**ANALISIS DE LAS RELACIONES SOCIOAFECTIVAS EN JOVENES CON
DISCAPACIDAD FISICO-MOTORA QUE SON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE
REHABILITACIÓN CARDIONEUMUSCULAR EN LA CIUDAD DE SAN JOSÉ DE
CÚCUTA**

GENNY KATHERINE CALDERON

YERLIS AIDDE PRIETO

ANGELA PATRICIA ARENALES

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR-EXT CÚCUTA

PROGRAMA TRABAJO SOCIAL

SAN JOSÉ DE CÚCUTA

2017

**ANALISIS DE LAS RELACIONES SOCIOAFECTIVAS EN JOVENES CON
DISCAPACIDAD FISICO-MOTORA QUE SON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE
REHABILITACIÓN CARDIONEUMUSCULAR EN LA CIUDAD DE SAN JOSÉ DE
CÚCUTA**

GENNY KATHERINE CALDERON

YERLIS AIDDE PRIETO

ANGELA PATRICIA ARENALES

INGRITH KATHERINE CELY GOMEZ

Tutor Académico

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR-EXT CÚCUTA

PROGRAMA TRABAJO SOCIAL

SAN JOSÉ DE CÚCUTA

2017

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN	1
PROBLEMA	3
Planteamiento del problema	3
Formulación del Problema.....	4
Sistematización del Problema.....	5
Delimitación	5
<i>Delimitación conceptual:</i>	5
<i>Delimitación espacial:</i>	5
Justificación.....	6
OBJETIVOS.....	7
Objetivo general	7
Objetivos específicos.....	7
MARCO REFERENCIAL	8
Antecedentes.....	8
Marco Teórico	8
Marco conceptual	11
Marco contextual.....	13
DISEÑO METODOLÓGICO	14

Enfoque.....	14
Diseño	14
Alcance	15
Población	15
Muestra	16
Técnicas e instrumentos de recolección de la información	16
Técnicas e instrumentos de análisis de información	17
RESULTADOS Y DISCUSIONES	19
Capítulo 1. Interacción de los jóvenes con discapacidad físico-motora y su entorno	19
Discusión Primer Capítulo:.....	21
Capítulo 2. Aspectos positivos y negativos sobre las relaciones socio-afectivas que enfrentan los jóvenes con discapacidad físico-motora.	22
Discusión Segundo Capítulo:.....	24
Capítulo 3. Necesidades emocionales que tienen los jóvenes con discapacidad físico - motora.	25
Discusión Tercer Capítulo:	27
Capítulo 4. Rol del Trabajador Social para la atención de casos de sujetos que tengan problemáticas en las relaciones socio-afectivas por consecuencia de su discapacidad.....	27
Discusión Cuarto Capítulo:.....	33
CONCLUSIONES	35

RECOMENDACIONES 36

REFERENCIAS 37

ANEXOS 38

INTRODUCCIÓN

La presente investigación aborda la temática correspondiente a la discapacidad motora en jóvenes de 14 y 26 años, por lo tanto es importante definir a que hace referencia la presente disfuncionalidad humana.

Como discapacidad motora se considera la movilidad limitada de la persona a causa de una secuela, manifiesta, también se puede definir como: las alteraciones generales o específicas del movimiento, dificultad del desplazamiento de las personas, haciéndolo lento y difícil; algunas veces no es visible y en otras se requiere de apoyo de terceros, o también se requiere de apoyos especiales tales como: aparatos ortopédicos, bastón, muletas, silla de ruedas, o prótesis.

Los principales problemas que puede generar la discapacidad motora son varios, entre ellos podemos mencionar: movimientos incontrolados, dificultades de coordinación, alcance limitado, fuerza reducida, dificultad con la motricidad fina y gruesa mala accesibilidad al medio físico.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar sus causas, las cuales pueden ser de origen neurológico, de origen genético, o de accidentes posteriores al nacimiento.

Igualmente la discapacidad presenta para el ser humano dificultades básicas asociadas prioritariamente a la movilidad, pero existe también un elemento importante a analizar en las personas con discapacidad y es su condición emocional, como punto de partida para la verdadera aceptación personal, aceptación social logrando así una verdadera inclusión social.

Si la discapacidad plantea las anteriores dificultades y necesidades en forma general mucho más se debe requerir exploración y análisis en la etapa de la según la *ley N 375 del 4 de*

julio de 1997 de la ley de la juventud capítulo I artículo 3. De tal forma que con resultados pertinentes se pueda empezar a caminar por una verdadera vía de la inclusión.

Por todo lo anterior la presente investigación tiene como finalidad conocer y entender como es los y las jóvenes con discapacidad motora establece sus relaciones, como interactúan con sus pares y familia, para poder afirmar que su salud y bienestar emocional los identifica como una comunidad incluida comunitaria y socialmente

En el ámbito profesional y desde la mirada del trabajo social la presente investigación centra su interés y pertinencia en la importancia de conocer al ser social y su relación con sociedad.

PROBLEMA

Planteamiento del problema

Con base en información recolectada el país cuenta con un registro de 900.000 personas discapacitadas, el origen de la discapacidad de los colombianos se debe principalmente a las enfermedades generales (41.6%). A los accidentes (16.8%), a las alteraciones genéticas. Hereditarias (15.8%), a las condiciones de la madre durante el embarazo (7.7%), a las complicaciones en el momento del parto (4.7%) (DANE y 2008).

El registro muestra también los bajos niveles de autonomía e independencia: (37.9%) de las personas con discapacidad registradas por el grado de severidad de su discapacidad requieren de la ayuda permanente de otra persona (*cuidador*), (DANE 2008)

Así mismo la discapacidad motora es una de las situaciones a la que se enfrenta un número de población colombiana en el año 1980 la organización mundial de la salud- OMS, genero una clasificación general y comprensiva de la discapacidad que va desde una visión de los orígenes médicos y de salud del tema hasta llegar a sus manifestaciones últimas de la vida humana, en todos sus aspectos: sociales ,económicas, políticas, laborales , culturales .la OMS nos habla en términos generales , desde experiencias de salud enfocadas

Igualmente las personas con discapacidad física se enfrentan, sobre todo a dificultades de acceso y de accesibilidad; Quiere decir que no es fácil salir a la calle en silla de rueda, muletas u otros aparatos que sean necesarios para la persona que lo necesite debido a que la infraestructura de las calles no es adecuada ni óptimo para una movilidad segura.

Afirma Moya M. (2009: 7) *“Así mismo se considera que la persona con discapacidad requiere un estado emocional de equilibrio y unas redes de apoyo familiares, fraternales y afectivas que coadyuven a la vivencia de estas dificultades”*

Otra situación problema, es su inclusión en la sociedad la cual ha sido una preocupación más desde la mirada social y menos desde la mirada política, ya que es una de las esferas en las que se muestra la poca aceptación del concepto de discapacidad, y se expresa por un lado como la discriminación y justamente ahí la *OMS* realiza un estudio en donde los discapacitados manifiestan que han luchado por tener una presencia más efectiva dentro de una sociedad sin discriminación alguna.

Por todo lo anterior la presente investigación pretende determinar las formas y características de las relaciones socio afectivo que establecen las personas con discapacidad motora, esto como una forma de conocer o indagar carencias o habilidades implícitas de la población a afectar.

Formulación del Problema

¿COMO SE PRESENTAN LAS RELACIONES SOCIO-AFECTIVAS EN JÓVENES CON
DISCAPACIDAD MOTORA QUE SON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE
REHABILITACIÓN CARDIONEUROMUSCULAR EN LA CIUDAD DE SAN JOSÉ DE
CÚCUTA?

Sistematización del Problema

1 ¿Cuál es la atención que reciben los jóvenes con discapacidad físico- motora en el centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular en la ciudad de San José de Cúcuta?

Delimitación

Delimitación temporal:

La presente investigación se cumplirá en tres momentos, Segundo semestre de del 2016
Momento uno: Formulación, Planteamiento del problema y diseño de objetivos. Primer Semestre del 2015 Segundo momento: Recolección de datos, Segundo semestre del 2017 Tercer momento: Análisis de datos y consolidación de la investigación.

Delimitación conceptual:

En esta investigación principalmente trataremos conceptos como: discapacidad, relaciones socio afectivas, necesidad emocional.

Delimitación espacial:

Jóvenes de 14 a 26 años con discapacidad motora, que son atendidos en el Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular en la ciudad de san José de Cúcuta.

Justificación

A nivel mundial, existen más de 650 millones de personas con discapacidad motora según la *OMS*. Cerca de un tercio son jóvenes y de ellos, casi 80% viven en otros países. Sin embargo los jóvenes con discapacidad es un área que no ha sido investigada lo suficiente porque existen pocos datos sobre su prevalencia y efectos de los jóvenes.

A partir del año 2011 Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad, La Organización mundial de la salud *OMS* la población presenta discapacidad 15% en Colombia, igualmente la información del Censo Poblacional *DANE 2008*, determina que 6.3% es uno de los países con mayor prevalencia.

Es así como en el contexto nacional, la *constitución de 1991* protege los derechos y medidas para establecer grupos específicos de discapacidad; El derecho a no ser discriminado por razón de discapacidades en el artículo 13 de la constitución política de Colombia.

Así mismo, en la situación de discapacidad humana, vemos como los jóvenes se van perdiendo en la sociedad, en la cual vive el joven, tanto el bienestar de las personas dependen de la existencia a nivel social.

De esta manera el objetivo central de esta investigación es analizar el proceso de discapacidad en los jóvenes con discapacidad motora, y también vemos que la población joven presenta dificultades en su inclusión a la vida productiva, afectando en concordancia su situación emocional, por tal razón el presente trabajo investigativo basa su pertinencia en la existencia de una comunidad no del todo incluida y que posiblemente carece de formas adecuadas de relación producto de su situación física no aceptada desde lo propio y desde lo socio familiar.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar las relaciones socio-afectivas en jóvenes con discapacidad físico-motora que son atendidos en el centro de rehabilitación cardioneuromuscular en la ciudad de San José de Cúcuta.

Objetivos específicos

Identificar aspectos positivos y negativos sobre las relaciones socio-afectivas que enfrentan los jóvenes con discapacidad físico-motora.

Indagar cómo interactúan los jóvenes con discapacidad físico-motora y su respectivo entorno.

Descubrir las necesidades emocionales que tienen los jóvenes con discapacidad físico - motora.

Determinar el rol del Trabajador Social para la atención de casos de sujetos que tengan problemáticas en las relaciones socio-afectivas por consecuencia de su discapacidad.

MARCO REFERENCIAL

Antecedentes

Schalock Robert L. (1999), realizo un trabajo de investigación llamado “una nueva concepción de la discapacidad, en la universidad salamanca de España “se basó a lo largo de 30 años de trabajo en el campo, ha observado y ha sido parte de un cambio radical en el modo de pensar sobre las personas con discapacidad en los servicios de apoyo que le proporcionamos.

Murcia (2001), la investigación que realizo Murcia fue proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirvió como punto de referencia para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud.

El informe mundial de la salud (2001), una persona puede verse imposibilitada para acudir al trabajo por un resfriado o una calamidad personal, pero también a causa de una depresión, el enfoque que utilizaron fue neutral, sitúa a los trastornos mentales al mismo nivel que las enfermedades físicas y ha contribuido al reconocimiento y documentación de la carga mundial del trastorno depresivos.

Marco Teórico

En el marco teórico que presentaremos, se desplegarán unos conceptos basados en la pregunta que se realizó del trabajo de investigación, son ellos: discapacidad, discapacidad

motora, sexualidad componentes de la sexualidad, noviazgo, etapas del noviazgo, sociedad, cultura, ciclo vital y juventud.

La discapacidad se aborda a lo largo del trabajo y es preciso conocerlos para tener una visión más clara sobre el tema. La discapacidad según la CIF “son las consecuencias de las deficiencias desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo” (CIF, 2001; 24), es decir, engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación social.

La OMS (s.f) dice “que la discapacidad es un término genérico que incluye déficit en una función o estructura a nivel corporal “esto también, puede tener afecciones negativos en los aspectos de la interacción del individuo y su concepto. Por tanto el término de discapacidad es utilizado para indicar cualquier alteración en el funcionamiento de una persona a nivel corporal, individual y social. Sin embargo hay que tener en cuenta que no todas las personas que tengan esta condición requieren tratamiento y apoyos especiales para su plena participación en la sociedad”.

Según Molina (2000) “una persona con discapacidad tiene derecho a sí misma, a operar su propia realización, así como a desarrollar sus dinamismos fundamentales sociales y ser responsable para permitir el desarrollo de su persona”

Para Soledad Arnau Ripolles (2004) las posibles situaciones a las que se enfrentan las personas con discapacidad son: no se le el respeto a su autonomía moral, a desarrollar sus deseos amorosos o sexuales. Si ignoramos a estas personas perderemos por completo la oportunidad de escucharlos y conocer el día vivir de ellos.

Para Frankl V. (2002) “existe la necesidad de humanizar la sexualidad” ya que “más que puro sexo hasta el punto de que sirve precisamente de expresión física de algo metasexual” quiere decir que es la expresión física del amor, para Frankl lo que en la realidad necesita la sociedad es dejar el concepto de intimidad sexual, y optar en primer término por la intimidad existencial, entendiendo esta como la capacidad de reconocer y experimentar el aspecto íntimo de reconocer a la persona

Teniendo en cuenta que la investigación se orientó hacia las relaciones socio afectivas de personas con discapacidad usuarias del Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular, es importante mencionar la Teoría General de Sistemas, ya que esta teoría hace referencia que “Un Sistema es un conjunto de elementos en interacción. En el caso de sistemas humanos (familia, empresa, pareja, etcétera) el sistema puede definirse como un conjunto de individuos con historia, mitos y reglas, que persiguen un fin común. Por lo tanto todo sistema se compone de un aspecto estructural (límites, elementos, red de comunicaciones e informaciones) y un aspecto funcional.” (Bertalanffy, 1940)

Para hablar de las relaciones socio-afectivas es importante mencionar a Torres (2010) ya que este menciona que “el desarrollo de las relaciones socio-afectivas en la discapacidad, es importante ya que se aprenden a establecer contactos sociales y el cómo comportarse con otras personas”.

Por otra parte, para referirnos a las necesidades emocionales, se propondrá a Martínez (2002) este hace referencia a que “todos los humanos tienen necesidades emocionales básicas. Estas necesidades pueden ser expresadas como sentimientos, por ejemplo la necesidad de sentirse aceptado, respetado e importante”.

Por último, para determinar el rol del Trabajador social en esta problemática es necesario mencionar a Aura Victoria Duque (S.f) la cual manifiesta que “el rol revela la importancia de la intervención social. (...) El rol del Trabajador Social se asume en la dirección de intermediación o apoderamiento, consultoría, educación”.

Marco conceptual

Discapacidad

El concepto de discapacidad ha evolucionado junto con la humanidad, hasta la explicación científica y el reconocimiento de los derechos; con un movimiento pendular del rechazo a la compasión, de la exclusión –reclusión a la intervención médico-profesional, de la resignación al auto reconocimiento y respeto, de la normalización a la inclusión (*Pilar Samaniego de García*)

Discapacidad motora

Si observamos la discapacidad motora o motriz (DM), es una condición de vida que afecta el control y movimiento del cuerpo, generando alteraciones en el desplazamiento, equilibrio, manipulación, habla y respiración de las personas que padecen , limitando su desarrollo personal y social , esta discapacidad se presenta cuando existen alteraciones en los músculos , articulaciones o medula espinal, mencionare una pequeña parte de la discapacidad motora sin salirme de la investigación y mencionare que la DM no implica

afectación en el funcionamiento cerebral de la persona y no se considere que afecte el rendimiento intelectual de la persona, sería un respeto grande si evitaríamos sobrenombres como “minusválido”, “invalido”, o “con capacidad diferente”.

Relaciones Socio-Afectivas

Torres (2010) “El desarrollo de las relaciones socio-afectivas en la discapacidad, es importante ya que se aprenden a establecer contactos sociales y el cómo comportarse con otras personas”.

Sexualidad

Según el psicoanalista *Freud S.* define que la “sexualidad humana no es una necesidad ni un instinto”, la sexualidad “pulsión y deseo” (1997), entonces la sexualidad se basa en la satisfacción de su pulsión.

Componentes de la sexualidad

Al hablar de los componentes de la sexualidad se basa en la reproductividad, el género, el erotismo y por último está el vínculo afectivo, se mostrara una breve definición de cada componente sin salirnos de la investigación; el primero se basa en nuestra sexualidad que es el resultado de nuestra naturaleza reproductiva, el segundo es la evolución de los seres vivos, el tercero se entiende dimensión humana que resulta de la potencialidad de experimentar placer sexual y este último componente de nuestra sexualidad es que todos lo necesitamos.

Noviazgo

El noviazgo es una relación cariñosa, respetable que se unen dos personas sin conocerse, y probablemente no hay intención de casarse o estar en unión marital de hecho.

Marco contextual

El centro de rehabilitación cardioneuromuscular está ubicado en la ciudad de san José de Cúcuta norte de Santander.

Cúcuta es una ciudad colombiana ubicada en la región oriental del departamento de Norte de Santander, limita al Norte y al Oriente, al Sur de San Cayetano y Santiago y al Occidente con Sardinata y Gramalote.

Cúcuta se considera una Ciudad alegre, verraca y echada pa lante.

DISEÑO METODOLÓGICO

Canales (1.989, Pág. 134), señala que: “El diseño metodológico no es más que la descripción de la manera como se va a realizar la investigación”.

El diseño metodológico permitirá dar a conocer de manera detallada todos los componentes que se tendrán en cuenta para alcanzar los objetivos propuestos en la investigación.

Enfoque

El enfoque es Cualitativo. Este enfoque “reivindica el abordaje de las realidades subjetiva e intersubjetiva como objetos legítimos de conocimiento científico; el estudio de la vida cotidiana como el escenario básico de construcción, constitución y desarrollo de los distintos planos que configuran e integran las dimensiones específicas del mundo humano y, por último, ponen de relieve el carácter único, multifacético y dinámico de las realidades humanas” (Sandoval C. 2000, pág. 15).

Diseño

Esta investigación tuvo un diseño investigativo fenomenológico según Holstein y Gubrium (1994) “tratan de describir la experiencia sin acudir a explicaciones causales. Para el efecto, es orientador el trabajo de Heidegger quien describió lo que él llamó la “estructura del mundo de la

vida” focalizándola sobre la experiencia vivida. Este concepto va a convertirse en la base de todo un nuevo marco de comprensión y de análisis de la realidad humana”.

Alcance

El alcance es de tipo Comprensivo, ya que la investigación cualitativa “busca la comprensión e interpretación de la realidad humana y social, con un interés práctico, es decir con el propósito de ubicar y orientar la acción humana y su realidad subjetiva. Por esto en los estudios cualitativos se pretende llegar a comprender la singularidad de las personas y las comunidades, dentro de su propio marco de referencia y en su contexto histórico-cultural. Y esta busca examinar la realidad tal como otros la experimentan, a partir de la interpretación de sus propios significados, sentimientos, creencias y valores”.

(Martínez J. 2011: 12)

Población

La población se define como la “totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población posee una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación” (Tamayo y Tamayo, 1997, pag.114) La población del Centro Rehabilitación Cardioneuromuscular en la ciudad de san José de Cúcuta, son un total de 60 jóvenes con discapacidad físico-motora.

Muestra

El tipo de muestreo escogido es casos homogéneos el cual “El muestreo de casos homogéneos busca describir algún subgrupo en profundidad. Su principal características es que estos poseen algún tipo de experiencia común en relación con el núcleo temático al que apunta la investigación.” (Sandoval C. 2000: 123). Con lo anterior de los 60 jóvenes que están actualmente en el Centro de Rehabilitación, se escogieron once (11) usuarios ya que estos tienen características similares conforme a su discapacidad y su entorno.

Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Las tres técnicas que se realizaran son las entrevistas, revisión documental y la observación participante.

La observación participante ya que “es la principal herramienta de trabajo de la etnografía (micro y macro) y se apoya para registrar sus "impresiones" en el llamado diario de campo. Este no es otra cosa que un registro continuo y acumulativo de todo lo acontecido durante la vida del proyecto de investigación”. (Sandoval C. 2000, pág. 140)

La observación participante será empleada, para “definir el problema de investigación con referencia a la vida cotidiana de las personas, una estrategia flexible de apertura y cierre. Esto quiere decir que puede comenzar con un problema general, para más tarde definir unos escenarios específicos de análisis” (Sandoval C. 2000, pág. 140)

Por ello el objetivo que se quiso llegar con esta técnica fue a un acercamiento a la realidad sociocultural que busca conocer y comprender.

La otra técnica que fue empleada es la Entrevista estructurada ya que “esta es la más convencional de las alternativas de entrevista y se caracteriza por la preparación anticipada de un cuestionario guía que se sigue, en la mayoría de las ocasiones de una forma estricta aun en su orden de formulación”. (Sandoval C. 2000, pág. 144) por ello se buscó con esta técnica y con el formato de entrevista asegurar el cubrimiento total del tema, en el mismo orden, para cada entrevistado, preservando de manera consistente el contexto conversacional de cada entrevista.

Para el proceso de revisión documental, “el investigador cuenta con una serie de elementos útiles de donde obtener la información necesaria, veraz y oportuna para realizar su trabajo; de hecho, en el ámbito de la investigación documental, existen diversos espacios especializados en distintas fuentes de información”. (Gomez S. 2012: 44)

Es importante realizar una revisión documental para determinar el rol del Trabajador Social y con ella conseguir las fuentes de información necesarias la cual brinden al investigador datos para realizar su trabajo.

Técnicas e instrumentos de análisis de información

Las técnicas e instrumentos que se emplearan en esta investigación son categorización, técnica del subrayado y triangulación de la información.

La categorización ya que “es el primer paso para la estructuración del análisis tras la culminación parcial o total del trabajo” (Sandoval C., 2000, pág. 159) y con este se implementó la técnica del subrayado.

La triangulación se empleara ya que “la validez y la confiabilidad de la observación participante según Wiseman (1970) pueden establecerse a través de un procedimiento estrategia como lo es el chequeo mediante múltiples procedimientos y formas de evidencia, tales como, contacto con la experiencia directa y la observación, realización de diversas formas de entrevista y apoyo de distintos informantes, el empleo de artefactos y diversos documentos. Es lo que Denzin (1988) llamará Triangulación”. (Sandoval C. 2000, pág. 143)

RESULTADOS Y DISCUSIONES

Capítulo 1. Interacción de los jóvenes con discapacidad físico-motora y su entorno

De las respuestas e información recolectada en las técnicas desarrolladas (entrevista, observación participante y revisión documental) a los jóvenes con discapacidad físico-motora que son atendidos en el Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular en la ciudad de Cúcuta; sobresalió la base para la construcción del dato cualitativo a través de la conformación de categorías y subcategorías de análisis que perfilaron al análisis de las relaciones socioafectivas en jóvenes con discapacidad físico-motora que son atendidos en el Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular.

Para obtener información relevante se les realizaron a los jóvenes con discapacidad físico-motora unas preguntas específicas en las cuales ellos respondieron de la siguiente forma:

La primera pregunta que se les realizó a los jóvenes fue: ¿Qué dificultad tiene usted al relacionarse con las demás personas? En la cual uno de estos respondió:

U#1: “la dificultad de relacionarse los jóvenes es muy asertiva ya que los jóvenes tiene un muy buen trato”.

La siguiente pregunta fue: ¿La atención brindada en el centro de rehabilitación es buena?

U#1: “si por que las personas que están en el centro de rehabilitación nos tratan bien y nos explica los temas bien”.

También se realizó una revisión documental en la cual se dio a conocer una información importante a resaltar, por ejemplo que

RD#2: “Los escenarios de violencia en la sociedad actual requieren con urgencia desarrollar procesos socio-afectivos; pues son las emociones y sentimientos puntos focales en la formación de valores. Se ha evidenciado que el 56,2% de las observaciones existe una insuficiencia en los procesos socio afectivo: interacción social, autoconocimiento, autorregulación y motivación”.

Por ultimo otra técnica implementada fue la observación participante, la cual arrojo información relevante para esta investigación:

O#1: “Se logró observar que los jóvenes no se comunican e interactúan entre ellos”

O#1: “la comunicación e interacción solo sucede entre el familiar el joven y el terapeuta. Los jóvenes están en edades entre los 15 a los 25 las relaciones son afectivas frente a sus padres”.

O#1: “El trato de los jóvenes frente a los demás es muy regular ya que estos jóvenes son muy interactivos, la actitud que se tiene con las personas que los acompañan al sitio es buena ya que la obediencia que se evidencio en esos jóvenes era de respeto y comprensión”.

O#1: “Los jóvenes se relacionan con todas las personas que asisten al centro de rehabilitación, son atentos a lo que se les habla, son activos”.

Después de haber analizado las respuestas, desarrollado la categorización y la triangulación se evidencio un número de recurrencias en las categorías inductivas encontradas,

tales como: poca comunicación, interacción limitada, poca interacción social. Las categorías inductivas que más recurrencia tuvieron en esta investigación fue la de vínculos estables con terapeutas, empatía con personas externas.

Los jóvenes expresaron que en diversas ocasiones existe una dificultad de relacionarse con los demás jóvenes de su edad o con los que asisten al Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular, es decir, existe poca comunicación e interacción entre ellos, se evidencio por medio de la observación que la mayor comunicación e interacción solo sucede entre el familiar, el joven y el terapeuta. Sin embargo, existe un buen trato por parte de los demás jóvenes que asisten al Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular, además estos se relacionan con todas las personas que asisten al centro de rehabilitación, y participan de forma activa a las actividades.

Las categorías inductivas que más recurrencia tuvieron en esta investigación fue la de vínculos estables con terapeutas, empatía con personas externas, debido a que los jóvenes exclaman que las personas que están en el Centro de Rehabilitación los tratan de la manera más adecuada y existen una gran empatía con ellos.

Discusión Primer Capítulo:

Para comenzar se mencionara al autor Molina (2000) el cual menciona que “una persona con discapacidad tiene derecho a sí misma, a operar su propia realización, así como a desarrollar sus dinamismos fundamentales sociales y ser responsable para permitir el desarrollo de su persona”

Desarrollando una relación de lo mencionado por Molina (2000) y lo evidenciado en las entrevistas, observaciones y la revisión documental, se puede determinar que los jóvenes se les dificultan interactuar con las demás personas, aun así teniendo un entorno social adecuado para su libre desarrollo de su persona. La ventaja de que este en el Centro de Rehabilitación es que estos se llevan adecuadamente con el personal del Centro y que sienten una especie de confianza y empatía, y esto aporta a que se genere su propia realización e incremente el dinamismo social del joven.

Capítulo 2. Aspectos positivos y negativos sobre las relaciones socio-afectivas que enfrentan los jóvenes con discapacidad físico-motora.

De las repuestas dadas en la técnica desarrollada (entrevista) al personal y a los jóvenes con discapacidad físico-motora que son atendidos en el Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular en la ciudad de Cúcuta; sobresalió la base para la construcción del dato cualitativo a través de la conformación de categorías y subcategorías de análisis que perfilaron al análisis de las relaciones socioafectivas en jóvenes con discapacidad físico-motora que son atendidos en el Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular.

Para obtener información relevante se les realizaron a los jóvenes con discapacidad físico-motora unas preguntas específicas en las cuales ellos respondieron de la siguiente forma:

La primera pregunta que se les realizo a los jóvenes fue: ¿Cómo es la relación de ustedes con sus padres? En la cual respondió:

U#1: “mi relación con mis padres es muy buena ya que mis papas me brindan todo el apoyo”.

Otra de las preguntas fue: ¿Cómo es la relación con su pareja sentimental? , en la cual respondieron:

U#1: “es buena ya que mi pareja sentimental tiene las mismas condiciones físicas que yo tengo”.

U#2: “no tengo pareja sentimental

U#3: “muchas veces es de conflictos ya que mi pareja sentimental tiene que lidiar conmigo entonces eso me hace sentir mal”.

Por otra parte, se le realizó una entrevista a uno de los colaboradores el Centro de Rehabilitación, en la cual se le pregunto: ¿Cuál es su percepción sobre la forma de relacionarse los pacientes con sus familias? su respuesta fue:

T#1: “Bueno pues las relaciones que puedo observar es que hay padres de familia que son entregados a la discapacidad de su hijo y vienen con ellos a las terapias y están pendientes de su evolución y tratamiento, como también hay padres de familia que debido a sus trabajos no están en el proceso terapéutico de sus hijos”.

Después de haber analizado las respuestas, desarrollado la categorización y la triangulación se evidencio un número de recurrencias en las categorías inductivas encontradas, tales como: adecuadas relaciones familiares, pero en algunas ocasiones poca dedicación de sus padres, por otra parte en algunos casos adecuadas relaciones amorosas, en otros casos conflictos en las relaciones amorosas y otros casos en los cuales los jóvenes con discapacidad físico-motora no tienen pareja sentimental.

Los jóvenes expresaron que la relación con sus padres es adecuada ya que estos les brindan el apoyo suficiente que necesitan para enfrentar las adversidades de su diario vivir, sin embargo los trabajadores del Centro de Rehabilitación exclaman que existen padres que son entregados en los procesos de sus hijos, pero también hay otros que debido a situaciones externas no dedican el tiempo suficiente a los procesos terapéuticos de sus hijos.

Por otra parte, las relaciones amorosas en varios de los casos son factibles debido a que su pareja tiene las mismas condiciones físico-motoras de estos y por consiguiente afirman que es más “fácil” tener una relación estable de esa forma. Pero cuando la pareja no tiene el mismo nivel de discapacidad resulta ser un poco “complicado” debido a que ellos expresan que desde ahí empiezan nacer los conflictos en la relación, ya que la pareja tiene que vivir y adaptarse a la discapacidad que tenga la persona, que en varias ocasiones no responden de la manera más adecuada, debido a que no tienen 100% de conocimiento sobre dichas discapacidades, por tal motivo el (la) joven se siente “mal” ya que expresa que el (ella) es una carga para su pareja.

Discusión Segundo Capitulo:

Para comenzar se mencionara al autor Torres (2010) ya que este menciona que “El desarrollo de las relaciones socio-afectivas en la discapacidad, es importante ya que se aprenden a establecer contactos sociales y el cómo comportarse con otras personas”.

Desarrollando una relación de lo mencionado por Torres (2010) y lo evidenciado en las entrevistas, se puede determinar que los jóvenes han desarrollado en gran parte sus relaciones socio-afectivas, debido a que han establecido contactos sociales con personas internas y externas, es decir la relación con sus padres es adecuada, varios de estos jóvenes tienen una relación

sentimental, además tienen empatía con sus terapeutas y varios de estos jóvenes participan activamente en actividades donde sus integrantes son gente externa, y gracias a ellos desarrolla su personalidad y el saber cómo comportarse de la manera más adecuada en su entorno social.

Capítulo 3. Necesidades emocionales que tienen los jóvenes con discapacidad físico - motora.

De las repuestas dadas en la técnica desarrollada (entrevista) al personal y a los jóvenes con discapacidad físico-motora que son atendidos en el Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular en la ciudad de Cúcuta; sobresalió la base para la construcción del dato cualitativo a través de la conformación de categorías y subcategorías de análisis que perfilaron al análisis de las relaciones socioafectivas en jóvenes con discapacidad físico-motora que son atendidos en el Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular.

Para obtener información relevante se les realizaron a los jóvenes con discapacidad físico-motora unas preguntas específicas en las cuales ellos respondieron de la siguiente forma:

La primera pregunta que se les realizó a los jóvenes fue: ¿Cuál es el trato que recibes ante la sociedad? En la cual respondió:

U#1: “Es regular ya que las personas muchas veces no nos miran y nos hablan por pena o por no tratar con personas como nosotros”.

Otra de las preguntas realizada fue: ¿Alguna vez has sido víctima de rechazo o te han aceptado tal como eres con este tipo de discapacidad? Este respondió:

U#1: “si muchas veces he sido rechazado”

Por otra parte, se le pregunto a uno de los colaboradores del Centro de Rehabilitación: ¿cómo observa las relaciones de los pacientes en su entorno social? En la cual este respondió:

T#1: “Yo creo que en eso podemos hablar sobre la parte cultural no como la cultura de cada persona hoy en día todavía se ve el rechazo con personas con discapacidad, hoy en día ya se habla de exclusión con las personas de discapacidad, se habla de exclusión social en lo laboral, educativa, social cierto y exclusión social como tal , puede que haya exclusión social en la sociedad con tal pero ya hoy una ley que los acobia una ley desde la constitución del 91 que todas las personas tenemos derechos y deberes tratadas todo por igual dependiendo de su condición laboral hasta su condición de discapacidad como tal y no deberían excluir a las personas con discapacidad y eso se debe trabajar porque en las empresas y en toda Colombia todavía se ve la exclusión social”.

También se le realizo otra pregunta al colaborador la cual fue: ¿cree que los pacientes por su condición física pueden llegar a ser excluidos por la sociedad? Este respondió:

T#1: “Bueno eso sería una cuestión cultural, pero si yo creo q la sociedad puede llegar a excluirlos por su condición física”.

Después de haber analizado las respuestas, desarrollado la categorización y la triangulación se evidencio un número de recurrencias en las categorías inductivas encontradas, tales como: necesidad de aceptación y necesidad de inclusión.

Los jóvenes expresaron que la sociedad en repetidas ocasiones los ignora por “pena” o por no “tratar” con personas como ellos ya que los ven diferentes a los demás y a aparte de eso, exclaman haber sido rechazados en varias situaciones. Los colaboradores del Centro de

Rehabilitación por su parte expresan que todavía se ve el rechazo que tiene la sociedad con personas con discapacidad, que a pesar de que hoy en día se habla en las leyes y en las políticas públicas de inclusión para esta tipo de población en varios ámbitos como social, laboral y educativo, aún existe demasiada exclusión para ellos en Colombia.

Discusión Tercer Capítulo:

Para comenzar se mencionara al autor Martínez (2002) ya que este menciona que “Todos los humanos tienen necesidades emocionales básicas. Estas necesidades pueden ser expresadas como sentimientos, por ejemplo la necesidad de sentirse aceptado, respetado e importante”.

Desarrollando una relación de lo mencionado por Martínez (2002) y lo evidenciado en las entrevistas, se puede determinar que los jóvenes del Centro de Rehabilitación actualmente tienen la necesidad de sentirse aceptado, incluido y respetado; debido a que se han sentido en repetidas ocasiones ignorados, rechazados por la sociedad y estas necesidades han ocasionado sentimientos de represión en ellos.

Capítulo 4. Rol del Trabajador Social para la atención de casos de sujetos que tengan problemáticas en las relaciones socio-afectivas por consecuencia de su discapacidad.

De las repuestas e información recolectada en la técnicas desarrolladas (entrevista y revisión documental) a la Trabajadora Social del Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular

en la ciudad de Cúcuta; sobresalió la base para la construcción del dato cualitativo a través de la conformación de categorías y subcategorías de análisis que perfilaron al análisis de las relaciones socioafectivas en jóvenes con discapacidad físico-motora que son atendidos en el Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular.

Para obtener información relevante se le realizó a la Trabajadora Social del Centro de Rehabilitación unas preguntas específicas en las cuales ellos respondieron de la siguiente forma: ¿Cuál es su función en la E.S.E. centro de rehabilitación cardioneuromuscular? En la cual respondió:

T#1: “Mi función como tal está en la parte administrativa, manejo todo lo relacionado con el SIAU que es el servicio de atención general al usuario también manejo la parte de promoción y prevención y algunos comités que se manejan de tipo hospitalario y de seguridad y en estos momentos trabajo de tutora de estudiantes y manejo un poco la parte asistencial”.

Otra pregunta realizada fue: ¿Qué clase de acompañamiento realiza con los pacientes? En la cual respondió:

T#1: “La relación que tengo con los pacientes es en lo informativo y velar por los derechos de los menores que no sean vulnerados, les aplico encuestas y estoy pendiente si asisten a las terapias se realizan planes de mejora se les realiza intervención en la parte de atención al usuario, capacitaciones, mecanismos de participación en salud”.

Por otra parte, se realizó una revisión documental en donde se conociera de fondo la situación en la que se encuentra una persona con discapacidad y donde evidenciaran formas de intervención en sujetos con discapacidad, por ejemplo:

RD#1: “la OMS (Bradley, 1995; OMS, 1997) define la discapacidad de una persona como resultante de la interacción entre la discapacidad de una persona y las variables ambientales que incluyen el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos”.

RD#1: “Instituto de Medicina (1991) sugiere que las limitaciones de una persona se convierten en discapacidad sólo como consecuencia de la interacción de la persona con un ambiente que no le proporciona el adecuado apoyo para reducir sus limitaciones funcionales”.

RD#1: “(Schalock, 1988b; Verdugo, 1997): La discapacidad no está ni fijada ni dicotomizada; es más bien fluida, continua y cambiante, dependiendo de las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en el ambiente personal”.

RD#1: “(Schalock, 1988b; Verdugo, 1997): Una forma de reducir las limitaciones funcionales y por tanto la discapacidad de la persona consiste en intervenir o proveer servicios y apoyos que se centren en la conducta adaptativa y en el nivel del papel que se desempeña en la sociedad”-

RD#1: “(Schalock, 1988b; Verdugo, 1997): La evaluación analiza hasta qué punto las limitaciones funcionales se han reducido y ha aumentado la conducta adaptativa de la persona y en el nivel del papel que se desempeña”.

En otra revisión documental realizada se menciona la importancia de la inteligencia emocional en las relaciones socio-afectivas:

RD#2: Goleman define inteligencia emocional como la capacidad que tiene la persona para reconocer sentimientos en sí mismo y en otros, siendo hábil para manejarlos adecuadamente en sus relaciones intra e interpersonales (Goleman, 2001).

RD#2: Para De Montes y Montes (2002: 123) “el término inteligencia emocional puede entenderse como la capacidad de sentir, entender y manejar eficazmente las emociones, como fuente de energía y de información para el desarrollo [del] potencial único, activando los valores y aspiraciones como seres humanos”.

Por otra parte, parte hablar sobre el rol del trabajador social, se debe hablar principalmente del trabajo social el cual tiene por objetivo “facultar para la utilización y aplicación de la valoración diagnóstica, el pronóstico, el tratamiento y la resolución de los problemas sociales, aplicando la metodología específica de la intervención social de caso, familia, grupo y comunidad, y capacitar para planificar, programar, proyectar, aplicar, coordinar y evaluar servicios y políticas sociales. Los planes de estudios conducentes al título de trabajador/a social deben permitir la adquisición de los conocimientos y competencias necesarias para desarrollar las siguientes funciones en el ejercicio profesional: función de información y orientación, preventiva, asistencial, de planificación, docente, de promoción e inserción social, de mediación, de supervisión, de evaluación, gerencial, de investigación y de coordinación” (Vázquez, 2005).

Es claro que la discapacidad físico-motora no es comprendida por la sociedad ni un 100% por la familia del sujeto con discapacidad. Por ello es preciso que desde el Trabajo Social se realicen funciones de información y asesoramiento sobre esta situación; y a su vez se estudie sobre la situación social, familiar, laboral y económica del sujeto con discapacidad, para comenzar a identificar factores protectores y redes de apoyo.

En estas situaciones es preciso tener un rol de mediador “como una intervención social que pretende identificar las razones del conflicto en el cliente y conectar a este con el sistema familiar y social a través de la intersección, entre la persuasión y la negociación. También la mediación familiar se centra específicamente en el sistema familiar y los conflictos inherentes al mismo”. (Rondón-García L; Alemán-Bracho C. 2011 pág. 24)

Es importante tomar el rol de mediador ya que este facilita la comunicación y la relación entre el sujeto con discapacidad y su entorno familiar, laboral y/o social. A su vez generando que ambas partes comprendan la situación a nivel general y no desde sus propias perspectivas, favoreciendo la conversión de las diferencias en diversas formas que influyan en la resolución de diferencias internas, con ello dando paso a la concientización.

Hay que resaltar la importancia de intervenir la situación del joven con discapacidad con la familia ya que “las familias se han constituido, de nuevo, como la última barrera que actúa como elemento de protección frente a los procesos de exclusión social. Pero no todas las familias actúan igual, ni tienen los mismos modelos de comportamiento. Desde la perspectiva del Trabajo Social con familias, es necesario afrontar los principales retos a los que se enfrentan las personas y las familias en nuestro contexto (Collins, Jordan y Coleman, 2007) con una triple finalidad: asegurar las fortalezas familiares, facilitar estrategias de afrontamiento y consolidar cambios concretos en el modelo de funcionamiento de unidad familiar (Segado, 2011: 33).

El trabajador social en este caso debe fortalecer la dinámica y participación familiar, y al mismo tiempo ir detectando los recursos internos y externos y los factores protectores de la familia y del joven con discapacidad para promover la reincorporación a la vida social y familiar.

Es preciso mencionar el rol educativo ya que pretende “aplicar interrogantes estratégicos que ayuden a encontrar sus propias respuestas” (Baldwin, 1999, 173). A su vez el rol educativo, para la dimensión del Trabajo Social Directo con la familia, “pretende construir en conjunto con la familia procesos de aprendizaje que enfrentan y a descubrir y potenciar los recursos con que cuentan” (Donoso M. & Saldías P, S.f). Aplicar este rol desarrollaría procesos formativos con el sujeto con discapacidad y su familia que favorezcan la concientización y comprensión de la discapacidad en todos sus ámbitos.

El rol de movilizador de recursos, para la dimensión del Trabajo Social Indirecto con la familia. “Este rol no implica que sea el profesional el único encargado de la activación de recursos de las redes primarias y secundarias de la familia, se espera que en esta dimensión, el Trabajador Social identifique y construya en conjunto con la familia, redes sociales de apoyo necesarias para la resolución de situaciones problema” (Donoso M. & Saldías P. S.f). Lo importante de aplicar este rol es que la familia identifique y conozcan las posibles redes de apoyo que puedan intervenir en situación del joven con discapacidad y que contribuyan a los procesos de interacción con su medio social, dejando a un lado la exclusión social.

El Rol capacitador “enseña a los clientes los distintos modos de solucionar problemas, clarificar sus percepciones, facilitarles información adecuada, modelarles conductas, etcétera” (Payne, 1995, 189). Este rol se utilizaría para dar una exposición teórica y práctica de la situación del joven con discapacidad, a su vez dando recomendaciones a nivel individual y/o familiar en alternativas de actividades que favorezcan el cambio en el estilo de vida del sujeto.

Rol de *agente de cambio* ya que “orienta al cliente hacia el uso de recursos externos; ayuda a solucionar problemas mediante la influencia personal” (Aura victoria Duque, S.F). Es conveniente aplicar este rol para crear ambientes favorables dentro de la familia y/o el entorno

social del joven con discapacidad, a su vez suministrar la utilización de recursos externos apropiados.

Rol de interventor “como el mayor conocedor de sus problemas y por lo tanto quien facilita el tratamiento” (Aura victoria Duque, S.F). La importancia de aplicar este rol es intervenir en la situación del joven con discapacidad y brindarle el acompañamiento necesario en su proceso de rehabilitación y re inclusión a la vida social.

Después de haber analizado las respuestas, desarrollado la categorización y la triangulación se evidencio un número de recurrencias en las categorías inductivas encontradas, tales como: atención al usuario, promoción y prevención, velar por los derechos de los menores, capacitar, interacción entre la discapacidad y las variables ambientales, intervenir o proveer servicios, evaluar, reconocer sentimientos, sentir entender y manejar las situaciones. Por otra parte los roles de un trabajador social en esta situación seria: rol educativo, rol de movilizador de recursos, rol capacitador, rol de agente de cambio, rol de interventor.

Discusión Cuarto Capítulo:

Para comenzar se mencionara la autora Aura victoria Duque (S.F) ya que este menciona que “El rol revela la importancia de la intervención social, además el rol del Trabajador Social se asume en la dirección de intermediación o apoderamiento, consultoría, educación”.

Desarrollando una relación de lo mencionado por Aura victoria Duque (S.F) y lo evidenciado en las entrevistas y en la revisión documental se puede determinar que el rol de la trabajadora social del Centro de Rehabilitación, la cual menciona que su función es prestarle una

atención general al usuario, al igual que desarrollar la parte de promoción y prevención. Además vela por los derechos de los jóvenes para que estos no sean vulnerados. A su vez realiza intervención con el sujeto y su entorno a través de visitas domiciliarias, capacitaciones y demás.

Por otra parte, gracias a unos autores como (Schalock, 1988b; Verdugo, 1997) se logró conocer que una forma de reducir las limitaciones funcionales y por tanto la discapacidad de la persona consiste en intervenir o proveer servicios y apoyos que se centren en la conducta adaptativa y en el nivel del papel que se desempeña en la sociedad”-

Por último, en las técnicas aplicadas se evidenció que los principales roles que el trabajador social debe tener en esta situación seria: rol educativo, rol de movilizador de recursos, rol capacitador, rol de agente de cambio, rol de interventor.

CONCLUSIONES

Después de haber analizado la información, para concluir se evidenció que en diversas ocasiones en los jóvenes existe una dificultad al relacionarse con la sociedad, es decir, existe poca comunicación e interacción entre el sujeto y su entorno, además la comunicación e interacción la mayor parte del tiempo solo sucede entre el familiar, el joven y el terapeuta.

La mayoría de estos jóvenes entablan una relación adecuada con sus padres, sin embargo la Trabajadora Social del Centro de Rehabilitación refiere que existen padres que son entregados en los procesos de sus hijos, pero también hay otros que debido a situaciones externas no dedican el tiempo suficiente a los procesos terapéuticos de estos.

Por otra parte, las relaciones amorosas de estos jóvenes con discapacidad en varios de los casos son factibles debido a que su pareja tiene las mismas condiciones físico-motoras de estos y por consiguiente afirman que es más “fácil” tener una relación estable de esa forma. Pero cuando la pareja no tiene el mismo nivel de discapacidad resulta ser un poco “complicado” debido a que ellos expresan que desde ahí empiezan nacer los conflictos en la relación, ya que la pareja tiene que vivir y adaptarse a la discapacidad que tenga la persona, que en varias ocasiones no responden de la manera más adecuada, debido a que no tienen 100% de conocimiento sobre dichas discapacidades, por tal motivo el (la) joven se siente “mal” ya que expresa que el (ella) es una carga para su pareja.

Los jóvenes con discapacidad en las entrevistas hicieron referencia que se han sentido ignorados, rechazado y vulnerado por la sociedad. A pesar de que hoy en día se habla en las leyes y en las políticas públicas de inclusión para esta tipo de población en varios ámbitos como social, laboral y educativo, aún existe demasiada exclusión para ellos en Colombia.

La Trabajadora Social menciona que su función en estos Centro de Rehabilitación donde se trabaja con personas con discapacidad, es prestarle una atención general al usuario, al igual que desarrollar la parte de promoción y prevención. Además vela por los derechos de los jóvenes para que estos no sean vulnerados. A su vez realiza intervención con el sujeto y su entorno a través de visitas domiciliarias, capacitaciones y demás.

Por último, en las técnicas aplicadas se evidenció que los principales roles que el Trabajador Social debe tener en esta situación sería: rol educativo, rol de movilizador de recursos, rol capacitador, rol de agente de cambio, rol de interventor.

RECOMENDACIONES

Para comenzar, es importante crear desde la disciplina de Trabajo Social propuestas de intervención, las cuales permitan realizar de la manera más adecuada acompañamientos grupales e individuales a la población con discapacidad con el fin de proteger el goce efectivo de sus derechos.

Además es conveniente desarrollar procesos formativos con la población con discapacidad y su familia que favorezcan la concientización y comprensión de la discapacidad en todos sus ámbitos. Sin embargo es imprescindible identificar y conocer las posibles redes de

apoyo que puedan contribuir a los procesos de interacción del sujeto con su medio social, dejando a un lado la exclusión social.

Es conveniente crear ambientes favorables dentro de la familia y/o el entorno social del joven con discapacidad, a su vez suministrarle a este la utilización de recursos externos apropiados, a través del acompañamiento necesario en su proceso de rehabilitación y re inclusión a la vida social.

REFERENCIAS

Huerta C.; Rodríguez M. (2011) Sexualidad, discapacidad y una población inesperada: Un tema cada día menos controversial. Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Aguascalientes.

Schalock R. (1999) Hacia una nueva concepción de la discapacidad. Universidad de Salamanca, España.

Huenchuan S. (2004) Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.

Jiménez M.; González D.; Moreno J. (2002) La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001.

Sandoval Casilimas C. (2000) Investigación cualitativa. Instituto colombiano para el fomento de la educación superior, ICFES.

Gomez S. (2012) Metodología de la investigación. Red Tercer Milenio.

Tamayo y Tamayo (1997) El Proceso de la Investigación científica. Editorial Limusa S.A.
México.

ANEXOS

Título	Objetivo General	Objetivo Específicos	Teóricos	Categoría	Subcategorías	Preguntas	Abordaje
Relaciones socioafectivas en 39úcuta39 con discapacidad 39úcuta-motora que son atendidos en el centro de rehabilitación cardioneuromuscular en la ciudad de san 39úcu de 39úcuta	Conocer las afectaciones en las relaciones socioafectivas en jóvenes con discapacidad físico-motora que son atendidos en el centro de rehabilitación cardioneuromuscular en la ciudad de San José de Cúcuta.	Indagar cómo interactúan los jóvenes con discapacidad físico-motora y su respectivo entorno.	Según Molina (2000) “una persona con discapacidad tiene derecho a sí misma, a operar su propia realización, así como a desarrollar sus dinamismos fundamentale	Interacción	-Relaciones -Vinculos -Redes -Entorno	¿Qué sitios frecuente? ¿Con quién se relaciona? ¿Se la pasa más tiempo solo o acompañado? ¿Cómo se comporta la sociedad con	Entrevistas y diario de campo

			s sociales y ser responsable para permitir el desarrollo de su persona”			usted?	
		Identificar aspectos positivos y negativos sobre las relaciones socio-	Torres (2010) “El desarrollo de las relaciones socio- afectivas en la discapacidad,	Relaciones socio- afectivas	-Amistades -Noviazgos -Relaciones familiares -Relaciones sociales	¿Tiene amigos? ¿Tiene pareja? ¿A quién le expresa sus sentimientos?	-Entrevistas estructurada s

		afectivas que enfrentan los jóvenes con discapacidad físico- motora.	es importante ya que se aprenden a establecer contactos sociales y el cómo comportarse con otras personas.			¿Cómo se comportan los demás con usted? ¿Cómo es la relación en su familia? ¿Dialoga frecuentement e con sus vecinos? ¿Qué tipo de necesidad	
		Descubrir las	Martínez				

		necesidades emocionales que tienen los jóvenes con discapacidad físico - motora.	(2002) “Todos los humanos tienen necesidades emocionales básicas. Estas necesidades pueden ser expresadas como sentimientos, por ejemplo la necesidad de sentirse aceptado, respetado e	Necesidade s emocionale s	-sentimientos -expresiones -inclusión -Aceptación	emocional presenta? ¿tiene con quien expresas sus sentimientos? ¿Qué tan incluido se siente?	- Observació n y entrevistas semi estructurada s
--	--	---	---	------------------------------------	--	--	--

		<p>Determinar el rol del Trabajador Social para la atención de casos de sujetos que tengan problemáticas en las relaciones socio-afectivas por consecuencia de su</p>	<p>importante”.</p> <p>(Aura victoria Duque,S.F)</p> <p>Del libro metodologías de intervención social</p> <p>El rol revela la importancia de la intervención social. (...) El rol del Trabajador</p>	<p>Rol del Trabajador social</p>	<p>-Educativo</p> <p>-Orientador</p> <p>-Mediador</p> <p>-Facilitador</p> <p>-Asesor</p> <p>-Interventor</p> <p>-Agente de cambio</p> <p>-Gestor</p> <p>-Negociador</p> <p>- Intermediario</p> <p>-Capacitador</p>	<p>- ¿cuál es el rol del Trabajador social en las discapacidades ?</p> <p>-¿Cuál es el rol del Trabajador social en las Familias?</p> <p>-¿cuál es el rol del Trabajador social en las relaciones socio-</p>	<p>-Revisión documental</p>
--	--	---	--	----------------------------------	--	--	-----------------------------

		discapacidad	Social se asume en la dirección de inter- mediación o apoderamient o, consultoría, educación.		-Defensor -Organizador	afectivas?	
--	--	--------------	--	--	---------------------------	------------	--

Cuadro 1. Matriz Categorical

TRIANGULACIÓN GENERAL

Código	Categoría 1. Interacción	Código	Categoría 2. Relaciones socio-afectivas	Código	Categoría 3. Necesidades emocionales	Código	Categoría 4. Rol del Trabajador Social en la discapacidad
	<p>U#1: si por que las personas que están en el centro de rehabilitación nos tratan bien y nos explica los temas bien.</p>		<p>U#1: es buena ya que mi pareja sentimental tiene las mismas condiciones físicas que yo tengo.</p>		<p>U#1: si muchas veces he sido rechazado</p>		<p>RD#1: (Schalock, 1988b; Verdugo, 1997): La discapacidad no está ni fijada ni dicotomizada; es más bien fluida, continua y cambiante, dependiendo de las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en el ambiente personal</p>

	<p>O#1: Los jóvenes se relacionan con todas las personas que asisten al centro de rehabilitación, son atentos a lo que se les habla, son activos.</p>		<p>U#1: mi relación con mis padres es muy buena ya que mis papas me brindan todo el apoyo</p>		<p>T#1: hoy en día todavía se ve el rechazo con personas con discapacidad</p>	<p>T#1: Mi función como tal está en la parte administrativa, manejo todo lo relacionado con el SIAU que es el servicio de atención general al usuario</p>
	<p>U#1: la dificultad de relacionarse los jóvenes es muy asertiva ya que los jóvenes tiene un muy buen trato.</p>		<p>T#1: Bueno pues las relaciones que puedo observar es que hay padres de familia que son entregados a la discapacidad de su hijo</p>	<p style="text-align: center;">NEIOI</p>	<p>U#1: es regular ya que las personas muchas veces no nos miran y nos hablan por pena o por no tratar con personas como nosotros.</p>	<p>T#1: se les realiza intervención en la parte de atención al usuario, capacitaciones, mecanismos de participación en salud</p>

	<p>O#1: la comunicación e interacción solo sucede entre el familiar el joven y el terapeuta. Los jóvenes están en edades entre los 15 a los 25 las relaciones son afectivas frente a sus padres.</p>	<p>U#3: muchas veces es de conflictos ya que mi pareja sentimental tiene que lidiar conmigo entonces eso me hace sentir mal.</p>	<p>T#1: se habla de exclusión social en lo laboral, educativa, social cierto y exclusión social como tal</p>	<p>RD#1: (Schalock, 1988b; Verdugo, 1997): La evaluación analiza hasta qué punto las limitaciones funcionales se han reducido y ha aumentado la conducta adaptativa de la persona y en el nivel del papel que se desempeña.</p>
--	---	---	---	--

	<p>RD#2: Los resultados evidenciaron en el 56,2% de las observaciones insuficiencia en los procesos socioafectivos: interacción social, autoconocimiento, autorregulación y motivación.</p>		<p>T#1: como también hay padres de familia que debido a sus trabajos no están en el proceso terapéutico de sus hijos.</p>		<p>T#1: Bueno eso sería una cuestión cultural, pero si yo creo q la sociedad puede llegar a excluirlos por su condición física.</p>	<p>RD#1: la OMS (Bradley, 1995; OMS, 1997) define la discapacidad de una persona como resultante de la interacción entre la discapacidad de una persona y las variables ambientales que incluyen el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos</p>
--	--	--	--	--	--	---

<p>IPC01</p>	<p>O#1: Se logró observar que los jóvenes no se comunican e interactúan entre ellos</p>		<p>U#2: no tengo pareja sentimental</p>			<p>RD#1: (Schalock, 1988b; Verdugo, 1997): Una forma de reducir las limitaciones funcionales y por tanto la discapacidad de la persona consiste en intervenir o proveer servicios y apoyos que se centren en la conducta adaptativa y en el nivel del papel que se desempeña en la sociedad</p>
--------------	---	--	---	--	--	---

	<p>O#1: El trato de los jóvenes frente a los demás es muy regular ya que estos jóvenes son muy interactivos, la actitud que se tiene con las personas que los acompañan al sitio es buena ya que la obediencia que se evidencio en esos jóvenes era de respeto y comprensión.</p>								<p>RD#1: Instituto de Medicina (1991) sugiere que las limitaciones de una persona se convierten en discapacidad sólo como consecuencia de la interacción de la persona con un ambiente que no le proporciona el adecuado apoyo para reducir sus limitaciones funcionales</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

							T#1: también manejo la parte de promoción y prevención y algunos comités que se manejan de tipo hospitalario y de seguridad
--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>RD#2: fue Goleman quien lo impulsó en 1995 convirtiéndolo en un tema de amplia significación. Dicho autor define inteligencia emocional como la capacidad que tiene la persona para reconocer sentimientos en sí mismo y en otros, siendo hábil para manejarlos adecuadamente en sus relaciones intra e interpersonales</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

						<p>RD#2: (Goleman, 2001). Mientras para De Montes y Montes (2002: 123) “el término inteligencia emocional puede entenderse como la capacidad de sentir, entender y manejar eficazmente las emociones, como fuente de energía y de información para el desarrollo [del] potencial único, activando los valores y aspiraciones como seres humanos”</p>
--	--	--	--	--	--	--

RTSSEMIE01

--	--

								T#1: La relación que tengo con los pacientes es en lo informativo y velar por los derechos de los menores que no sean vulnerados
--	--	--	--	--	--	--	--	---

FICHA #: 1	TRABAJO SOCIAL EN FORMACION 8BN
FECHA: 26 MARZO 2017	HORA: 10:30 A.M.
LUGAR: E.S.E. Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular	
PROPOSITO: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer las actitudes de los jóvenes con las demás personas E.S.E. Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular 	
TECNICA: Observación	
ASPECTOS A OBSERVAR: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Situaciones: relaciones que se dan. ✓ Personas: dinámicas, relaciones, edad. ✓ Que relaciones: conflictivas, relaciones de apoyo 	

La E.S.E. Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular queda ubicado en 6Bn # 12E-109 B. los Acacios Cúcuta, Norte de Santander se observó un espacio abierto con zonas verdes, se encontró en las primeras oficinas Trabajo Social, Psicología, terapia ocupacional y terapia de lenguaje, seguido está ubicado la oficina de promoción y prevención, a mano izquierda se encuentra la Administración, ubicada con dos pisos en el primero está el control de citas y en el segundo Gerencia.

La institución está dividida por RHs; en el RH1 se encontró un pasillo que lleva al salón de Neuropediatría, se encontraron implementos para la realización de terapia para los niños. A mano izquierda se encuentra ubicada la piscina la cual esta enrejada, a su extremo encontramos el taller de Prótesis y Ortesis.

En el RH2 se encuentra ubicado diagonal a Neuropediatría a mano derecha esta terapia física, taller de Rehabilitación del miembro superior, Se logró observar que los jóvenes no se comunican e interactúan entre ellos, la comunicación e interacción solo sucede entre el familiar el joven y el terapeuta.

Los jóvenes están en edades entre los 15 a los 25 las relaciones son afectivas frente a sus padres.

El trato de los jóvenes frente a los demás es muy regular ya que estos jóvenes son muy interactivos, la actitud que se tiene con las personas que los acompañan al sitio es buena ya que la obediencia que se evidencio en esos jóvenes era de respeto y comprensión.

Los jóvenes se relacionan con todas las personas que asisten al centro de rehabilitación, son atentos a lo que se les habla, son activos.

CATEGORIA	CÓDIGO	SUBCATEGORIA	DESCRIPCION
-----------	--------	--------------	-------------

Interacción	IPC01	-Poca comunicación	<p>O#1: Se logró observar que los jóvenes no se comunican e interactúan entre ellos</p> <p>O#1: la comunicación e interacción solo sucede entre el familiar el joven y el terapeuta. Los jóvenes están en edades entre los 15 a los 25 las relaciones son afectivas frente a sus padres.</p> <p>O#1: El trato de los jóvenes frente a los demás es muy regular ya que estos jóvenes son muy interactivos, la actitud que se tiene con las personas que los acompañan al sitio es buena ya que la obediencia que se evidencio en esos jóvenes era de respeto y comprensión.</p> <p>O#1: Los jóvenes se relacionan con todas las personas que asisten al centro de rehabilitación, son atentos a lo que se les habla, son activos.</p>
	IIL01	-Interacción limitada	
	IVET01	-Vínculos estables con terapeutas	
	IEPE01	-Empatía con personas externas	

FICHA # 2		TRABAJO SOCIAL EN FORMACIÓN 5 AD	
FECHA: 26 marzo 2017		HORA: 3:00 p.m.	
LUGAR: E.S.E. Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular			
PROPÓSITO:			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Analizar cómo interactúan los jóvenes con discapacidad físico-motora y su respectivo entorno 			
TECNICA: Entrevista			
CATEGORIA	CODIGO	SUBCATEGORIA	DESCRIPCIÓN
Interacción	IEPE02	-Empatía con personas externas	U#1: la dificultad de relacionarse los jóvenes es muy asertiva ya que los jóvenes tiene un muy buen trato.
	ICET02	-Vínculos estables con	U#1: si por que las personas que están en el centro de rehabilitación nos tratan bien y nos explica los temas bien.

<p>Relaciones socio-afectivas</p> <p>Necesidades emocionales</p>	<p>RSABRF01</p> <p>RSABRA01</p> <p>RSASPS01</p> <p>RSACRA01</p> <p>NEA01</p> <p>NEI01</p>	<p>terapeutas</p> <p>-Buenas relaciones familiares</p> <p>-Buenas relaciones amorosas</p> <p>-Sin pareja sentimental</p> <p>-Conflictos en la relación amorosa</p> <p>-Necesidad de aceptación</p> <p>-Necesidad de inclusión</p>	<p>U#1: mi relación con mis padres es muy buena ya que mis papas me brindan todo el apoyo</p> <p>U#1: es buena ya que mi pareja sentimental tiene las mismas condiciones físicas que yo tengo.</p> <p>U#2: no tengo pareja sentimental</p> <p>U#3: muchas veces es de conflictos ya que mi pareja sentimental tiene que lidiar conmigo entonces eso me hace sentir mal.</p> <p>U#1: si muchas veces he sido rechazado</p> <p>U#1: es regular ya que las personas muchas veces no nos miran y nos hablan por pena o por no tratar con personas como nosotros.</p>
--	---	---	--

DESCRIPCIÓN PREGUNTA CON LA RESPUESTA:

1) ¿Qué dificultad tiene usted al relacionarse con las demás personas?

U#1: la dificultad de relacionarse los jóvenes es muy asertiva ya que los jóvenes tiene un muy buen trato.

2) Mencione la causa por el cual presenta dicha discapacidad?

U#1: accidente de nacimiento.

U#2: Por parte de la familia.

U#3: Origen neurológico

3) Como es la relación de ustedes con sus padres?

U#1: mi relación con mis padres es muy buena ya que mis papas me brindan todo el apoyo

4) Cuál es el trato que recibes ante la sociedad?

U#1: es regular ya que las personas muchas veces no nos miran y nos hablan por pena o por no tratar con personas como nosotros.

5) Como es su habilidad física frente a los temas que se les explica en el centro de rehabilitación?

U#1: mi habilidad es buena porque soy ágil para entender rápido las cosas

U#2: regular porque no tengo el mismo nivel de rapidez de los demás jóvenes

6) La atención brindada en el centro de rehabilitación es buena?

U#1: si por que las personas que están en el centro de rehabilitación nos tratan bien y nos explica los temas bien.

7) Como es la relación con su pareja sentimental?

U#1: es buena ya que mi pareja sentimental tiene las mismas condiciones físicas que yo tengo.

U#2: no tengo pareja sentimental

U#3: muchas veces es de conflictos ya que mi pareja sentimental tiene que lidiar conmigo entonces eso me hace sentir mal.

8) Alguna vez te has movilizado solo por las calles sin ayuda de terceras personas?

U#1: NO

9) Cómo considera su entorno social, para trabajar con sus compañeros que tienen problemas de discapacidad?

U#1: muy bueno

10) Alguna vez has sido víctima de rechazo o te han aceptado tal como eres con este tipo de discapacidad?

U#1: si muchas veces he sido rechazado

11) Considera usted qué su vida sexual con la pareja ha sido satisfactoriamente adecuada para su vida?

U#1: SI

FICHA # 3		TRABAJO SOCIAL EN FORMACION 8BN	
FECHA: 30 marzo 2017		HORA: 3:00 p.m.	
LUGAR: E.S.E. Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular			
PROPÓSITO: Conocer las afectaciones en las relaciones socio-afectivas en jóvenes con discapacidad físico-motora que son atendidos en el centro de rehabilitación cardioneuromuscular en la ciudad de San José de Cúcuta.			
TECNICA: Entrevista			
CATEGORIA	CODIGO	SUBCATEGORIA	DESCRIPCIÓN
Relaciones socio-afectivas	RSABRF02	-Buenas relaciones familiares	T#1: Bueno pues las relaciones que puedo observar es que hay padres de familia que son entregados a la discapacidad de su hijo

<p>Necesidades emocionales</p>	<p>RSAPDP01</p>	<p>-Poca dedicación de sus padres</p>	<p>T#1: como también hay padres de familia que debido a sus trabajos no están en el proceso terapéutico de sus hijos.</p>
<p>Rol del Trabajador Social en la discapacidad</p>	<p>NEA02</p>	<p>-Necesidad de aceptación</p>	<p>T#1: hoy en día todavía se ve el rechazo con personas con discapacidad</p>
	<p>NEI02</p>	<p>-Necesidad de inclusión</p>	<p>T#1: se habla de exclusión social en lo laboral, educativa, social cierto y exclusión social como tal</p>
	<p>NEI03</p>	<p>-Necesidad de inclusión</p>	<p>T#1: Bueno eso sería una cuestión cultural, pero si yo creo q la sociedad puede llegar a excluirlos por su condición física.</p>
	<p>RTSAU01</p>	<p>-Atención al usuario</p>	<p>T#1: Mi función como tal está en la parte administrativa, manejo todo lo relacionado con el SIAU que es el servicio de atención general al usuario</p>
	<p>RTSPP01</p>	<p>-Promoción y prevención</p> <p>-Velar por los derechos de</p>	<p>T#1: también manejo la parte de promoción y prevención y algunos comités que se manejan de tipo hospitalario y de seguridad</p> <p>T#1: La relación que tengo con los pacientes es en lo informativo y velar por los derechos de los menores que no</p>

DESCRIPCIÓN PREGUNTA CON LA RESPUESTA:

1. ¿QUÉ CLASE DE SERVICIOS BRINDA O PRESTA LA E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN CARDIONEUROMUSCULAR?

T#1: Las clases de servicios que presta la E.S.E. Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular es terapia ocupacionales terapia física, fonoaudiología taller de prótesis”

2. ¿CON CUÁNTOS PACIENTES CUENTA LA E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN CARDIONEUROMUSCULAR, QUE RENGÓ DE EDAD PRESENTAN ELLOS Y QUE TIPO DE VINCULACIÓN TIENEN?

T#1: No tendría un número exacto de pacientes debido a que la permanencia de los pacientes en la E.S.E. es indefinida, unos están un mes, otros en cambio llevan años; referente a las edades manejamos pacientes de cualquier edad, tenemos pacientes de 2 meses de nacidos hasta de 68 años, así q como pueden ver manejamos cualquier edad; y el tipo de vinculación recibimos de las EPS como SaludVida, algunos de Salucoop, Sisben etc. y también atendemos particulares.

3. ¿QUÉ TIPO DE DISCAPACIDADES PRESENTAN LOS PACIENTES EN LA E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN CARDIONEUROMUSCULAR?

T#1: Pues nosotros trabajamos con cualquier tipo de discapacidad como físicas y sensoriales, Educación, Geriátría, Discapacidad intelectual, Rehabilitación laboral, Trastornos neurológicos Y Trastornos postquirúrgicos

4. ¿CUÁL ES LA DISCAPACIDAD MÁS FRECUENTE EN LA E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN

CARDIONEUROMUSCULAR?

T#1: No podría decirles la discapacidad más frecuente debido a que como la E.S.E. atiende todo tipo de discapacidad no tenemos la más frecuente.

5. ¿CUÁL ES SU FUNCIÓN EN LA E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN CARDIONEUROMUSCULAR?

T#1: Mi función como tal está en la parte administrativa, manejo todo lo relacionado con el siau que es el servicio de atención general al usuario también manejo la parte de promoción y prevención y algunos comités que se manejan de tipo hospitalario y de seguridad y en estos momentos trabajo de tutora de estudiantes y manejo un poco la parte asistencial

6. ¿QUÉ CLASE DE ACOMPAÑAMIENTO REALIZA CON LOS PACIENTES?

T#1: La relación que tengo con los pacientes es en lo informativo y velar por los derechos de los menores que no sean vulnerados, les aplico encuestas y estoy pendiente si asisten a las terapias se realizan planes de mejora se les realiza intervención en la parte de atención al usuario, capacitaciones, mecanismos de participación en salud

7. ¿CUÁL ES SU PERCEPCIÓN SOBRE LA FORMA DE RELACIONARSE LOS PACIENTES CON SUS FAMILIAS?

T#1: Bueno pues las relaciones que puedo observar es que hay padres de familia que son entregados a la discapacidad de su hijo y vienen con ellos a las terapias y están pendientes de su evolución y tratamiento, como también hay padres de familia que debido a sus trabajos no están en el proceso terapéutico de sus hijos.

8. EN SU PROCESO PROFESIONAL CON ESTOS PACIENTES ¿CREE QUE LAS FAMILIAS EN MEDIO DE SU DUELO POR LA DISCAPACIDAD DE SU HIJO O HERMANO PUEDE LLEGAR A MALTRATARLO?

T#1: pues esa pregunta es difícil de responder porque no podemos llegar a calificar a una persona como maltratadora sin conocer y hacerle un estudio, la verdad no puedo responder esa pregunta

9. ¿CÓMO ES EL ACOMPAÑAMIENTO DE LAS FAMILIAS EN EL PROCESO TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES?

T#1: no les puedo decir eso porque el entorno social de ellos no es solo acá, el entorno social de ellos también es la familia, sus vecinos, el colegio, el hogar, ellos acá vienen es a terapias la verdad no sé cómo será el entorno social de ellos a nivel interno en la familia y en su barrio y la verdad no sé cómo es la relación social de ellos entonces tampoco puedo responder esa pregunta

10. ¿CÓMO OBSERVA LAS RELACIONES DE LOS PACIENTES EN SU ENTORNO SOCIAL?

T#1: Yo creo que en eso podemos hablar sobre la parte cultural no como la cultura de cada persona hoy en día todavía se ve el rechazo con personas con discapacidad hoy en día ya se habla de exclusión con las personas de discapacidad, se habla de exclusión social en lo laboral, educativa, social cierto y exclusión social como tal , puede que haya exclusión social en la sociedad con tal pero ya hoy una ley que los acobija una ley desde la constitución del 91 que todas las personas tenemos derechos y deberes tratadas todo por igual dependiendo de su condición laboral hasta su condición de discapacidad como tal y no deberían excluir a las personas con discapacidad y eso se debe trabajar porque en las empresas y en toda Colombia todavía se ve la exclusión social.

11. ¿CREE QUE LOS PACIENTES POR SU CONDICIÓN FÍSICA PUEDEN LLEGAR A SER EXCLUIDOS POR LA SOCIEDAD?

T#1: Bueno eso sería una cuestión cultural, pero si yo creo q la sociedad puede llegar a excluirlos por su condición física.

FICHA # 4	TRABAJO SOCIAL EN FORMACIÓN 8bn
FECHA: 27 marzo 2017	HORA: 9.am p.m.
LUGAR: E.S.E. Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular	
<p>PROPÓSITO:</p> <p>Analizar los diferentes conceptos de discapacidad y formas de intervención</p>	
TECNICA: REVISION DOCUMENTAL	
<p>En la actualidad la discapacidad se ve desde una perspectiva ecológica (es decir, desde la interacción persona-ambiente). Por ejemplo, la OMS (Bradley, 1995; OMS, 1997) define la discapacidad de una persona como resultante de la interacción entre la discapacidad de una persona y las variables ambientales que incluyen el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos. Dentro de este modelo, la limitación (impairment) es una falta o anormalidad del cuerpo o de una función fisiológica o psicológica; una actividad es la naturaleza y la amplitud del funcionamiento a nivel personal; y la participación es la naturaleza y la amplitud de la implicación de una</p>	

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

Este cambio en la concepción de la discapacidad tiene numerosas implicaciones para la educación y la rehabilitación personal, entre las que se incluyen (Schalock, 1988b; Verdugo, 1997):

- La discapacidad no está ni fijada ni dicotomizada; es más bien fluida, continua y cambiante, dependiendo de las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en el ambiente personal.
- Una forma de reducir las limitaciones funcionales y por tanto la discapacidad de la persona consiste en intervenir o proveer servicios y apoyos que se centren en la conducta adaptativa y en el nivel del papel que se desempeña en la sociedad.
- La evaluación analiza hasta qué punto las limitaciones funcionales se han reducido y ha aumentado la conducta adaptativa de la persona y en el nivel del papel que se desempeña.

Este cambio en la concepción de la discapacidad ha tenido un impacto significativo en el campo de las discapacidades del desarrollo tal y como se refleja en la Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo de la Asociación Americana de Retraso Mental (AARM) de 1992, el desplazamiento hacia un paradigma de apoyos, y la posibilidad de fundir los conceptos de inteligencia y conducta adaptativa. Schalock Robert L. (1999)

CATEGORIA	CODIGO	SUBCATEGORIA	DESCRIPCION
-----------	--------	--------------	-------------

<p>Rol del Trabajador</p> <p>Social en la discapacidad</p>	RTSIDVA01	<p>-Interacción entre la discapacidad y las variables ambientales</p>	<p>RD#1: la OMS (Bradley, 1995; OMS, 1997) define la discapacidad de una persona como resultante de la interacción entre la discapacidad de una persona y las variables ambientales que incluyen el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos</p>
	RTSL01	<p>-Limitaciones</p>	<p>RD#1: Instituto de Medicina (1991) sugiere que las limitaciones de una persona se convierten en discapacidad sólo como consecuencia de la interacción de la persona con un ambiente que no le proporciona el adecuado apoyo para reducir sus limitaciones funcionales</p>
	RTSADAP01	<p>-Apoyos disponibles en el ambiente personal</p>	<p>RD#1: (Schalock, 1988b; Verdugo, 1997): La discapacidad no está ni fijada ni dicotomizada; es más bien fluida, continua y cambiante, dependiendo de las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en el ambiente personal</p>
	RTSIPS01	<p>-Intervenir o proveer servicios</p>	<p>RD#1: (Schalock, 1988b; Verdugo, 1997): Una forma de reducir las limitaciones funcionales y por tanto la discapacidad de la persona consiste en intervenir o proveer servicios y</p>

	RTSE01	-Evaluar	apoyos que se centren en la conducta adaptativa y en el nivel del papel que se desempeña en la sociedad RD#1: (Schalock, 1988b; Verdugo, 1997): La evaluación analiza hasta qué punto las limitaciones funcionales se han reducido y ha aumentado la conducta adaptativa de la persona y en el nivel del papel que se desempeña.
--	--------	----------	--

FICHA # 5	TRABAJO SOCIAL EN FORMACIÓN 8bn
FECHA: 27 marzo 2017	HORA: 9.am p.m.
LUGAR: E.S.E. Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular	
<p>PROPÓSITO:</p> <p>Conocer las afectaciones en las relaciones socio-afectivas en jóvenes con discapacidad físico-motora que son atendidos en el centro de rehabilitación cardioneuromuscular en la ciudad de San José de Cúcuta.</p>	
<p>TECNICA: REVISION DOCUMENTAL</p>	
<p>Los escenarios de violencia en la sociedad actual requieren con urgencia desarrollar procesos socio-afectivos; pues son las emociones y sentimientos puntos focales en la formación de valores. Por ello, el estudio se planteó como objetivo: explorar los procesos socio-afectivos que en el ámbito escolar pudieran estar contribuyendo con el aprendizaje y práctica de valores en los estudiantes de la II etapa de Educación Básica. Se sustentó en los aportes teóricos de Rogers (2003), Goleman (2001), Vigotsky (2000), Heller (1998),</p>	

entre otros. El enfoque metodológico mixto ameritó la técnica de observación directa y registro escrito de observaciones; actuando como informantes 198 estudiantes y 6 docentes de la Escuela Básica Monseñor Godoy, ubicada en el Municipio Maracaibo. Los resultados evidenciaron en el 56,2% de las observaciones insuficiencia en los procesos socioafectivos: interacción social, autoconocimiento, autorregulación y motivación.

En conclusión no existe una relación calida y efectiva entre docentes y alumnos tan necesaria para la formación de valores y la integración socio-afectiva.

Si bien el término “**inteligencia emocional**” fue utilizado por primera vez en 1990 por Salovey y Mayer; fue Goleman quien lo impulsó en 1995 convirtiéndolo en un tema de amplia significación. Dicho autor define inteligencia emocional como la capacidad que tiene la persona para reconocer sentimientos en sí mismo y en otros, siendo hábil para manejarlos adecuadamente en sus relaciones intra e interpersonales (Goleman, 2001). Mientras para De Montes y Montes (2002: 123) “el término inteligencia emocional puede entenderse como la capacidad de sentir, entender y manejar eficazmente las emociones, como fuente de energía y de información para el desarrollo [del] potencial único, activando los valores y aspiraciones como seres humanos”

Buscando comprender la influencia que las relaciones socio-afectivas de los jóvenes con discapacidad. Las bases teóricas vinculadas a la psicología dan lineamientos claros para poder entender la manera en la que las personas con discapacidad visual aprenden el mundo y llegan a desenvolverse en él, sobre todo las que analizan las relaciones interpersonales y el desarrollo socio afectivo de las personas con este tipo de discapacidad. La diferencia primaria que existe, en oposición a las personas sin discapacidad visual, es la manera que

la que un niño/a no vidente debe adquirir competencias sociales que le serán útiles en su manejo cotidiano en el mundo.

CATEGORIA	CODIGO	SUBCATEGORIA	DESCRIPCIÓN
<p>Interacción</p> <p>Rol del Trabajador Social en la discapacidad</p>	<p>IIL02</p> <p>RTSRS01</p>	<p>-Poca interacción social</p> <p>-Reconocer sentimientos</p>	<p>RD#2: Los resultados evidenciaron en el 56,2% de las observaciones insuficiencia en los procesos socioafectivos: interacción social, autoconocimiento, autorregulación y motivación.</p> <p>RD#2: fue Goleman quien lo impulsó en 1995 convirtiéndolo en un tema de amplia significación. Dicho autor define inteligencia emocional como la capacidad que tiene la persona para reconocer sentimientos en sí mismo y en otros, siendo hábil para manejarlos adecuadamente en sus relaciones intra e interpersonales</p>

CUADRO CATEGORIAL

Objetivo Específico: Determinar el rol del Trabajador Social para la atención de casos de sujetos que tengan problemáticas en las

			RD#2: (Goleman, 2001). Mientras para De Montes
	RTSSEME01	-Sentir, entender y manejar las emociones	y Montes (2002: 123) “el término inteligencia emocional puede entenderse como la capacidad de sentir, entender y manejar eficazmente las emociones, como fuente de energía y de información para el desarrollo [del] potencial único, activando los valores y aspiraciones como seres humanos”

relaciones socio-afectivas por consecuencia de su discapacidad.

Tema: Roles del Trabajo Social

Técnica aplicada: Revisión documental

Libro: Modelo de Intervención para el Trabajo Social Familiar **Autora:** María de la Paz Donoso & Paulina Saldías

Categoría	Código	Subcategoría	Descripción
<p>Rol del Trabajador Social en la discapacidad</p>	<p>RTE02</p> <p>RTMR01</p>	<p>Educativo</p> <p>Movilizador de recursos</p>	<p>Rol Educativo, para la dimensión del Trabajo Social Directo con la familia. Educativo en el sentido de construir en conjunto con la familia procesos de aprendizaje que enfrentan y a descubrir y potenciar los recursos con que cuentan.</p> <p>Rol de movilizador de recursos, para la dimensión del Trabajo Social Indirecto con la familia. Este rol no implica que sea el profesional el único encargado de la activación de recursos de las redes primarias y secundarias de la familia, se espera que en esta dimensión, el Trabajador Social identifique y construya en conjunto con la familia, redes sociales de apoyo necesarias para la resolución de situaciones problema.</p>

CUADRO CATEGORIAL

Objetivo Específico: Determinar el rol del Trabajador Social para la atención de casos de sujetos que tengan problemáticas en las relaciones socio-afectivas por consecuencia de su discapacidad.

Tema: Roles del Trabajo Social

Técnica aplicada: Revisión documental

Libro: Metodologías de intervención social **Autora:** Aura victoria Duque (S.F)

Categoría	Código	Subcategoría	Descripción
Rol del Trabajador Social en la discapacidad	RTE01	Educativo	Rol educativo: “aplicar interrogantes estratégicos que ayuden a encontrar sus propias respuestas” (Baldwin, 1999, 173).
	RTM01	Mediador	Rol de mediador o intermediador por su connotación de “... propiciar que el cliente social y el sistema entren en contacto y que se traten entre sí de forma equitativa y racional” (1995, 190)
	RTD01	Defensor	Rol defensor “... presionando a otros organismos o individuos a que intervengan o incluso a que asuman la acción social” (1995, 190)
	RTO01	Organizador	Rol de organizador “... poniendo al cliente en contacto con las redes sociales o creando unas nuevas” (1995, 190)

	RTC01	Capacitador	Rol capacitador “enseñando a los clientes los distintos modos de solucionar problemas, clarificar sus percepciones, facilitarles información adecuada,
	RTF01	Facilitador	modelarles conductas, etcétera (Payne, 1995, 189) Rol de facilitador “definir tareas, movilizar soportes ambientales” (1995, 189)
	RTOR01	Orientador	Rol de orientador “... como modalidad de intervención que actúa a nivel psicosocial e implica actividades que ayuden en la búsqueda de consensos, puntos de encuentro y capacidad autogestiva para la resolución de conflictos”
	RTT01	Terapeuta	(Eroles, en Chadi, 2005, 44). Rol de terapeuta “busca alivianar las cargas negativas que alteran al sistema”
	RTA01	Asesor	Rol Asesor “facilita la comprensión”
	RTI01	Interventor	Rol de interventor “como el mayor conocedor de sus problemas y por lo tanto quien facilita el tratamiento”
	RTAC01	Agente de cambio	Rol de agente de cambio orienta al cliente hacia el uso de recursos externos; ayuda a solucionar problemas mediante la influencia personal.
	RTG02	Gestor	El rol central del Trabajador Social es el de gestor o el de “Asistir a los clientes para ayudarles a tratar con alguno o todos de los sistemas de problemas” (Roberts De Gennaro, en Viscarret, 2007, 237).