidencian acciones o conductas que realizan las personas a fin de potenciar su salud y prevenir riesgos, para ello se abordarán brevemente las denominadas acciones de autocuidado las cuales se dividen en dos tipos: intencionales y deliberadas.

En las acciones intencionales se ubican todas aquellas conductas rutinarias de la vida diaria que se realizan sin previa reflexión. En este tipo de acciones la familia de origen y el grupo social del que se forme parte influyen de manera decisiva para la conformación de hábitos cotidianos. Las acciones deliberadas se realizan con un fin determinado y teniendo conocimiento previo sobre el resultado que se pretende alcanzar al realizar determinada acción. Por consiguiente, estas acciones son reflexivas e influidas por experiencias y saberes acumulados. (Monreal et al, 2011, p. 5).

Dichas acciones difieren dependiendo del estilo de vida, así como los determinantes sociales. Entonces, se precisa pertinente abordar el termino: estilo de vida, este se encuentra:

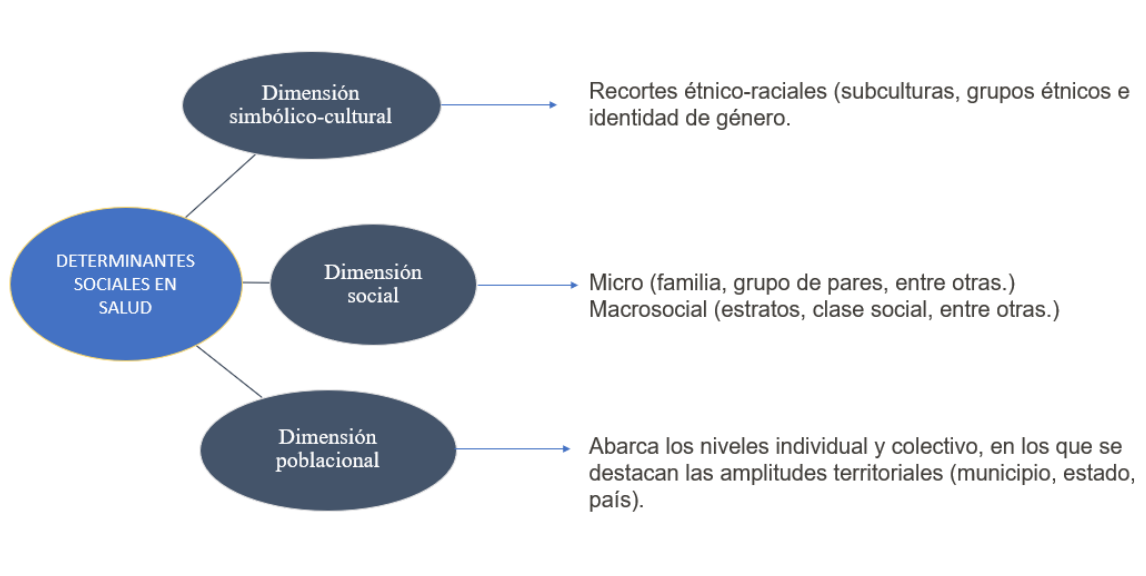
[...] ubicado dentro de las condiciones estructurales, económicas y culturales de las personas/grupos sociales, de manera que sus comportamientos puedan ser comprendidos a partir de las circunstancias y condiciones en las que viven. El concepto de estilo de vida se relaciona estrechamente con el ingreso económico y la posición dentro del trabajo; las cuáles tienen pleno vínculo con la clase social, el prestigio y el honor social son aspectos que juegan un papel importante con el status social que tienen las personas (Levin y Gartly, 1992, p. 6).

Ahora bien, para hablar del segundo concepto: determinantes sociales en salud, se debe mencionar que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS),

En su investigación sobre las causas sociales de la desigualdad en salud concluye que esa desigualdad no puede explicarse únicamente por niveles de pobreza, variaciones en el ingreso o diferencias de capacidad de los servicios de salud locales, sino que adicionalmente se la puede explicar por la distribución desigual de condiciones sociales, políticas y económicas, a las que la OMS ha denominado determinantes sociales de la salud. Y se enfatiza que las principales causas intermedias de la morbilidad y la mortalidad en los países de ingreso medio y alto se vinculan con la posición socioeconómica del individuo; es decir, las causas principales de las inequidades en salud surgen de las condiciones en las que nace, vive, trabaja y envejece la población. (Rodríguez, 2016, p.2).

Cuando se abordan los determinantes sociales en salud, se debe tener en cuenta que existen ciertas dimensiones que los atraviesan, las cuales se explicaran a continuación a través del gráfico:

Figura 1. El mapa conceptual resume características de los determinantes sociales en salud.



Fuente: Almeida, (2020)

Es necesario mencionar que cuando se habla sobre determinantes sociales en salud, se comprende la dinámica de las cuidadoras(es), así como la de sus familiares, analizando aquellos intereses, debilidades y fortalezas que tienen como red de apoyo, para de este modo plantear las actividades que dan respuesta a los objetivos trazados, de tal manera que cada una de estas actividades se acomoden a sus necesidades.

Esta situación da validez a esta estrategia de intervención, ya que ante las pocas herramientas que tienen los cuidadores para llevar a cabo su rol, se abordará puntualmente el autocuidado de madres y cuidadores de personas con discapacidad mediante estrategias de sostén a partir de redes de apoyo colaborativas, ya que tener un cuidador sano es sinónimo de mejor atención para la persona con discapacidad.

Una vez descrito dichos conceptos que aportan al marco de referencia teórico conceptual, se describirá la perspectiva ecológica articulada a esta estrategia de intervención, esta perspectiva comprende niveles tales como:

[...] el individual, que incluye los factores biológicos y de la historia personal; el de las relaciones, que incluye la familia y los grupos de pares; el de la comunidad, que incluye las relaciones sociales que se desarrollan en espacios como las escuelas, los lugares de trabajo y los vecindarios; y el de la sociedad, que se refiere a la estructura de la sociedad y a las normas sociales... (Salcedo et al, 2005, p. 10).

En concordancia con lo anterior para esta estrategia de intervención se abordará la familia y la comunidad de cuidadoras(es), para el fortalecimiento y creación de redes de apoyo colaborativas, entonces, se podría ver la familia como aquel sistema en donde, se logra identificar las interacciones que se dan dentro de esta y las interrelaciones que se dan con otros sistemas en este caso la comunidad, estas características permiten a los cuidadores de personas con discapacidad y sus familias analizar aquellas estrategias que les permitan tener una mejor calidad de vida, así como cuidar de su salud mental. (Paladines y Quinde, 2010, p. 17).

Para Torrico (2002, p. 2) en concordancia con Bronfenbrenner el “modelo ecológico” se concibe como una disposición seriada de estructuras concéntricas inclusivas, en la cual cada una de las estructuras se encuentra inmersa en la siguiente” (Bronfenbrenner,1987, p. 2). En este sentido esta estrategia de intervención plantea trabajar sobre dos niveles, aportados por el modelo: El microsistema y mesosistema.

Este modelo contribuye unas bases importantes que nos permiten ver distintas maneras con las que una persona se relaciona con el entorno. Y cómo estas relaciones afectan positiva o negativamente el desarrollo de sus actividades cotidianas.

A continuación, se describirán a profundidad las dos perspectivas del modelo mencionadas anteriormente, empezando por el microsistema, el cual es concebido como el “conjunto de interrelaciones que se producen dentro del entorno inmediato y la familia es el microsistema más importante porque configura la vida de una persona durante muchos años” (Bronfenbrenner, 1998, p. 2)

La familia desde esta perspectiva es entendida como: “un 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” (Espinal, Gimeno y González, s.f., p. 3). Cabe señalar que para esta propuesta de intervención se tendrá en cuenta este sistema para comprender las dinámicas familiares que existen detrás de las madres o cuidadores de personas con discapacidad, identificando aquellas falencias que aportan a la disminución de prácticas de autocuidado por las posibles cargas que demanda la persona diagnosticada con discapacidad.

El siguiente sistema que se traerá a descripción es el Mesosistema el cual es comprendido como aquel “conjunto de sistemas con los que la familia guarda relación y con los que mantiene intercambios directos, en cada etapa de ciclo familiar, suele haber unos sistemas de interacción más frecuentes” (Espinal, Gimeno y González, s.f., p. 2), que se deben considerar: la escuela, barrio o la asociación de vecinos, entre otros. Teniendo en cuenta que al existir discapacidad tanto las madres y los cuidadores cuentan con algo en común, por ende, se ve la necesidad de fortalecer las relaciones con este sistema, de aquí la intención de generar redes de apoyo

colaborativas tanto con familia como con vecinos, amigos, aportando al desarrollo del autocuidado, así como practicas saludables para el cuidador.

Una vez descritos los sistemas de esta perspectiva ecológica, se debe mencionar que estos trabajarán transversalmente con las fases y sus respectivas actividades, que serán explicadas más adelante, en las cuales encontraremos de manera práctica los conceptos claves que sustentan la estrategia de intervención tales como, la perspectiva participativa y el diálogo de saberes.

Marco contextual

La RED DE SALUD DEL CENTRO, es una empresa social del estado que ofrece servicios de salud a través de profesional idóneo, así como estructura para brindar una atención integral con seguridad y calidad. busca “prestar servicios de salud con calidad, considerando el perfil epidemiológico, contribuyendo a mantener sana y mejorar la calidad de vida de la población del municipio de Santiago de Cali, garantizando la rentabilidad social, la sostenibilidad financiera y la participación social” (RED DE SALUD CENTRO ESE, 2019).

Esta empresa social y del estado presta servicios de atención tales como:

Atención ambulatoria, atención intrahospitalaria, rehabilitación integral, apoyo diagnóstico, ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal, ruta integral de atención en salud para grupos de riesgo y proceso de pool de ambulancias. (RED DE SALUD CENTRO ESE, 2019).

Además, se debe mencionar que esta red de servicios atiende a usuarios que residen en las comunas 8 a 12 de Santiago de Cali, cuenta con 16 instituciones prestadoras de servicios (IPS) brindando atención de salud de baja complejidad dentro de estas se incluye el centro de salud LHG donde se pretende aplicar la estrategia de intervención.

A continuación, se mencionarán ciertas características comunes entre estas comunas, se evidencia existe un mayor número de habitantes que pertenecen al género femenino con relación al masculino, sus edades teniendo en cuenta la media oscilan entre los “25 y 59” (Rodriguez, 2016, p. 40) años “el estrato socioeconómico moda es el 3” (Ruiz, 2016, p. 37). En sus niveles de escolaridad se destacan, Básica primaria seguida de básica secundaria, y en mínima proporción educación universitaria. (Montoya, 2016, p. 44). Dentro de los tipos de discapacidad menos frecuentes se destacan aquellos relacionados con la voz y el habla, así como dificultad para bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo, dentro de los tipos de discapacidad más frecuentes se destaca la “dificultad para moverse o caminar por sí mismo (situación que es similar a la de la mayoría de las otras comunas)” (Plan de desarrollo municipal Palmira, 2016, p. 41).

Metodología

Para esta estrategia de intervención, la propuesta metodológica se organiza a partir de fases que pretenden dar respuesta a los objetivos trazados ante la evidencia de las pocas prácticas de autocuidado de madres y cuidadoras(es) de personas con discapacidad. En este orden de ideas, se ha tomado como referencia la perspectiva participativa, así como el diálogo de saberes, conceptos que sustentan las acciones de intervención de esta estrategia. Entonces, la perspectiva participativa:

[...] conceptualiza al grupo afectado por algún problema social como interlocutor y actor privilegiado para la transformación social. Ellas hacen énfasis en que las personas que están afectadas por los problemas sociales deben ser parte de la solución de aquellos problemas... (Montenegro, 2001, párr. 20).

A su vez, abordando el término diálogo de saberes, este,

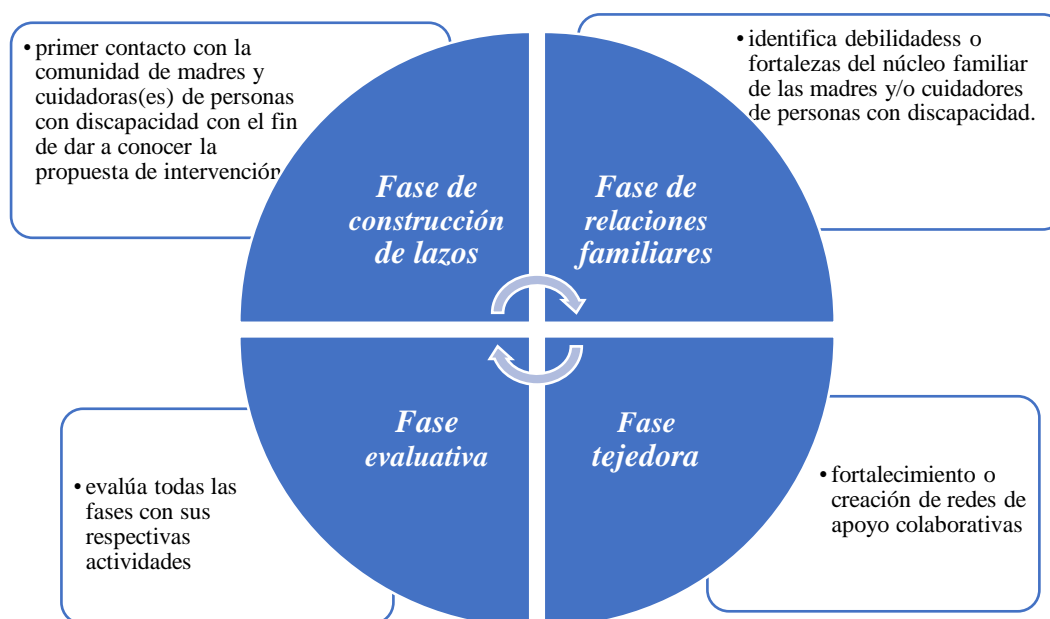
... se produce en diálogos que son igualitarios, en interacciones en las que se reconoce la inteligencia cultural en todas las personas y que están orientadas a la transformación de los niveles previos de conocimiento y del contexto sociocultural para avanzar hacia el éxito de todas y todos. El aprendizaje dialógico se produce en interacciones que aumentan el aprendizaje instrumental, favorecen la creación de sentido personal y social, están guiadas por principios solidarios y en las que la igualdad y la diferencia son valores compatibles y mutuamente enriquecedores (Aubert, Flecha, García, Flecha, & Racionero, 2010, citados por Nieto, 2013, p. 13).

De ahí, que se observen inmersas las acciones de intervención a partir de los términos descritos previamente, ya que ambos dan hincapié a que se formen intercambio de saberes a partir de las redes de apoyo colaborativas, ya que las cuidadoras(es) a través de los conocimientos que serán reforzados o adquiridos a lo largo de las actividades trazadas podrán llevar a cabo prácticas de autocuidado, además de motivar a aquellas cuidadoras(es) que no lo realizan o por el contrario aun no cuentan con el apoyo necesario o con una red de apoyo precaria.

Fases de la propuesta de intervención

Para esta estrategia de intervención psicosocial se desarrollarán cuatro fases (las tres primeras compuestas cada una por 4 actividades y una fase transversal a estas: Fase evaluativa) las cuales trabajan de la mano con la perspectiva ecológica, además de hacer vivenciales la perspectiva participativa y diálogo de saberes. Dichas fases se describirán a continuación:

Figura 2. Resumen de fases de la estrategia de intervención



Fuente: elaboración propia.

Fase de construcción de lazos: Esta fase está destinada a realizar el primer contacto con la comunidad de madres y cuidadoras(es) de personas con discapacidad con el fin de dar a conocer el objetivo de la propuesta de intervención y la importancia de la misma, en esta fase se realizarán tres momentos necesarios:

1. Socializar el objetivo de la propuesta y sus ventajas al largo plazo y vincular a las cuidadoras(es).
2. Establecimiento de horarios de asistencia a las actividades que son de carácter presencial.
3. Preparación de las actividades teniendo en cuenta sus ejes principales (autocuidado, autoconcepto, fortalecimiento o creación de redes de apoyo colaborativas).

Fase de relaciones familiares: Esta fase está orientada a identificar principales falencias o fortalezas del núcleo familiar de las madres y/o cuidadores de personas con discapacidad.

Fase tejedora: Siendo esta una de las fases más importantes ya que apunta al fortalecimiento o creación de redes de apoyo colaborativas a fin de orientar actividades generadoras de espacios necesarios para llevar a cabo acuerdos prácticos de autocuidado.

Fase evaluativa: Esta fase se desarrollará al finalizar cada una de las otras fases con sus respectivas actividades, a través de entrevistas no estructuradas que fomenten el diálogo abierto con los participantes de la estrategia de intervención psicosocial y así lograr afianzar algunas falencias que se puedan ir presentando en el desarrollo de dicha estrategia. (Por tal motivo esta fase no aparecerá descrita a profundidad en las tablas donde se describen paso a paso sus actividades, ya que esta fase invita al diálogo abierto entre facilitadores y participantes).

A continuación, se realiza un esquema del desarrollo de la estrategia, teniendo en cuenta las fases que ya fueron descritas anteriormente (Fase de construcción de lazos: 4 actividades con frecuencia semanal. Fase de relaciones familiares: 4 actividades con frecuencia semanal. Fase tejedora: 4 actividades con frecuencia semanal.) así como los conceptos claves que sustentan el desarrollo de la estrategia de intervención (perspectiva participativa y diálogo de saberes), para ello se mencionarán aquellas actividades que darán respuesta a los objetivos inicialmente trazados:

Tabla 1: Resume las fases de la estrategia de intervención

RESUMEN DE LA ESTRATEGIA: “TEJIENDO REDES M3”				
Fase	Objetivo	Estrategia	Actividad	Metas
Fase de construcción de lazos	Aumentar nivel de conocimiento y ejecución de actividades con relación al autocuidado de las madres y/o cuidadores	Perspectiva participativa	<ul style="list-style-type: none"> - Mi reflejo - conociendoMe y aportandoMe - Así soy yo - Actuando con amor y entrega 	<p>Los participantes reconocen el concepto autocuidado, identifican al menos 3 fortalezas que favorecen el autocuidado y 3 debilidades que no permiten la práctica del mismo.</p> <p>Se comprometen a realizar al menos 3 actividades semanales de prácticas de autocuidado.</p>
Número de actividades: 4 Frecuencia: semanal				
Fase de relaciones familiares	Orientar el fortalecimiento de las redes familiares y sociales (comunidad de cuidadores) de las	Perspectiva participativa	<ul style="list-style-type: none"> - Mi casita de reglas - Mi caja de recursos para el autocuidado - Búsqueda del tesoro para el autocuidado - La cobija del autocuidado 	<p>Los participantes son capaces de crear al menos 2 conceptos de autocuidado, así como sus prácticas. Reconocen 3 conductas nocivas que</p>
Número de actividades: 4 Frecuencia: semanal				

	personas con discapacidad			afectan sus prácticas de autocuidado, se comprometen a socializar la estrategia con al menos un miembro de su familia.
Fase tejedora	Impulsar el fortalecimiento y/o creación de redes de apoyo colaborativas encaminadas a proveer cuidados al principal cuidador, así como al usuario con discapacidad.	Dialogo de saberes	<ul style="list-style-type: none"> - Hilando el autocuidado - Como lo haces tú - Entrelazando saberes - Libérate de tus miedos 	<p>Los participantes comparten al menos 2 estrategias de crianza con su red de apoyo colaborativa.</p> <p>Al menos un miembro de la familia se compromete a cuidar dos veces en semana a la persona diagnosticada con discapacidad.</p>
Número de actividades: 4 Frecuencia: semanal				

Desarrollo de las actividades por fases proyecto “TEJIENDO REDES: M3”

Tabla 2: *Actividades primera fase*

Fase 1	Fase de construcción de lazos
Estrategia	Perspectiva participativa
Actividad	Mi reflejo
Materiales	Caja de cartón, espejo, hojas de colores y marcadores
Tiempo requerido	2 horas
Desarrollo	<p>Inicialmente el facilitador les da a conocer a los participantes el objetivo del programa y la importancia de mostrarse adherente al mismo, se les explica los sistemas del modelo ecológico y como estos se irán articulando con el pasar de las actividades, se da espacio para resolver dudas respecto al programa y se finaliza con el primer momento.</p> <p>Posteriormente el facilitador les pide a los participantes ubicarse en sillas las cuales deberán organizarse en mesa redonda, posteriormente se realiza la lectura del cuento “la rosa blanca” (ver anexo 1) una vez finalizada la lectura se plantea breve reflexión en torno al autoconcepto y el autocuidado, luego se pasa a cada persona la caja de cartón cerrada la cual lleva en su interior un espejo, se les dará la consigna “a continuación voy a pasar a cada uno de ustedes</p>

	<p>esta caja, ahí van a encontrar un regalo maravilloso, por favor no mencionen lo que encuentran, solamente lo vamos a admirar”, finalizado ese momento se realiza entrega de hojas de colores y marcadores pidiéndole a las madres o cuidadores realizar su autorretrato y escribir aspectos que les gustaría mejorar en torno a su autocuidado, se finaliza con reflexión de cada persona y se depositan sus dibujos en la caja de cartón. Los cuales el facilitador deberá guardar para un próximo encuentro.</p>
Resultados	<p>Lograr vinculación de la población participante al proyecto de intervención psicosocial</p> <p>Lograr que a partir de la lectura esta se vuelva basándonos en Perinat (1999) y parafraseando a Petit como una “vía privilegiada para reencontrarse con uno mismo, con la experiencia y las emociones; es una manera de volver a habitar el mundo, de asimilar lo que se fue, lo que queda vacío y a la vez, permite dar entrada a la posibilidad de reconstrucción” (p. 125)</p>
Actividad	ConociendoMe y aportandoMe
Materiales	Pliegos de papel Kraft, colores, crayolas, marcadores, temperas, pinceles, lápices, tijeras, cinta
Tiempo requerido	1 hora 30 minutos

Desarrollo	<p>El facilitador da la bienvenida a los participantes y les pide organizarse en mesa redonda, inicia explicándoles la dinámica de la actividad, y les hace la respectiva entrega de los materiales, se les da la consigna, “en los pliegos de papel Kraft vamos a plasmar a través de un dibujo lo que significa para nosotros nuestro hijo con discapacidad” se les brinda el espacio para que los participantes puedan reflejar su figura y se les pide escribir a un lado de la silueta todas sus habilidades así como aquellas cosas que ellos consideran que son buenos realizándolas, al finalizar el dibujo se les pide pegarlos en las paredes el auditorio, posteriormente el facilitador les habla de la importancia del autocuidado y las consecuencias a largo plazo que se pueden presentar en caso de no practicarlo. Para finalizar se les pide a los participantes escribir al otro lado del dibujo aquellas falencias que de manera familiar y personal consideran no aportan en las prácticas de autocuidado, luego mediante entrevista no estructurada el facilitador pregunta “¿cómo creen que podemos lograr realizar prácticas de autocuidado?”, se cierra con pequeña reflexión en torno al autocuidado.</p>
------------	--

Resultados	Lograr fortalecer o aumentar conocimientos de los participantes con relación al autocuidado, sus prácticas y beneficios.
Actividad	Así soy yo
Materiales	Bombas, alfileres, marcadores
Tiempo requerido	1 hora 45 minutos
Desarrollo	<p>Inicialmente el facilitador da la bienvenida al grupo de trabajo, a cada participante se le hará entrega de una bomba y se les da el comando “la vamos a inflar, y con los marcadores que se encuentran en la mesa le vamos a dibujar un rostro” una vez terminado el primer paso de la actividad el facilitador hace entrega de un alfiler a cada participante y les dirá “va a ganar la persona que al finalizar la actividad todavía tenga su bomba inflada, así que a la cuenta de tres cualquiera puede reventar la bomba del compañero, nuestro deber es proteger la bomba, 1, 2, 3...”</p> <p>terminado el segundo paso de la actividad se vuelve a organizar el grupo y se les plantea las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 ¿Qué representó la bomba para ustedes? 2 ¿Por qué no querían que les reventaran la bomba? 3 ¿Quién es la persona más importante en su vida? 4 ¿Para ustedes que es autocuidado?

	<p>Se culmina recordándoles a los participantes la importancia del autocuidado y sus prácticas y se realiza entrega de un calendario de actividades (estos deberán ser personalizados dependiendo de las habilidades de los participantes las cuales ya fueron recolectadas en las sesiones pasadas) (ver anexo 2) resaltando prácticas de autocuidado y se les pide seleccionar realizar al menos tres de estas en la semana.</p>
Resultados	<p>Afianzar conocimientos en relación al autocuidado, generar iniciativa para llevar a cabo prácticas de autocuidado dependiendo de los principales intereses de los participantes</p>
Actividad	<p>Actuando con amor y entrega</p>
Materiales	<p>Cartulina, tijeras, pegamento, colores, marcadores, elástico, cosedora</p>
Tiempo requerido	<p>2 horas 15 minutos</p>
Desarrollo	<p>El facilitador deberá dividir los participantes en grupos de 4 personas y les dará la instrucción “vamos a representar a través de una pequeña dramatización la situación de una familia que como ustedes tiene un hijo diagnosticado con discapacidad, y deberán representar como los familiares van a ayudar al cuidador a generar espacios en los que realice prácticas de autocuidado. En la mesa van a encontrar material para realizar máscaras y así poder</p>

	<p>representar a la familia”, se les dará alrededor de 15 minutos para realizar las máscaras y preparar su pequeña puesta en escena. Una vez pase cada grupo se les da a conocer la importancia de las prácticas de autocuidado, se da espacio para un segundo momento en donde cada participante se presenta (dando a conocer su nombre, ocupación, edad, diagnóstico de su hijo, entre otras). Habiendo explorado el interés (compromiso) de los participantes en el desarrollo del proyecto surge la imperiosa necesidad de conformar redes de apoyo colaborativas (siendo necesario mencionar que estas se fortalecen a lo largo del proyecto).</p> <p>Finalmente se organiza vía WhatsApp el grupo “M3”, a fin de informar avances en cuanto a actividades de autocuidado dadas en el cronograma de actividades.</p>
Resultados	<p>Aumentar o realizar prácticas de autocuidado dependiendo de los principales gustos de la persona.</p> <p>Generar Perinat (1999) “espacios para la reconstrucción, abrir espacios para el diálogo e intercambio cultural a partir de las necesidades e intereses emocionales y sociales” (p. 124).</p>

Tabla 3: *Actividades segunda fase*

Fase 2	Fase de relaciones familiares
Estrategia	Perspectiva participativa
Actividad	Mi casita de reglas
Materiales	Hojas de papel, lapiceros, lápices, borradores, sacapuntas, colores
Tiempo requerido	60 minutos
Desarrollo	<p>Previamente el facilitador deberá organizar el espacio de trabajo de tal manera que cada participante tenga su espacio personal, seguido a esto da la bienvenida al grupo de trabajo y les da la consigna “se van a sentar en el espacio que más les llame la atención o en el espacio en donde se sientan más cómodos” una vez distribuidos los participantes se les hace entrega de la ficha de trabajo “conozcámonos más con M3” (ver anexo 3) y se les pide completar con su información los espacios que el facilitador les indicará.</p> <p>Posteriormente se les hace entrega del material “el árbol de frutos M3” (ver anexo 4) en donde se les dirá “en ese árbol van a dibujar a los miembros de su familia, en cada fruto vamos a escribir las cosas buenas que tiene nuestra familia y en las raíces escribimos aquellas cosas en las que nuestra</p>

	familia está fallando y como esta situación ha afectado su autocuidado”.
Resultados	Se espera que con esta actividad el facilitador logre comprender las dinámicas familiares existentes detrás de cada persona cuidadora y como esto afecta de manera positiva o negativa el autocuidado del participante, además da hincapié para que el facilitador analice los perfiles de cada familia y como se podrán articular más adelante para la formación de redes de apoyo colaborativas.
Actividad	Mi caja de recursos para el autocuidado
Materiales	Cajas de zapatos, pintura acrílica, pinceles, foami, cartulina, tijeras, lapiceros
Tiempo requerido	1 hora 30 minutos
Desarrollo	Para esta actividad el facilitador deberá dirigirse a cada uno de los domicilios de los participantes de la estrategia de intervención, se debe retomar el material: árbol de frutos M3, se inicia con saludo y se le pide a la participante realizar esta actividad al menos con un integrante de su núcleo familiar, se hace entrega de material y se le dice “esta cajita que tengo en mis manos, la vamos a decorar en equipo, con todos los materiales que se encuentran aquí, por favor decórenla de manera que sea de su agrado”, se brinda el espacio para decorarla y seguido a esto se retoma el árbol

	<p>diseñado en la sesión pasada, se socializan con la familia las falencias que el cuidador considera relevantes en su núcleo familiar, y se da el siguiente comando verbal, “como ya hemos socializado las debilidades que usted como cuidadora pudo destacar vamos a escribirlas en estos papelititos de colores (se hace entrega de pedazos pequeños de cartulina) y al respaldo de esta ustedes como familia van a realizar un compromiso con el fin de disminuir o mejorar estas debilidades, así cada vez que usted como cuidadora se sienta con mucha sobrecarga debido a las tareas que hace en su casa, podrá recurrir a su cajita de recursos para el autocuidado, recordándose a usted misma la importancia de realizar estos compromisos”. Se finaliza aclarando que, si en caso tal surge una nueva debilidad esta puede ser incluida dentro de la caja, con su respectivo compromiso de mejora.</p>
Resultados	<p>Lograr que tanto cuidadora como familia reconozcan debilidades existentes en torno a su dinámica familiar y como esto repercute negativamente en la figura del cuidador.</p>
Actividad	<p>Búsqueda del tesoro para el autocuidado</p>
Materiales	<p>Cartón paja, marcadores, tijeras, monedas de chocolate</p>

Tiempo requerido	2 horas
Desarrollo	<p>Previamente el facilitador deberá organizar frases que impulsen el desarrollo del autocuidado las cuales serán escritas en pliegos de cartón paja, posteriormente se realiza un rompecabezas con el mismo material. Seguido a esto deberá esconder las fichas de cada rompecabezas por las instalaciones de la institución en donde se desarrollará la actividad, sin embargo, se deben escribir pistas para la localización de cada una de estas fichas.</p> <p>Una vez realizado este paso el facilitador debe organizar los participantes en equipo y les dice: “a continuación vamos a realizar una búsqueda del tesoro, para ello a cada grupo le entregaré estas pistas que nos ayudarán a encontrar este tesoro”, una vez cada grupo haya encontrado todas las fichas deberán regresar al auditorio de la institución en donde armarán el rompecabezas correspondiente.</p> <p>Se le pide a cada grupo nombrar un vocero el cual es el encargado de leer al resto de los grupos la frase en torno al autocuidado, se finaliza con reflexión y se hace entrega de monedas de chocolate.</p> <p>Se les deja a los cuidadores la tarea de socializar los conceptos aprendidos con los miembros de su familia, y se</p>

	les pide realizar una reflexión con ellos en torno a su autocuidado.
Resultados	Afianzar conocimientos adquiridos a lo largo de la estrategia de intervención con relación al autocuidado.
Actividad	La cobija del autocuidado
Materiales	Cobija, parlantes, música, marcadores, hojas de colores
Tiempo requerido	1 hora 45 minutos
Desarrollo	<p>Esta actividad está basada en García (2018).</p> <p>Preparar espacio en mesa redonda, dejando en la mitad del círculo una cobija completamente extendida, se armonizará el espacio con música de relajación, en una mesa fuera del círculo se dejarán papeles de colores y marcadores.</p> <p>El facilitador da la bienvenida y les pide a los participantes ubicarse en el sitio en donde más cómodos se sientan, se inicia la actividad con la expresión: “vamos a pensar en una experiencia positiva con relación a una cobija... Les pido que por favor cerremos nuestros ojos” (se dan ejemplos como: alguien que te haya arropado, alguien que te brindó calor porque tenías frío...) se realizan las preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- ¿Dónde estabas? 2- ¿Con quién estabas? 3- ¿Cómo te sentiste en ese momento?

	<p>El facilitador brinda un espacio de 5 minutos para su reflexión y les pide a los participantes que cuando se sientan preparados, pueden escribir en los papeles ubicados en la mesa, los sentimientos que les hizo sentir esa experiencia, una vez escritas se les pide mencionarlas en voz alta y ponerlas sobre la cobija.</p> <p>Se finaliza con la reflexión en torno a la familia y como el grupo de trabajo se puede considerar como otra familia, mencionando que la cobija acoge, y les recuerda especialmente a los cuidadores que no se encuentran solos.</p>
Resultados	Reflexionar en torno a los conceptos aprendidos, afianzar relaciones familiares y redes de apoyo colaborativas.

Tabla 4: *Actividades tercera fase*

Fase 3	Fase tejedora
Estrategia	Diálogo de saberes
Actividad	Hilando el autocuidado
Materiales	Platos plásticos, lana, agujas, tijeras.
Tiempo requerido	1 hora

Desarrollo	<p>Previamente el facilitador deberá fragmentar los platos con ayuda de las tijeras, de tal manera que queden piezas con las que se logre nuevamente volver a armar el plato.</p> <p>El facilitador da la bienvenida y les pide a los participantes organizarse en tres grupos, les explica: “estos platos representan nuestras familias, se han partido los platos por que posiblemente nuestra familia se ha fragmentado (explica las causas con relación a los problemas más comunes que presentan los participantes), la idea es que con nuestro grupo como red de apoyo volvamos a reconstruir este plato”. Se les pide a los participantes que por cada grupo seleccionen un problema o debilidad que quieran disminuir o erradicar, luego deberán escribir en un lado del plato valores positivos, con los que ellos consideran van a atacar dicha problemática.</p> <p>Cada que vayan mencionando dichas soluciones deberán ir tejiendo con la ayuda de la lana y aguja los fragmentos del plato hasta lograr ármalo. Se finaliza con reflexión en torno a la actividad.</p>
Resultados	Recordar que existe una red de apoyo colaborativa, con las que tienen cosas en común y juntas pueden trabajar para disminuir su carga como cuidadores.

Actividad	Como lo haces tú
Materiales	Cronómetro, manzana, cuchillo, ropa, agua, balde, jabón, escoba, recogedor, papel, gelatina y cuchara.
Tiempo requerido	1 hora
Desarrollo	<p>Para esta actividad el facilitador deberá dirigirse al domicilio de los participantes, en necesario para esta oportunidad trabajar con al menos un miembro de la familia incluyendo cuidador. (La idea de esta actividad es que la realice el miembro de la familia que no sea cuidador)</p> <p>Se organizará en un determinado espacio de la vivienda tres estaciones dividas así: (manzana con cuchillo), (ropa, balde, agua y jabón), (escoba, papeles y recogedor), (gelatina y cuchara).</p> <p>Se da el comando verbal: “a continuación vamos a hacer una serie de estaciones cada una con una tarea en específica, en la primera vamos a empezar a pelar la manzana, en la siguiente lavaremos la ropa, posteriormente vamos a barrer los papeles que están en el piso, ¿suena fácil verdad?, la única condición es que lo debemos hacer en 30 segundos por estación y cada 15 segundos le vamos a dar de comer la gelatina a la persona que no está participando en las estaciones”.</p>

	Al finalizar el facilitador plantea preguntas cómo: ¿fue una tarea fácil?, ¿te quedó el suficiente tiempo para realizarlas?, se realiza reflexión en torno al rol de cuidador, así como las tareas que debe realizar en su cotidianidad.
Resultados	Lograr que la familia reconozca la importancia que cumple el rol de cuidador, así como comprender que estas personas cuentan con poco espacio para realizar actividades de autocuidado, generando así un espacio de autorreflexión familiar para brindar estrategias entre común acuerdo que favorezcan su autocuidado.
Actividad	Entrelazando saberes
Materiales	Colchonetas, parlantes, lana.
Tiempo requerido	1 hora 20 minutos
Desarrollo	El facilitador da la bienvenida a los participantes y les pide organizarse en mesa redonda, da la consigna: “con esta lana que tengo en mis manos, cada uno de ustedes le va a lanzar la lana a uno de los miembros de su red de apoyo, (se debe destacar que para esta altura cada participante ya debe tener organizada su red de apoyo, las cuales se han ido creando a partir de los diálogos generados en las sesiones pasadas) y le menciona alguna cualidad o enseñanza que haya aprendido de esta persona a lo largo de nuestros encuentros,

	<p>les pido que no vayan a soltar la lana, porque vamos a formar una telaraña”, una vez entrelazados cada uno de los participantes el facilitador plantea una reflexión con relación a las redes de apoyo colaborativas y su importancia.</p> <p>Para finalizar cada uno de los participantes deberá tomar una colchoneta y ubicarla en el espacio del auditorio, el facilitador deberá poner música de ambiente y realizar una reflexión dirigida en torno a la relajación, esta actividad se deberá desarrollar en un tiempo aproximado de 20 minutos, finalmente el facilitador realiza preguntas en torno a las prácticas de autocuidado y las redes colaborativas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo van las actividades dispuestas en nuestro cronograma del autocuidado? 2. ¿Qué estrategias han utilizado de manera personal y familiar para favorecer nuestras redes de apoyo colaborativas?
Resultados	Esta actividad permite analizar la dinámica de las redes de apoyo colaborativas al igual que se refuerzan actividades de autocuidado y la práctica de las mismas.
Actividad	Libérate de tus miedos

Materiales	Cartulina, hojas de colores, tijeras, marcadores, leña y fósforos
Tiempo requerido	1hora 15 minutos
Desarrollo	<p>El facilitador da la bienvenida a los participantes y les pide organizarse en el espacio de trabajo, entrega a cada uno de ellos una hoja y marcadores y les da la siguiente consigna: “en esta hoja vamos a escribir todos aquellos aspectos negativos que hemos rescatado a lo largo de esta estrategia de intervención, por ejemplo: antes de M3 había descuidado mi salud y no realizaba ejercicio”. Una vez cada participante haya realizado la respectiva escritura, el facilitador los desplaza hacia un espacio abierto en donde encontrarán una fogata, “en esta fogata vamos a tirar esas hojas y nos vamos a deshacer de las cosas negativas, quien desee puede compartir con sus compañeros lo que escribió”.</p> <p>Posteriormente el facilitador entrega a cada participante tiras largas de cartulina, las cuales ya deben estar previamente preparadas, da la instrucción: “en estas cartulinas vamos a escribir aquellos saberes que hemos aprendido con relación a nuestra dinámica familiar, nuestra red de apoyo o sobre el autocuidado, cuando ya las tengamos listas vamos a trabajar como una sola red</p>

	<p>colaborativa para armar con estas fichas una especie de tapete”, se finaliza la actividad con reflexión en torno a todas las actividades que llevaron a cabo en la estrategia y como esto ha favorecido su labor como cuidador.</p>
Resultados	<p>Los participantes reafirman su importante labor de rol de cuidador, así como su compromiso con actividades de autocuidado y participación activa en redes de apoyo colaborativas.</p>

Cronograma

Cronograma de actividades estrategia de intervención M3: Me cuido Me amo y Me valoro soy mi mayor tesoro																		
Fase		Actividad	Semana															
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Fase de construcción de lazos	Mi reflejo																
1	Fase de construcción de lazos	conociendoMe y AportandoMe																
1	Fase de construcción de lazos	Así soy yo																
1	Fase de construcción de lazos	Actuando con amor y entrega																
2	Fase de relaciones familiares	Mi casita de reglas																
2	Fase de relaciones familiares	Mi caja de recursos para el autocuidado																
2	Fase de relaciones familiares	búsqueda del tesoro para el autocuidado																

Presupuesto

Fase	Concepto	Valor
Fase de construcción de lazos	Presentación del proyecto a los participantes	\$ 300.000
	Material para el desarrollo de las actividades	\$ 312.000
	Contratación de profesionales (3)	\$ 24.000.000
Fase de relaciones familiares	Material para el desarrollo de las actividades	\$ 156.100
	Auxilio de transporte para profesionales	\$ 822.832
Fase tejedora	Material para el desarrollo de las actividades	\$ 84.400
Total		\$ 25.675.332

Referencias

- Almeida, N. (2020). *Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas*
<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2751>
- Anaconda, Z. (2019). *Encuesta de la Alcaldía de Cali refleja difícil situación de los cuidadores de personas con discapacidad.*
<https://www.cali.gov.co/bienestar/publicaciones/145629/encuesta-de-la-alcaldia-de-cali-refleja-dificil-situacion-de-los-cuidadores-de-personas-con-discapacidad/>
- Benites, L. (2010) Autismo familia y calidad de vida, Lima Perú *Revista de la Asociación de Docentes de la USMP*, (24), 8.
- Berástegui, A., & Gómez, B. (2007). Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión. *Psychosocial Intervention*, 15(3), 293-306.
- Bezanilla, J., & Miranda, M. (2014). La familia como grupo social: una reconceptualización, *Alternativas en Psicología. Alternativas en psicología*, 17(29), 58-73.
- Bravo, O. (2018). *Una década del programa de Psicología en la Universidad Icesi. Trayectorias y enfoques plurales*. Colombia, Cali: Editorial Universidad Icesi
- Bustos, M. & Silva, E. (2020). Redes de apoyo en familias rurales a partir de las prácticas colaborativas el caso de une, Cundinamarca. *Revista de Investigación Transdisciplinaria en Educación, Empresa y Sociedad-ITEES*, 2(2), 121-158.
- Carballeda, A. (2012). *La intervención en lo social exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales, Buenos Aires: Editorial PAIDÓS.*
<https://www.margen.org/intervsoc/La%20Intervenci%C3%B3n%20en%20lo%20social,%20Alfredo%20Carballeda%20%5BPag%201%20-%202019%5D.pdf>
- Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. (1986), *Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud*. Canadá <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

- Delicado, M., Alcarria, A., Ortega, C., Alfaro, A., García, F., & Bernés, A. (2011). Autoestima, apoyo familiar y social en cuidadores familiares de personas dependientes, *Metas de Enfermería*, 13(10): 26-32
- Espinal, I., Gimeno, A., & González, F. (2006). El enfoque sistémico sobre los estudios de la familia. *Revista internacional de sistemas*, 14(4), 21-34.
- Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41.
- García, A. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Edetania. Estudios y propuestas socioeducativas*, (44), 241-257.
- García, C. (2018). La cobija emocional: dinámica sobre cuidado y expresión de sentimientos [Video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=bmkTbE_qO_I&t=136s
- García, I., Vargas, I., Mogollon, A., Paepe, P., da Silva, M., Unger, J. & Vázquez, M. (2013) Equity in access to healthcare in two different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil *The European Journal of Public Health*, 23(suppl_1), ckt126-076. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt126.076>
- Gaviria, A., Ruiz, F., Muñoz, N., Burgos, G., & Ospina, M. (2012). ABC del Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021 la Salud en Colombia la construyes tú
- Gomez, A. (2017) Predictores psicológicos del autocuidado en salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 22(1), 101-112.
- González, M. (2014). *Respuestas de afrontamiento, estrés, y factores socio demográficos en personas al cuidado de individuos que tienen discapacidad intelectual* [Tesis de pregrado, Universidad Internacional SEK]. <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/1979/1/TESIS%20FINAL.pdf>
- Grupo de investigación ocupación e inclusión social. (2008). *Elementos de una guía para cuidadores de personas en situación de discapacidad*. http://www.bdigital.unal.edu.co/2057/1/GUIA_PARA_CUIDADORES_DISCPACIDAD.pdf

- Hernández, F. (2015). *Consecuencias Sociales del autismo para los padres y madres*.
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/1038/Consecuencias+sociales+del+autismo+para+los+padres+y+las+madres.pdf?sequence=1>
- Instituto Nacional de Mujeres, (2015). *Cómo funcionan las redes de apoyo familiar y social en México*. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101244.pdonof
- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), 7-11.
- Levin, J., & Gartly, J. (1992). Estilo de vida. Un concepto emergente en las ciencias sociomédicas. *Clínica y salud investigación empírica en psicología*, 3(3), 221-231.
- Ley 1346 de 2009, (2009, Julio 31). Congreso de la Republica de Colombia. Diario Oficial No. 47.427. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1346_2009.html
- Ley 1616 de 2016, (2016, enero de 2013). Congreso de la Republica de Colombia. Diario Oficial No. 48.680.
http://www.bdigital.unal.edu.co/2057/1/GUIA_PARA_CUIDADORES_DISCPACIDAD.pdf
- Ley Estatutaria 1618 de 2013, (2013, febrero 27). Congreso de la Republica de Colombia. Diario oficial No. 48.717.
<https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/LEGISLACION/LEY%20ESTATUTARIA%201618%20DE%202013.pdf>
- Lluch, M. (2002). Promoción de la salud mental: cuidarse para cuidar mejor. *Matronas profesión*, 7, 10- 14.
- Martinez, M. y Cuesta, J. (2013) Todo sobre el autismo. los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA). Guía completa basada en la ciencia y en la experiencia, España: Altaria
- Ministerio de Salud de Chile, (2019). *Determinantes Sociales en Salud*.
<https://www.minsal.cl/determinantes-sociales-en-salud/>

- Ministerio de salud, (s.f.). *ABECÉ de la discapacidad*.
<https://discapacidadcolombia.com/index.php/articulos-discapacidad/mujer-y-discapacidad-en-colombia-2>
- Monreal, L., Jasso-Arenas, J., & Campos, R. (2011). Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. *Global Health Promotion*, 18(4), 42-48. DOI: 10.1177/1757975911422960.
- Montalvo, A., Florez, I., & Stravro, D. (2008). Cuidando a cuidadores familiares de niños en situación de discapacidad, *Aquichan*, 8(2), 197-211.
- Montenegro, M. (2001). Conocimientos, agentes y articulaciones. Una mirada situada a la intervención social. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 1.
<https://ddd.uab.cat/pub/athdig/15788946n0/15788946n0a17.htm>
- Montoya, R. (2016) Planes de Desarrollo de Comunas y Corregimientos 2016-2019
- Morales, N. (2013). *La experiencia del cuidador, un acercamiento al autismo basado en los relatos familiares*. [Tesis de pregrado, Universidad de Manizales].
http://ridum.umanizales.edu.co/xmlui/bitstream/handle/20.500.12746/788/Morales_Orozco_Nataly_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Neira, J. (2008), *Diagnóstico de necesidades psicológicas de los cuidadores de población con discapacidad en la Vereda Pablo Neruda – Sibate*. [Tesis de pregrado, Corporación Universitaria Minuto de Dios].
https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/6810/TP_NeiraGarz%c3%b3nJennyAndrea_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Nerea, L., & Molero, D. (2013) Revisión teórica sobre el autoconcepto y su autoconcepto y su importancia en la adolescencia, r *Revista electrónica de investigación y docencia (REID)*, (10), 43-64
- Nieto, M. (2013). *“Experiencias de transformación social: comunidades de aprendizaje. El papel de los familiares como voluntariado en los grupos interactivos”*. [Tesis de pregrado, Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/4058/TFG-G431.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Oliva, E., & Villa, V. (2013). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris, 10* (1), 11- 20.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en salud mental*.
https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*.
https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1
- Organización Panameña de Salud, (OPS, s.f). *Determinantes sociales en salud*.
<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Páez, G., Jaramillo, L., Franco, C., & Arregoces, L. (2015). Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia. *Ministerio de salud*
- Paladines, M., & Quinde, M. (2010). Disfuncionalidad familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar. [Tesis de pregrado, Universidad de Cuenca].
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/2267>
- Peñaranda, A., García, L., Rodríguez, E., Losada, A., Porras, N., & Gómez, M. (2009). Función familiar y la salud mental del cuidador de familiares con dependencia, Universidad de Carabobo, Valencia Venezuela. *Atención primaria, 41*(11), 621-628.
- Pérez, A. (2008). *El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud*, Universidad Nacional de Córdoba, Organización Panamericana de la Salud.
- Perinat, A. (1999). Mitos y metáforas como formas de conocimiento y saber *La mente reconsiderada. En homenaje a Angel Rivière*, 103-119.
- Pinto, N., Barrera, L., & Sánchez, H. (2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores", *Aquichan, 5*(1), 128-137.
- Plan de desarrollo municipal Palmira, (2016). *Acuerdo municipal no. 006 de junio de 2016*
<https://issuu.com/donatres/docs/pdm2016-2019v2>
- Red de Salud del Centro E.S.E., (2019). *Nuestra Misión*.
<http://www.esecentro.gov.co/#:~:text=Nuestra%20Misi%C3%B3n,financiera%20y%20la%20participaci%C3%B3n%20social.>

- Rodriguez, M., & Echemendía, B. (2011). La prevención en salud: posibilidad y realidad. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(1), 135-150
- Rodriguez, R. (2016). Planes de Desarrollo de Comunas y Corregimientos 2016-2019
- Rodríguez, S. (2016). La desigualdad de ingreso y salud en Colombia. *Perfiles latinoamericanos*, 24(48), 265-296. <https://doi.org/10.18504/pl2448-011-2016>
- Ruiz, L. (2016). Planes de Desarrollo de Comunas y Corregimientos 2016-2019
- Salcedo, A., Yusty, M., Sierra, J., & Rojas, C. (2005). *Desaprendizaje de la Violencia Travesía. Jóvenes Construyendo Camino*, Alcaldía de Santiago Cali, Secretaría de Gobierno, Seguridad y Convivencia Ciudadana, UT Corporación Juan Bosco.
- Fundación para la Orientación Familiar -FUNOF
- Tamayo, M., Besoain, A., & Rebolledo, J. (2017). Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. *Gaceta Sanitaria*, 32, 96-100.
- Tobón, A. (2005). La salud mental: una visión acerca de su atención integral. *Revista facultad nacional de salud pública*, 23(1), 149-161.
- Torrico, E., Satín, C., Villas, A., Menéndez, S., & López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Revista Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 18(1), 45-59.
- Venegas, B. (2006). Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada *Aquichan*, 6(1), 137-147.
- Zambrano, R. & Ceballos, E. (2007). *Síndrome de carga del cuidador*. http://200.24.17.10/bitstream/10495/7232/1/ZambranoRenato_2007_S%c3%adndromeCargaCuidador.pdf

Anexos

1. CUENTO LA ROSA BLANCA

En un jardín de matorrales, entre hierbas y maleza, **apareció como salida de la nada una rosa blanca**. Era blanca como la nieve, sus pétalos parecían de terciopelo y el rocío de la mañana brillaba sobre sus hojas como cristales resplandecientes.

Ella no podía verse, por **eso no sabía lo bonita que era**. Por ello pasó los pocos días que fue flor hasta que empezó a marchitarse sin saber que a su alrededor todos estaban pendientes de ella y de su perfección: su perfume, la suavidad de sus pétalos, su armonía.

No se daba cuenta de que todo el que la veía tenía elogios hacia ella. **Las malas hierbas que la envolvían estaban fascinadas con su belleza y vivían hechizadas por su aroma y elegancia**. Un día de mucho sol y calor, una muchacha paseaba por el jardín pensando cuántas cosas bonitas nos regala la madre tierra, cuando de pronto vio una rosa blanca en una parte olvidada del jardín, que empezaba a marchitarse.

–**Hace días que no llueve**, pensó – si se queda aquí mañana ya estará mustia. La llevaré a casa y la pondré en aquel jarrón tan bonito que me regalaron. Y así lo hizo. Con todo su amor puso la rosa marchita en agua, **en un lindo jarrón de cristal de colores**, y lo acercó a la ventana. - La dejaré aquí, pensó –porque así le llegará la luz del sol. Lo que la joven no sabía es que su reflejo en la ventana mostraba a la rosa un retrato de ella misma que jamás había llegado a conocer. - ¿Esta soy yo? Pensó. **Poco a poco sus hojas inclinadas hacia el suelo se fueron enderezando y miraban de nuevo hacia el sol y así**, lentamente, fue recuperando su estilizada silueta. Cuando ya estuvo totalmente restablecida

vio, mirándose al cristal, que era una hermosa flor, y pensó: ¡¡Vaya!! Hasta ahora no me he dado cuenta de quién era, ¿cómo he podido estar tan ciega?

La rosa descubrió que había pasado sus días sin apreciar su belleza. **Sin mirarse bien a sí misma para saber quién era en realidad.** Si quieres saber quién eres de verdad, olvida lo que ves a tu alrededor y mira siempre en tu corazón.

* * *

Este cuento es una colaboración de Rosa María Roé

2. CALENDARIO DE ACTIVIDADES PARA PRACTICAS DE AUTOCUIDADO

Julio

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
		1  Espacio de ocio	2	3	4  Ejercicio	5
6  Ejercicio	7  Dormir	8	9	10  Descansar	11	12
		15  Healthy Food Buena alimentación	16	17	18	19  Espacio de ocio
20	21  Beber agua	22	23  Dormir	24	25	26
27  Caminar	28	29  Healthy Food Buena alimentación	30  Tiempo de familia	31		



TEJIENDO REDES M3
ME CUIDO, ME AMO, ME VALORO
SOY MI MAYOR TESORO

3. FICHA PARA RECOLECTAR INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA


Conozcámonos un poco más con M3

1	Nombres y apellidos:	
2	Fecha de nacimiento:	
3	Escolaridad:	
4	Ocupación:	
5	Teléfono:	
6	Dirección y comuna:	
7	Indique su tipo de EPS:	
8	En este espacio por favor escriba su composición familiar, teniendo en cuenta parentesco, edades y relaciones	



4. EL ÁRBOL DE FRUTOS M3

El árbol de frutos M3


TEJIENDO REDES M3
PROYECTO DEL CENTRO DE INVESTIGACIONES
EN MATERIA EDUCATIVA