

Discapacidad y asistencia social: atención individualizada



Diana Franco Alejandre



Discapacidad y asistencia social: atención individualizada

Diana Franco Alejandre



Primera Edición: noviembre de 2024

© 2024 Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social ISBN:
978-607-8987-11-5

DOI: <https://doi.org/10.62621/dfh31t67>

Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social Red Nacional
de Estudios Disciplinarios en Trabajo Social Universidad Autónoma del
Estado de México

© 2024 Por características tipográficas y de diseño editorial ACANITS
A.C.

Portada: Martín Castro Guzmán

Todos los capítulos de este libro fueron sometidos a dictamen doble
ciego por pares académicos y es responsabilidad de cada autor.

Este libro electrónico es editado por la Academia Nacional de
Investigación en Trabajo Social (ACANITS) bajo la licencia Creative



Commons CC BY- NC-SA 4.0; que de
manera gratuita pone a disposición esta obra
siempre y cuando se atribuya el crédito al
autor. También puede leer, descargar,

compartir, copiar y redistribuir el material sin fines comerciales y con
la utilización de esta misma licencia.

Impreso en México

Índice

Prologo.....	9
Introducción.....	11
I. DISCAPACIDAD.....	15
1.1 Antecedentes	15
1.4 Discapacidad	19
1.5 Persona con discapacidad.....	20
1.7 Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)	23
1.8 Modelos de la discapacidad	25
1.9 Deficiencias	27
1.10 Programas de atención	28
II. DISCAPACIDAD SOCIAL.....	32
2.1. Conceptualización.....	32
2.2 Teorías sobre discapacidad social	33
2.3 Paradigma de las ciencias sociales.....	38
2.4 Modelos de la discapacidad desde la perspectiva social	45
III. ASISTENCIA SOCIAL.....	52
3.1 Génesis de la asistencia social	52
3.2 El Sistema Nacional DIF	54
3.3 Asistencia social en el Estado de México.....	56
3.4 Atención a la discapacidad	60
3.5 Programas de atención	61
3.6 Instituciones de primer nivel de atención.....	62
3.7 Instituciones de segundo nivel de atención.....	63
3.8 Marco Jurídico de la asistencia social.....	67
VI. TRABAJO SOCIAL Y ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA.....	79

4.1 Trabajo social como actividad profesional.....	79
4.2 Trabajo social individualizado.....	87
4.2.1 Concepto	87
4.2.2 Proceso metodológico	90
4.2.2.1 Investigación.....	91
4.2.2.3 Plan social.....	95
4.2.2.4 Tratamiento social	96
4.2.2.5 Evaluación	96
V. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	100
5.1 Técnicas de intervención	100
5.1.1 Investigación.....	100
5.1.2 Entrevista	101
5.1.3 Observación.....	106
5.1.4 Visita domiciliaria	117
5.2 Técnicas de diagnóstico	121
5.2.1 Apgar familiar (Anexo 1)	121
5.2.2 Culturograma (Anexo 2).....	123
5.2.3 Mapa de relaciones (Anexo 3).....	123
5.2.4 Cronograma o línea del tiempo (Anexo 4)	124
5.2.4 Diagrama de flujo (Anexo 5).....	124
5.2.5 Ecomapa (Anexo 6).....	124
5.2.6 Mapa de redes (Anexo 7)	124
5.2.7 Genograma (Anexo 8)	125
5.3 Instrumentos	125
5.3.1 Base de datos (anexo 9)	126
5.3.2 Canalización de servicios sociales (Anexo 10).....	126
5.4.3 Carta de consentimiento informado (Anexo 11).....	126
5.3.4 Chat.....	126
5.3.5 Correo electrónico.....	127

5.3.6	Diario de campo (Anexo 12)	127
5.4.7	Documentos oficiales.....	127
5.3.8	Estudio socioeconómico (Anexo 13)	128
5.3.9	Expediente clínico	128
5.3.10	Ficha social (anexo 14)	128
5.3.11	Informe social (Anexo 15).....	128
5.3.12	Notas de seguimiento (Anexo 16).....	129
5.3.13	Reporte de la entrevista aplicada en visita domiciliaria (Anexo 17).....	129
	Referencias	131
	Anexos	146

Prologo

La atención institucional de las personas con discapacidad debe realizarse bajo un esquema multidisciplinario que involucre la participación de diversos profesionales de la salud, que tengan bien definida e identificada su área de responsabilidad a fin de lograr los mejores resultados posibles y con mayor impacto para transformar el entorno social y familiar de este grupo de población tan vulnerable y que tradicionalmente ha sido marginado de dichas prácticas institucionales.

En este libro se describe claramente la génesis y conceptualización de la discapacidad, así como sus modelos de atención y marco jurídico de la instituciones públicas y privadas que se dedican a proporcionar servicios de rehabilitación para personas con discapacidad en el Estado de México. Asimismo, se proporcionan elementos fundamentales para el área de trabajo social. Los profesionales de este campo, en su labor cotidiana en los servicios de rehabilitación en el Estado de México, abordan la problemática de la atención a las personas con discapacidad. Sin embargo, a pesar de contar con instrumentos adecuados, no realizan una confrontación teórico-práctica de dichos elementos. Esto se traduce en una atención profesional limitada y en la falta de información en los expedientes institucionales, que normativamente (NOM 68 del expediente clínico) deben completarse en cada una de las unidades y centros de rehabilitación que ofrecen sus servicios a las personas con discapacidad. Adicionalmente, esta situación condiciona la falta de motivación entre los profesionales del trabajo social para realizar investigaciones en este campo de intervención tan fértil.

El esfuerzo de la autora por proporcionar a los profesionales del trabajo social los elementos necesarios para diseñar procesos de intervención, investigación y sistematización que redunden la generación del conocimiento del trabajo social en áreas de atención a las personas con discapacidad.

Juan Alberto Alcántara Sánchez

Introducción

Actualmente la discapacidad se considerada como un problema de salud pública. En nuestro país, existe 6,179.890 personas con algún tipo de discapacidad, lo que representa el 4.9% de la población total. De ellas 53% son mujeres y el 47% hombres. En el Estado de México, hay 689,156 personas con discapacidad, lo que representa el 4.56% de su población total. Como podemos ver, tanto a nivel nacional como estatal, es un número considerable de personas que padecen algún tipo de discapacidad. No se trata únicamente de conocer cifras, sino de pensar en las personas discapacidad que día a día enfrentan las dificultades de un mundo que no ha sido diseñado acorde a sus necesidades. Esto conlleva diseñar acciones de apoyo en relación con su atención médica y rehabilitatoria que favorezcan su integración social (INEGI, 2020; Serrano Cruz, 2021).

De ahí que, el Sistema para el Desarrollo del Estado de México, a través de la Dirección de Centros Estatales de Rehabilitación (DCER) y la Dirección de Atención a la Discapacidad (DAD), ha diseñado e implementado programas en pro de las personas con discapacidad. Estos programas son: Prevención, Rehabilitación e Integración Social. Además, se han establecido Instituciones de atención como: Las Unidades de Rehabilitación e Integración social (URIS). Las Unidades Básicas de Rehabilitación e Integración Social (UBRIS). Los Centros Estatales de Rehabilitación (CERE). El Centro de Rehabilitación y Educación Especial Toluca (CREE-Toluca). El Centro Estatal de Rehabilitación y Educación Especial (CEREE) y Los Centros de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT).

Así pues, estas instituciones se convierten en campos de intervención para los profesionales del trabajo social, donde se atienden las demandas sociales de las personas con discapacidad mediante el método de trabajo social individualizado y desde un enfoque médico-social.

La obra plantea a la discapacidad como un fenómeno médico que ha generado la necesidad de comprender los procesos históricos y las reflexiones teóricas influenciadas por la presión de diversos grupos sociales en torno a la reivindicación de los derechos de este colectivo. Su abordaje médico y conceptual ha ido evolucionando debido a los paradigmas sociales e ideológicos respecto a las personas, quienes han impulsado un cambio de mirar a la discapacidad desde un abordaje médico-social.

Desde el punto de vista social la discapacidad social es una manifestación compleja que emerge de la interacción entre las características biológicas del ser humano y las particularidades de la sociedad en la que se desenvuelve, involucra una amplia gama de factores que van desde los económicos hasta los culturales, pasando por los biológicos, sociales y educativos, elementos que juegan un papel crucial en la integración social de las personas con discapacidad.

Por ello, el tratamiento médico-social para las personas con discapacidad se fundamenta en la Ley General de Salud y en la Ley de Asistencia Social. Así pues, se ha definido al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) como la instancia normativa responsable de dicha atención. El SNDIF ha establecido convenios de colaboración con estados y municipios a fin de compartir y replicar los programas de atención a las personas con discapacidad, a través de unidades y centros de rehabilitación que cuentan con profesionales indicados para proporcionar servicios de manera multidisciplinaria, incluyendo al trabajador social.

Por consiguiente, la presente obra está integrada por cuatro capítulos: *En el primer capítulo;* aborda antecedentes, conceptualización y modelos de atención a la discapacidad desde un enfoque médico, así como clasificación de las deficiencias, programas de atención y marco jurídico. Mostrando, además el abordaje de la discapacidad social desde diferentes teorías, disciplinas y modelos de atención.

En el segundo capítulo; se presenta de manera breve la génesis de la asistencia social a nivel nacional y estatal, así como los programas establecidos para la atención a las personas con discapacidad como son: la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, en relación con este último programa se presenta de forma específicas las instituciones de asistencia social generadas por el gobierno estatal y municipal, tomando como referencia las normas jurídicas internacionales y nacionales sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad

En el tercero capítulo; se contempla, las aportaciones del trabajo social como disciplina científica y como actividad profesional, una breve descripción sobre la intervención social, se presenta el proceso operativo, las funciones genéricas y específicas que debe realizar el profesional de trabajo social en el área de asistencia social, específicamente en la intervención con usuarios con discapacidad.

En el cuarto capítulo; se presentan las técnicas de investigación, de evaluación, así como los instrumentos para la intervención profesional del trabajador social.

I. DISCAPACIDAD

La discapacidad es un fenómeno presente a lo largo del tiempo, en distintas partes del mundo y diversas culturas. Su abordaje médico y conceptual ha evolucionado debido a los paradigmas sociales e ideológicos respecto a las personas, quienes han impulsado el cambio en el enfoque de la discapacidad. Esto ha generado la necesidad de comprender los procesos históricos y las reflexiones teóricas influenciadas por la presión de diversos grupos sociales en torno a la reivindicación de los derechos de este colectivo (Pinillos y Naranjo, 2018).

1.1 Antecedentes

En las *Sociedades primitivas*, los discapacitados al no poderse valer por sí mismo y, sobre todo, al no poder realizar actividades necesarias para su sostenimiento, eran sacrificados debido a su escasa participación y contribución para el bienestar de su grupo social. En la antigua *Grecia*, los tratos para los discapacitados “débiles” o “deformes” era severa, dado que en la sociedad griega creían sólo en la perfección y belleza, cualquier situación diferente a ellos, sin importarles lo que fuera, simplemente eran eliminados. Los *Romanos*, mostraban actitudes contrapuestas respecto a los discapacitados, por una parte, practicaban el infanticidio, el comercio de las personas con deformidades para diversión y la mutilación con el propósito de generar lastima y así mendigar y, por otro lado, establecieron medidas para la asistencia de personas necesitadas, creando el primer hospital. En *Egipto*, las personas que presentaban malformaciones eran apreciadas y eran reconocidas como eres especiales, pero se encontraban al servicio de los faraones (Sumario, s.f).

Sin embargo, en la *Edad Media*, con el paso del tiempo y como resultado de un cambio ideológico del hombre hacia un trato más humanista o moral, se dejó de lado la destrucción de los discapacitados, pero seguían siendo objeto de burla, lastima y repulsión, por ser considerados anormales.

Surgiendo así, el concepto de anormalidad y del defecto, que conduce al rechazo social. Así pues, las personas nacidas con alguna discapacidad congénita o adquirida eran sometidas a castigos y encierros, además de ser exhibidos los fines de semanas en forma de espectáculo circense o de grandes zoológicos, como evento de diversión para las familias, por ser consideradas como "monstruos" o "fenómenos" siendo una señal de castigo divino.

De ahí que, la iglesia cristiana recrimino el infanticidio, de suerte que la discapacidad en las personas era considerada un suceso sobrenatural y, se les designa atribuía endemoniados o endemoniadas, es decir, personas poseídas por el demonio y otros espíritus satánicos, sometiéndoles a prácticas exorcistas. Posteriormente, estas personas ya no eran vistas como "fenómenos", por lo que eran nombrados "miserables"; su labor ya no era la de divertir, ni la del arrepentimiento, sino que su función origino un cambio aparentemente más "digno": el de ser los portadores del objetivo de Dios, librar a los "normales" del pecado, por la caridad.

En el siglo XV se crea la primera institución (asilo u orfanato), con el propósito de atender a personas con trastornos psiquiátricos y deficientes mentales, para la persona con discapacidad no hubo ningún avance en esta época, seguían siendo perseguidos y muertos, se aumentó considerablemente el número de personas discapacitadas (Universitat, s.f.).

La *Edad Moderna*, termina con la tradición y el oscurantismo de la edad media, dando paso a la atención médica a través de cirugía ortopédica impulsada por el francés Ambrosio Paré, y la elaboración de prótesis y aparatos ortopédicos desarrollados en Alemania. Surgen nombres de precursores en el campo de la rehabilitación. Itard sienta las bases de una pedagogía médica. Posteriormente, Seguin y Esquirol inician científicamente el estudio de la discapacidad mental (Ferraro, 2001 en Universitat, s.f.). Así mismo, en Inglaterra se dictan "leyes de pobres", representando| al menos una ayuda para los discapacitados.

Por primera vez en España se crea un hospital con la finalidad de dotar a los soldados prótesis y aparatos ortopédicos, además se les reconoce el pago de un salario. Es interesante notar cómo, a lo largo de la historia, ha habido avances graduales en el trato hacia las personas con discapacidad. En estas épocas, aunque se les permitía vivir, sus condiciones no eran las más favorables, y el respeto a la dignidad hacia ellos eran prácticamente inexistentes.

Actualmente, la discapacidad se considera un problema de salud pública debido a factores como el envejecimiento de la población, el aumento de enfermedades crónicas, el cáncer y los trastornos de salud mental, así como causas congénitas y adquiridas por enfermedades, accidentes, intoxicaciones, violencia, enfermedades transmisibles, partos y accidentes mal atendidos. Estos factores varían según el contexto y tienen repercusiones significativas en la vida de quienes la presentan, ya que conllevan un deterioro del estado general de salud, una peor calidad de vida, menor participación económica y tasas más altas de pobreza.

Además, la presencia de discapacidad física, mental o de otro tipo implica un deterioro en la capacidad de respuesta necesaria para establecer y mantener relaciones, interacciones y participación, comparado con una persona sana (Ibarra, 2009; OMS, 2019; Instituto Nacional de Salud Pública, 2020). Ejemplo de ello son:

Los datos emitidos en el 7º Informe Mundial sobre la Discapacidad (2020), se estima que más de mil millones de personas viven en todo el mundo con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial. Según la Encuesta Mundial de Salud, cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4%). La Encuesta Mundial de Salud señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la Carga Mundial de Morbilidad cifra en 190 millones (3,8%) las personas con

una “discapacidad grave” (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones tales como la tetraplejía, depresión grave o ceguera). Solo la Carga Mundial de Morbilidad mide las discapacidades infantiles (0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen discapacidad grave (Organización Mundial de la Salud/Banco Mundial OMS/BM, 2011). El 80% de las personas con discapacidad viven en países en desarrollo, el 50% de las personas no tienen acceso a los servicios de salud, y 16 países han firmado la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Pérez Luna, 2021).

En México de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020) revelan que México tiene una población de 130.8 millones de personas y 5 millones 739 mil 270 de esta población presenta alguna discapacidad, lo que representa 5.1% de la población total, 49% corresponde al sexo masculino, 51% al femenino, siendo las causas más frecuentes el nacimiento, las enfermedades, los accidentes y la edad avanza; es decir de cada 100 personas con discapacidad 39.4% la presentan porque sufrieron alguna enfermedad; 23.1% por edad avanzada; 16.3% al nacimiento, por herencia o malformaciones congénitas; 14.9% por accidentes; 7.6% la padecen debido a otras causas; 2.1% no se especifica el origen. Las entidades con la menor prevalencia son Quintana Roo (4.34%), Nuevo León (4.60%) y Chiapas (4.63%); mientras que Oaxaca (7.22%), Guerrero (6.78%) y Tabasco (6.71%) reportan las prevalencias más altas. Las mujeres (5.79%) tienen una prevalencia ligeramente mayor que los hombres (5.59%); en casi todas las entidades se repite este patrón, con excepción de Chiapas, Hidalgo, San Luis Potosí y Tabasco (Comunicado de Prensa Número 712/21, 2021). Por lo tanto, las causas que originan la discapacidad incluyen diversas dimensiones, que van desde las características biológicas hasta la interacción social.

1.4 Discapacidad

La conceptualización de la discapacidad es un tema central debido a sus implicaciones políticas y prácticas. Estas incluyen la medición de la prevalencia de la discapacidad, la formulación de políticas, la construcción de sistemas de información, entre otros aspectos que afectan directamente la vida de las personas con discapacidades (Cortés, 2013 en Pinillos, 2018). Lo que ha generado diversos aportes en relación con el concepto de discapacidad:

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), menciona que la *discapacidad* es la restricción de la capacidad funcional del ser humano, terminología para referirse al fenómeno de la discapacidad y a las personas que la padecen. Sin embargo, la OMS a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF), en su modelo de atención biopsicosocial define a la *discapacidad* como los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud dada a los factores contextuales, determina que la condición de discapacidad es aquella deficiencia física, mental o sensorial que limita la capacidad de ejercer actividades esenciales de la vida diaria, causada o agravada por el entorno (OMS, 2011).

Sin embargo, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) refiere que la discapacidad es un término que evoluciona y se origina de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras (correspondiente a la actitud y al entorno), que impiden la participación plena en la sociedad en igualdad de oportunidades con los demás (ONU 2006 en Minsalud, 2019).

En este sentido, La Ley General de Salud de México (2018) en su artículo 173 menciona que el término *discapacidad* hace referencia a la limitación de la capacidad de una persona para realizar por sí misma actividades necesarias para su desempeño físico, mental social, ocupacional y económico como

consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica o social (Ibarra y Segura, 2009).

Así que, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive la persona, ya no se define como una cuestión de salud, sino de Derechos Humanos. Así pues, el desarrollo de las diferentes posturas teóricas en relación con el concepto de discapacidad tiene su diferencia en los términos utilizados para mencionar a las personas con discapacidad.

1.5 Persona con discapacidad

De manera que, la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS (s.f.), determinan que las personas con *discapacidad* son aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con otras barreras, pueden dificultar su colaboración plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás

Así pues, la Comisión de Derechos Humanos en México (CDHM, 2012), a través de la Convención sobre los Derecho de las Personas con Discapacidad (CDPD), refiere que las “*personas con discapacidad*” son todas aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con otras barreras, logren impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Por otra parte, la Organización Internacional del Trabajo (2023), refiere que una *persona con discapacidad* está limitada en el tipo o la cantidad de actividades que puede realizar, debido a dificultades continuas por una condición física, mental o problema de salud de larga duración.

En este sentido, la cámara de Diputados (2015) en su documento titulado Capítulo I Conceptos de Discapacidad,

menciona que, en el campo de discapacidad, este término se refiere a la persona que presenta limitaciones físicas, sensoriales y mentales. Entre los términos, anteriormente estandarizados, destacan los siguientes: personas con limitaciones psíquicas, débiles mentales, impedidos, inválidos, desvalidos, minusválidos, incapacitados, discapacitados. En el proceso de atención, los términos utilizados son: Beneficencia, asistencia, prevención, reducción, readaptación, rehabilitación, tratamiento y educación especial.

Por consiguiente, el termino *personas con discapacidad* es considero el más adecuados y reconocido por Organismos Internacionales, como por las organizaciones de las personas con discapacidad, para designar con respeto y precisión a quienes presentan situaciones biopsicosociales, son usuarios a situaciones de exclusión viéndose obligados a superar obstáculos impuestos de desventajas generadas por la sociedad y para ejercer sus derechos, de llevar una vida digna y lograr su plena integración al desarrollo, garantizado en el artículo 1º Párrafo Tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre de 2006.

1.6 Atención médica de la discapacidad

En 1980 fue pública la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), con la finalidad de establecer criterios y nuevos términos que permitan describir la situación de un individuo en cuanto a su salud, así pues, se centra en traspasar las barreras de una enfermedad e ir más allá del proceso mismo de la enfermedad y clasificar las consecuencias que ésta deja en el individuo tanto en su propio cuerpo, como en su persona y en relación con la sociedad. Así, propone un nuevo esquema de entenderse por enfermedad como la situación intrínseca que comprende cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente. Por esta razón, la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud, clasifica a la enfermedad, de la siguiente forma:

Tabla 1. Clasificación de la discapacidad CIDDM

Definición	Desde la enfermedad	De forma operativa
Deficiencia	Manifestación de las secuelas de la enfermedad, en los órganos del cuerpo como en sus funciones (incluyendo las psicológicas).	Es la disminución de una estructura psicológica, fisiológica o anatómica. Este término abarca una amplia gama de condiciones que pueden afectar a los individuos en distintos grados y de diversas maneras.
Discapacidad	Deficiencias en el individuo, con repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos requeridos normales, en relación con sus características (edad, género, entre otros).	La limitación es una consecuencia directa de una deficiencia, que se manifiesta como una restricción en la capacidad para realizar una actividad de la manera o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Esta limitación puede variar en severidad y puede afectar diferentes aspectos de la vida diaria, desde las tareas más básicas hasta actividades más complejas.
Minusválida	Problemática originada en un sujeto derivada a consecuencia de una enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o la discapacidad, que afecta el desempeño del rol social que le es propio.	Es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales).

Fuente: Elaboración propia con base (Egea García y Sarabia Sánchez, s.f.).

En consecuencia, una deficiencia (perdida o anomalía), puede producir una discapacidad (restricción o ausencia de capacidad), y una minusvalía puede ser causada por cualquiera de las dos anteriores (por ejemplo: la situación de desventaja social que tiene una persona con ciertos trastornos mentales). Es decir, esta

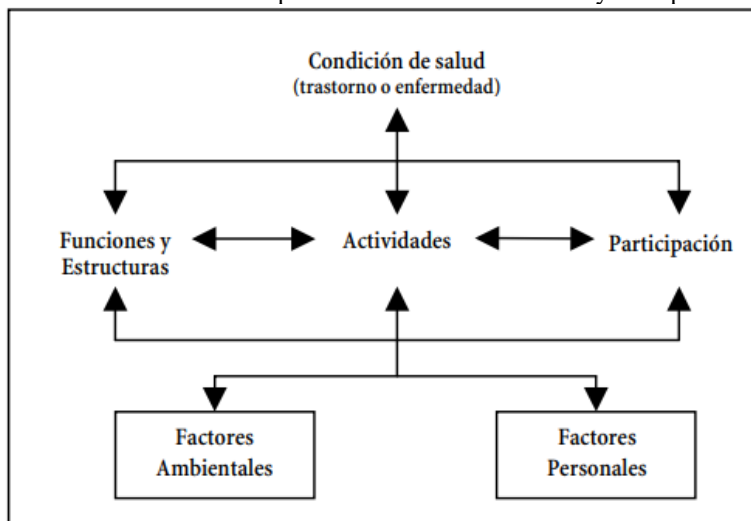
clasificación se posicionaba desde el modelo biomédico, donde el eje principal era la condición deficitaria del individuo. En consecuencia, la discapacidad era concebida como un hecho individual fijo e invariable, dado que sus tres categorías, deficiencia, discapacidad y minusvalía, no indicaban relaciones entre sí, junto a una carente preocupación por factores contextuales (Herrera-Castanedo et al., 2008 en Vázquez, 2024). Esta clasificación estuvo vigente de 1987 hasta 2001. que fue la antecesora de la clasificación actual.

1.7 Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)

Esta clasificación propuesta por OMS/CIF, tiene como objetivo proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirva como punto de referencia para la descripción de la salud y los estados relacionados con la misma, que permita mejorar la comunicación entre distintos profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas en materia de salud y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades (OMS/OPS, 2001).

Imagen 1.

Clasificación de la discapacidad CIF Funcionamiento y discapacidad



Fuente: (OMS/OPS, 2001).

Como se puede observar la CIF agrupa a la discapacidad a partir de tres elementos: 1. *Funcionamiento*; término genérico para distinguir todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano; 2. *Discapacidad*, como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de realizar actividades y las restricciones en la participación social del ser humano y; 3. *Salud*, como elemento clave que relaciona a los dos anteriores (Cruz Roja, s.f.). Partiendo de esta clasificación se integran nuevos conceptos para el abordaje de la discapacidad, tales como:

Las funciones corporales (fisiológicas de los sistemas corporales incluyendo las psicológicas); Estructurales, partes anatómicas del cuerpo (órganos, extremidades y sus componentes). Deficiencias, problemas en las funciones o estructuras corporales (desviación significativa o una “pérdida”). Actividad, realización de una tarea o acción por una persona. Participación, acto de involucrarse en una situación vital. Limitaciones en la actividad, dificultades que presenta una persona para el desempeño o realización de las actividades. Restricciones en la participación, problemas que una persona puede sufrir al involucrarse en situaciones vitales.

Factores ambientales, conforman el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas clasificando en dos niveles: a) individuales, están relacionados con el contexto y entorno inmediato del individuo, incluyen: el hogar, el lugar de trabajo o la escuela; b) social, estructuras sociales formales e informales, servicios o sistemas globales existentes en la comunidad o la cultura que tienen un efecto en los individuos, incluye organizaciones y servicios relacionados con el entorno laboral, actividades comunitarias, agencias gubernamentales, servicios de comunicación y transporte, redes sociales (OMS/OPS, 2001).

Por lo tanto, esta nueva clasificación sobre el funcionamiento de la discapacidad implica también que los profesionales que

intervienen en el abordaje de la discapacidad realicen cambios profundos en la forma en que es entendida la discapacidad, para evaluar lo que una persona puede hacer en un momento y en un contexto determinado ante una problemática o necesidad social que presenta, con el propósito de transformar y mejorar su situación como algo alcanzable. Tomando como referencia los siguientes elementos: funcionamiento, discapacidad y salud, así como la integración de nuevos conceptos, bajo la premisa de un modelo de intervención.

1.8 Modelos de la discapacidad

Modelo universal de la discapacidad

Establece que toda la población está en riesgo de padecer una discapacidad, debido a que la considera como un hecho universal (Universitat de les Illes Balears, 2024)

Modelo médico y rehabilitador individual

Observa que una persona con discapacidad tiene un cuerpo con impedimentos o deficiencias que condicionan y restringen su experiencia vital. Este enfoque se basa en la idea de que los problemas y dificultades que enfrentan las personas con discapacidad están directamente relacionados con sus impedimentos físicos, sensoriales o intelectuales, limitando así sus capacidades funcionales. De este modo, las personas con discapacidad son automáticamente relegadas de cualquier expectativa y responsabilidad social. Este modelo se centra en el diagnóstico clínico y la categorización, otorgando un papel primordial a médicos, enfermeras y educadores (Ferreira, 2010; Hahn, 1985; Quinn, 2002 en Pérez Dalmeda & Chhabra, 2019).

Modelo médico

Mira la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de

tratamiento individual por profesionales, a través de la atención médica-rehabilitatoria con la finalidad de emitir un diagnóstico sobre las causas y limitaciones, así como para determinar el pronóstico de discapacidad, además de definir su tratamiento. En este sentido, el "*tratamiento*" de la discapacidad está encaminado hacia una mejor adaptación de la persona y a un cambio de conducta. Por lo tanto, la salud es considerada como una cuestión primordial en la prevención y atención (OMS, 2001).

Modelo biopsicosocial

Presenta una visión integradora y explica el hecho multifacético del abordar la discapacidad, facilitando la visión y el establecimiento de una diferenciación entre los distintos componentes, como las deficiencias, las actividades personales y la participación de la sociedad (OMS/CIF 2001).

Este modelo fue diseñado con un propósito múltiple: a) ser utilizado en varias disciplinas y diferentes sectores; b) proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud; c) establecer un lenguaje para mejorar la comunicación entre distintos usuarios y los profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas en materia de salud y la población general, incluyendo a las personas con discapacidad; d) la comparación de datos entre países y disciplinas es un paso crucial para avanzar en la calidad y accesibilidad de los servicios de salud en todo el mundo; e) además de ofrecer un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de salud.

Por consiguiente, el modelo biopsicosocial permite describir el funcionamiento humano y la discapacidad, con la utilización una visión universal de la discapacidad, que aporta un marco conceptual uniforme de clasificación. Su mayor fortaleza es proporcionar un abordaje integral de la persona con discapacidad, vinculando los diferentes componentes de la funcionalidad en forma circular donde un sistema influye sobre el otro, implicándose e imbricándose entre ello (Chaná y Alburquerque,

2006). En suma, este modelo cuenta con el respaldo de un sistema jurídico-político internacional, a través de normas y pactos entre los diferentes países y organización.

1.9 Deficiencias

Otro aspecto importante que muestra la OMS/CIF (2001). es la clasificación de las deficiencias en las estructuras corporales que originan anomalías, defectos, pérdidas o cualquier otra desviación, agrupándolas de la siguiente forma:

Deficiencias físicas

Se considera que una persona tiene deficiencia física cuando padezca anomalías orgánicas en el aparato locomotor o las extremidades (acortamiento óseo de extremidades, amputaciones parciales o totales de extremidades superiores e inferiores, crisis convulsivas, distrofia muscular, fracturas y secuelas de fracturas, osteoartritis, artritis juvenil, parálisis cerebral, secuelas de poliomielitis, secuelas de mielomeningocele, daño cerebral, retraso en el desarrollo psicomotor, así como alteraciones viscerales, esto es, al aparato respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario).

Deficiencias mentales

Este tipo de deficiencia afecta principalmente funciones cerebrales superiores, como la memoria, la capacidad de cálculo, el juicio y el razonamiento (incluye el retraso mental en sus grados severo, moderado y leve, además del retraso madurativo, las demencias y otros trastornos mentales), así como el autismo, la esquizofrenia, los trastornos psicóticos, somáticos y de la personalidad, entre otros.

Deficiencias sensoriales

Se originan en los órganos de la visión, audición y aparato fonarticular (afasia, ceguera en uno o ambos ojos, debilidad visual hipoacusia, sordera unilateral y bilateral, trastornos del lenguaje receptivo-expresivo y los trastornos relacionados con el equilibrio).

En definitiva, estas deficiencias pueden ser temporales o permanentes, simples o complejos, únicos o múltiples y, estáticos o progresivos, con grado de severidad; leve moderada severa.

1.10 Programas de atención

Así mismo, este modelo biopsicosocial proporcionar una atención integral a las personas con discapacidad, a través de tres estrategias de intervención orientadas diferentes sectores de la población, estas son:

Prevención

Es fundamental para la aplicación de medidas proactivas para detectar lo antes posible los síntomas y señales de deficiencia. La identificación precoz de estas señales es el primer paso crítico hacia la intervención temprana, permitiendo la implementación inmediata de medidas curativas o correctoras. Estas acciones son esenciales para prevenir la discapacidad o, al menos, para reducir significativamente su gravedad.

La detección temprana tiene el potencial de prevenir que ciertas condiciones se conviertan en permanentes. Además, asegura que las familias reciban educación y orientación adecuadas respecto a cómo abordar estas situaciones. Esto incluye la prestación de asistencia técnica esencial a través de los servicios médicos y sociales, garantizando así un soporte integral y eficaz (Naciones Unidas, 1982).

Programa Rehabilitación basada en la comunidad

Representa una estrategia integral de desarrollo comunitario enfocada en la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la inclusión social. Este programa se dedica a prestar servicios de rehabilitación directamente en las comunidades, asegurando que las intervenciones sean accesibles y pertinentes a las necesidades locales. Además, el programa se compromete a proveer educación, así como oportunidades de entrenamiento y capacitación a las personas con discapacidad, sus familiares y miembros de la comunidad. Este enfoque no solo fortalece las habilidades individuales, sino que también fomenta un entorno de apoyo y colaboración, esencial para la inclusión social efectiva (OIT/UNESCO/OMS, 1994).

Rehabilitación

Incluye servicios relacionados con la detección temprana, diagnóstico e intervención, atención y tratamiento médicos, asesoramiento y asistencia social, capacitación en actividades de auto cuidado, incluidos los aspectos de la movilidad, la comunicación y las habilidades de la vida cotidiana, suministro de ayudas técnicas y funcionales, servicios de rehabilitación profesional y seguimiento. Por lo tanto, debe prestarse toda la atención al proceso normal de desarrollo y maduración en el niño. Así mismo, utilizadas las capacidades para el trabajo y otras actividades de los adultos con discapacidad (Naciones Unidas, 1982).

Integración social

Es un proceso que incluye la participación de todos los individuos en la sociedad. Lo cual, implica eliminar barreras y prejuicios que puedan limitar la participación de las personas. Para lograrlo, es necesario promover la igualdad de oportunidades en áreas como: educación, vivienda, empleo, salud, participación política, el deporte, entre otros. Solo así se puede construir una sociedad inclusiva y equitativa, donde todas las personas con discapacidad

puedan desarrollarse plenamente y contribuir al bienestar colectivo (Por la Integración. Com, 2023) .

En suma, la CIF es una herramienta que promueve la interrelación de objetivos en diversos sectores. Su implementación exige la creación de un sistema que no solo sea relevante y útil, sino que también sea adaptable a múltiples contextos. Además, proporciona un marco para el desarrollo de estrategias que aborden las necesidades de la población de manera integral: permite la evaluación holística que consideran tanto los factores individuales como los ambientales que afectan la salud y el bienestar.

II. DISCAPACIDAD SOCIAL

La discapacidad social ha evolucionado a través de diferentes paradigmas: el tradicional, el médico-biológico y el social. Esta evolución ha abierto nuevos caminos para conceptualizar y reconstruir la discapacidad como un ámbito científico, político y social con entidad propia. Este nuevo paradigma obliga a replantear los enfoques de atención desde una perspectiva social, integrando diversas áreas del conocimiento y a instituciones que trabajan con y para las personas con discapacidad, siempre con un enfoque de derechos humanos. En otras palabras, se trata de ir más allá de las deficiencias y aspirar a una participación real y efectiva de la población en todos los ámbitos de la vida social. (Alfaro-Rojas, 2013).

2.1. Conceptualización

La discapacidad social es un fenómeno complejo que no se refiere únicamente a la discapacidad física, sensorial o intelectual, sino a las limitaciones o restricciones en la realización de actividades cotidianas, como la educación, el trabajo, y la participación política y social, causadas por la discriminación, la exclusión y la falta de accesibilidad en espacios públicos y privados. Estas barreras pueden surgir por razones económicas, culturales o sociales, y pueden afectar a cualquier persona, sin importar su sexo, edad, raza, religión o condición socioeconómica (Miñan, s.f.).

Es decir, la discapacidad social se entiende como una perspectiva de análisis y comprensión de la exclusión social y de desigualdad en los ámbitos educativo, laboral, político y social. Este enfoque busca identificar y eliminar las barreras que impiden o limitan la plena participación de las personas con discapacidad. Desafortunadamente, las oportunidades de empleo, educación y participación social de las personas con discapacidad se ven considerablemente afectadas por actitudes negativas y prejuicios.

Otro factor negativo es la falta de accesibilidad en espacios públicos y privados también restringe su plena participación.

Además, las personas con discapacidad pueden enfrentar dificultades para acceder a empleos que se ajusten a sus habilidades y necesidades. Así pues, el riesgo de aislamiento social es mayor para las personas con discapacidad, lo que puede impactar negativamente su bienestar emocional y mental. Las limitaciones físicas o funcionales que presentan requieren adaptaciones y apoyos adicionales para realizar actividades de forma independiente. Las dificultades, barreras y el estigma asociado a la discapacidad pueden afectar negativamente la autoestima, la confianza y el bienestar emocional de estas personas.

Por lo tanto, la discapacidad social tiene tantas ventajas como desventajas. Aunque las desventajas pueden ser obstáculos, las ventajas pueden fortalecer y fomentar el crecimiento personal. Es crucial reconocer y valorar las capacidades de las personas con discapacidad y crear entornos inclusivos y accesibles. Promover la igualdad de oportunidades y eliminar barreras es esencial para una sociedad justa y equitativa para todos, sin importar su condición (Library. s.f.; PROSCONT.COM, s.f.).

2.2 Teorías sobre discapacidad social

La discapacidad social es un fenómeno complejo que ha evolucionado a través de diversos paradigmas: el tradicional, el médico-biológico y el social. Sus contribuciones se encuentran en las teorías sociales y en diversas áreas del conocimiento de las ciencias sociales. Estas han construido la discapacidad social como un ámbito científico, político y social con entidad propia, reconociendo la importancia de la inclusión y la participación de las personas con discapacidad en todos los aspectos de la vida. A continuación se presentan algunas teorías relacionadas con la discapacidad:

Teoría de la tragedia personal

Los orígenes de esta teoría se pueden apreciar desde las sociedades primitivas, donde las personas con discapacidad al no valerse por sí mismo y por el simple hecho de no poder realizar actividades para su mantenimiento, eran sacrificados. Por ejemplo: En Grecia creían sólo en la perfección y belleza, cualquier situación diferente a ellos, sin importarles lo que fuera, simplemente eran eliminados. En Roma, practicaban el infanticidio, el comercio de las personas con deformidades para diversión y la mutilación con el propósito de generar lastima y así mendigar.

A partir de estos acontecimientos en el XIX como lo menciona Barnes (1998), surgió un cambio ideológico-cultural hacia las personas con discapacidad, es decir un tratado más humanista y moral dejando la burla, la lastima, la repulsión, el maltrato y el rechazo social por ser considerados anormales. Es aquí donde inicia un tratamiento individualizado y la medicalización del cuerpo.

Es así, que la tragedia personal de las personas con discapacidad se relaciona a situaciones de envejecimiento de la población, el aumento de enfermedades crónicas, el cáncer y los trastornos de salud mental, así como causas congénitas y adquiridas por enfermedades, accidentes, intoxicaciones, violencia, enfermedades transmisibles, partos y accidentes mal atendidos. Las consecuencias de estos padecimientos dejan en las personas origen de discriminación institucional, en la educación, el empleo, de ocio, los sistemas de bienestar, las barreras físico-arquitectónicas, y la falsa representación en los medios de comunicación.

Para Abberley, esta teoría se basa en el modelo médico tradicional, que se enfoca en las deficiencias y discapacidades personales del individuo. A partir de esto, surge el modelo social, que percibe la discapacidad como un fracaso de la sociedad para adaptarse a las necesidades de las personas con discapacidad. Drake, menciona que las personas son discapacitadas debido a sus

insuficiencias fisiológicas o cognitivas individuales, por lo que la pérdida de estas funciones debe ser tratada o la persona debe ser rehabilitada. En suma, Oliver, señala que la teoría de la tragedia personal se ha utilizado para individualizar los problemas de discapacidad que enfrentan las personas, dejando intactas las estructuras sociales y económicas, aunque sean injustas. Además, reconoce que la ciencia social en general, y la política social en particular, han avanzado significativamente en el rechazo de las teorías individualistas y en la construcción de teorías alternativas (Abberley 1998; Drake ;1998; Oliver, 1998 en Library, s.f.).

Teoría de sistemas

La teoría de sistemas, propuesta por Ludwig Von Bertalanffy en 1928 y desarrollada posteriormente como ciencia por autores como Anatol Rapoport, Kenneth E. Boulding, William Ross Ashby, Margaret Mead, Gregory Bateson, entre otros, se enfoca en la estructura y propiedades de los sistemas en términos de sus relaciones. De estas relaciones emergen nuevas propiedades del conjunto como un todo.

En el ámbito de la salud, esta teoría aborda el cuerpo humano en todas sus propiedades y componentes, como órganos y células. Se enfoca en cómo estas partes se estructuran y se interrelacionan para formar un todo cohesivo. Esta organización específica es la que define a un sistema, independientemente de sus elementos concretos, ya sean partículas, células, transistores, personas, entre otros. Así pues, la discapacidad integra un conjunto de elementos biológicos, sociales y culturales, que conforman interrelaciones donde todas se ven afectadas si alguna de ellas cambia. Es decir, es la correlación entre el fenómeno de la discapacidad en relación con quien la experimenta y su proceso continuo de salud individual y colectiva (Venegas García & Gil Obando, 2007).

Teoría de la opresión social

Según Barnes (1998), la opresión cultural se fundamenta en la noción de “cuerpos discapacitados”, una idea que ha permeado todas las civilizaciones occidentales a lo largo de la historia. En

las sociedades primitivas, aquellos que no podían valerse por sí mismos eran sacrificados. En la antigua Grecia, se les denominaba “débiles” o “deformes” y eran eliminados, ya que se valoraba únicamente la perfección física.

Por su parte, los romanos, mostraban actitudes contradictorias, practicando tanto el infanticidio como el comercio de personas con discapacidad. Sin embargo, durante la Edad Media, se produjo un cambio ideológico hacia un trato más humanista, aunque las personas con discapacidad seguían siendo objeto de burla, lástima y repulsión por ser consideradas anormales. Esto evidencia que la opresión social hacia estas personas ha existido desde tiempos antiguos.

Por esta razón, Ferreira (2010) retoma los aportes de Robert Scotten y Erving Goffman para analizar cómo las estructuras sociales y las interacciones cotidianas influyen en la percepción de la discapacidad. Argumenta que la discapacidad no es solo una condición médica, sino también una cuestión de organización y respuesta social a las diferencias. Estos aportes coinciden con la perspectiva teórica de un grupo de sociólogos que han combinado las ciencias sociales y el activismo, y sostienen que la discapacidad es una construcción social, influenciada por el estigma y la independencia promovida por la profesión médica.

Por lo tanto, El modelo social anglosajón se basa en afirmar que las personas con “deficiencias” constituyen un grupo oprimido dentro de las sociedades capitalistas. Las personas con “deficiencias”, al ser excluidas de la división social del trabajo, enfrentan un conjunto de desventajas que sitúan sus posibilidades de vida en una situación de inequidad en comparación con las personas sin “deficiencias”. Así pues, la opresión social se considera un fenómeno plural que afecta a las personas con “discapacidad” en la actualidad. Estas personas se encuentran marginadas de la vida general, excluidas de la división social del trabajo y segregadas institucionalmente, además de ver negada su ciudadanía. Considerando que la potencia de estos patrones hace que la “discapacidad” deba ser considerada un rasgo de estatus principal en la producción y distribución de la estratificación en

las sociedades contemporáneas. Sin embargo, no creen que tal opresión sea uniforme (Ferrante & Dukuen, 2017).

Sin embargo, para Disability Studies, el desafío teórico actual reside en descubrir aquellas diferencias que establecen distinciones en los modos de vivir la “deficiencia” y la “discapacidad”. Así, el desprecio social producido por determinadas formas de opresión, en cualesquiera de sus expresiones es considerado, en la teoría del reconocimiento, como una fuerza moral que impulsa las luchas por el reconocimiento y la reivindicación moral, este motor del cambio social brinda una nueva esperanza a los colectivos de personas con discapacidad para hacer valer sus derechos y su ciudadanía (Fernández Moreno & Acosta, 2014).

Teoría del derecho

Actualmente, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad tiene como principal objetivo vigilar y salvaguardar los derechos de las personas con discapacidad, comprendiendo un enfoque biológico, psicológico y social, con la finalidad de lograr su integración social. Por lo tanto, los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal) deben legislar para diseñar e implementar estrategias sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad en todos los niveles y sectores.

La discapacidad no solo representa una cuestión de derechos humanos, sino también un desafío que exige un análisis y revisión profunda desde la teoría moral. Es imperativo establecer una noción de justicia y capacidad que permita instituir una concepción del bien. Estos conceptos requieren una racionalidad sofisticada y un desarrollo adecuado. La teoría de la justicia y la moral no han abordado de manera adecuada los derechos humanos de las personas con discapacidad, ya que el enfoque ha sido individualista, centrado en el tratamiento de sus capacidades y en el desempeño de un rol específico en la sociedad. Esto resulta excluyente para las personas con discapacidad, quienes son percibidas como poco participativa (Cuenca Gómez, 2012).

Por lo tanto, es esencial desarrollar una teoría de derechos humanos integral y exhaustiva, que contemple condiciones de igualdad para las personas con discapacidad. Esto permitirá la creación de procesos de inclusión social que sean favorables y adecuados a sus necesidades. Este principio reafirma que las personas con discapacidad poseen personalidad jurídica y reconoce su capacidad jurídica en igualdad de condiciones con los demás en todos los aspectos de la vida. Además, obliga a garantizar el acceso al apoyo necesario para el ejercicio de dicha capacidad y establece una serie de salvaguardias para la prestación de este apoyo, cuyo objetivo principal es respetar su voluntad, preferencias y derechos

2.3 Paradigma de las ciencias sociales

A partir del siglo XX y lo que va del siglo XXI, se ha adoptado una nueva visión de investigación para abordar la discapacidad desde el paradigma de las ciencias sociales, desde los campos de la psicología, la educación, la sociología, la antropología y el trabajo social. Sin embargo, la investigación en discapacidad y ciencias sociales no ha llegado a un consenso sobre qué constituye la discapacidad. Debido a esta complejidad, la discapacidad, tanto en el plano conceptual como en el práctico, ha tenido diferentes interpretaciones según los tiempos y espacios determinados (Pinillos, 2018). Los modelos teóricos en torno a la discapacidad se definen en función de diversas categorías y perspectivas teóricas de análisis. A continuación, se presentan algunas formas de abordar de la discapacidad desde el paradigma de las ciencias sociales:

La sociología

Es una especialidad reciente que ha surgido a partir de investigaciones académicas centradas en la discapacidad. Aunque algunos sociólogos anglosajones ya exploraban este tema en los años 70, fue en esa época cuando se comenzó a considerar la discapacidad como una construcción social. Estos estudios se basaron en experiencias personales, ya que algunos

investigadores padecían algún tipo de discapacidad. Desde esta perspectiva, se reconoció a las personas con discapacidad como un grupo oprimido y políticamente no reconocido (V. Ferreira, 2010).

Es cierto que, a lo largo de la historia, la sociología de la discapacidad ha enfrentado desafíos significativos. Desde una perspectiva clínica, la discapacidad a menudo se ha asociado como tragedias personales, patologías y, en algunos casos, incluso con la idea de inferioridad biológica. Estas percepciones limitaron la comprensión integral del problema y dificultaron su reconceptualización en términos de las condiciones impuestas por la sociedad (Andréu, Ortega y Pérez, s.f.).

De modo que, la comprensión de la discapacidad como una construcción social es fundamental para superar estas limitaciones. En lugar de centrarse exclusivamente en el individuo, el enfoque social considera cómo las estructuras, normas y actitudes sociales afectan la vida de las personas con discapacidad. Esto incluye el acceso a una vida digna y la posibilidad de ejercer sus derechos plenamente. Así pues, la sociología de la discapacidad busca no solo comprender las experiencias individuales, sino también abordar las barreras sociales y promover la inclusión y la igualdad (Gómez Tagle y Castillo, 2016).

La antropología

Es un campo que busca comprender cómo diferentes culturas y sociedades conceptualizan, tratan y se relacionan con las personas con discapacidad. Estas creencias culturales pueden variar ampliamente. Algunas culturas atribuyen las discapacidades al descontento divino, brujería o malos espíritus, mientras que otras consideran factores como la reencarnación, la biología o la influencia de espíritus y brujos. La antropología nos invita a mirar más allá de las definiciones médicas y a considerar la diversidad cultural en la forma en que las sociedades abordan la discapacidad, los estudios culturales sobre la discapacidad revelan que cultura y discapacidad están intrínsecamente

relacionadas. No podemos comprender la discapacidad sin considerar sus raíces culturales, ni entender una cultura sin conocer cómo sus miembros se relacionan, comparten expectativas, valores y creencias, y dan forma a sus vidas mediante lenguajes y modelos de comportamiento (Guerrero, 2010 en López Lucas, 2015).

Sin embargo, los objetivos de la antropología de la discapacidad están en concordancia con dos mandatos normativos internacionales. En primer lugar, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce que la discapacidad es un concepto en constante evolución, resultado de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras del entorno que impiden su participación plena y efectiva en la sociedad. En segundo lugar, el Convenio Internacional de Naciones Unidas tiene como objetivo sensibilizar a la sociedad, señalando las diferentes variables que generan actitudes negativas. Además, contribuye a identificar la fuente de los estereotipos, prejuicios y prácticas perjudiciales, para poder abordarlas mediante acciones desde diversos ámbitos de la sociedad (López, 2015).

La Psicología

En la psicología aplicada a la atención de personas con discapacidad, al igual que en otras disciplinas, es necesario reconsiderar los enfoques tradicionales, analizando las limitaciones del modelo médico-biológico. Finkelstein (1990) citado en Alfaro (2013), subraya que la aproximación profesional de la psicología hacia las personas con discapacidad se basa en un enfoque estrictamente médico-biológico, el cual definía la situación de la persona. Este enfoque establecía una relación en la que el profesional se comprometía a aliviar el problema de la persona, quien se percibía como incapaz de resolverlo por sí mismo. En otras palabras, los psicólogos se centraban exclusivamente en la atención clínica (consecuencias ligadas a la discapacidad, crisis, incapacidad, depresión...), con el objetivo de reducir conductas o actitudes en las personas con discapacidad

mediante entrenamientos conductuales, sin considerar las limitaciones impuestas por la dinámica familiar y social.

El modelo biopsicosocial destaca que los factores psicológicos, como los pensamientos, emociones y comportamientos de las personas con discapacidad, también afectan sus interacciones sociales. Por lo tanto, es esencial comprender la dimensión psicológica de una persona para entender su experiencia en un contexto social. Desde esta perspectiva, el tratamiento propuesto se centra en el bienestar integral de la salud, considerando: a) Tratamiento farmacológico: Se enfoca en estabilizar el estado de ánimo y reducir síntomas como la depresión, la ansiedad y otros trastornos psicológicos. b) Enfoques terapéuticos: Consisten en comprender y modificar pensamientos, emociones y comportamientos a través de métodos como la terapia conductual, la terapia de aceptación y compromiso, y la terapia psicodinámica (Colegio de psicólogos, s.f.).

En el ámbito social, los profesionales de la psicología pueden diseñar intervenciones para mejorar el desarrollo de habilidades, la comunicación, la resolución de conflictos y la adaptación a diversos contextos sociales para personas con discapacidad. Estas intervenciones personalizadas pueden incluir terapias de grupo, programas de habilidades sociales y actividades de integración comunitaria: así como, es fundamental considerar que el modelo biopsicosocial no sugiere un método único para todos los casos, sino que pretende ajustar los tratamientos a las necesidades y características específicas de cada individuo. Esta perspectiva integral reconoce la complejidad del ser humano y la importancia de abordar todos los factores que afectan su bienestar (Alfaro (2013; Colegio de psicólogos, s.f.).

Por esta razón, el considerar la realidad cotidiana de las personas con discapacidad permite un acercamiento integral a sus problemas, promoviendo la comprensión de sus particularidades y facilitando la creación de estrategias de intervención innovadoras y en constante revisión, acordes con la naturaleza cambiante de los conceptos y enfoques sobre discapacidad.

La Educación

En México, la educación especial institucionalizada tiene sus orígenes en 1870 con la fundación de la Escuela Nacional de Ciegos. Posteriormente, en 1861, se creó la Escuela Nacional de Sordos. El desarrollo de la educación especial en México fue muy pausado. Para 1970, con la creación de la Dirección General de Educación Especial (EE), se incrementó la formación y construcción de escuelas especiales en todo el país, logrando la participación de los estados, quienes organizaron un sistema de educación especial de forma diferente. Sin embargo, la educación especial estaba muy alejada en estructuras institucionales y programas educativos (Romero Contreras & García Cedillo, 2013).

De ahí que, los esfuerzos por una educación especial para las personas con discapacidad tienen como antecedentes importantes: La Conferencia Mundial sobre Educación para Todos de 1990, siendo su objetivo la “Satisfacción de las Necesidades Básicas de Aprendizaje, a través de integración educativa”; la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales de 1994; el Foro Mundial de Educación para Todos de 2000; las recomendaciones de la UNESCO en el Índice de Inclusión (2000); y la declaración de Incheon en el Foro Mundial sobre la Educación: Educación 2030: Hacia una educación inclusiva y equitativa de calidad y un aprendizaje a lo largo de la vida para todos. Con la finalidad de responder a estas aspiraciones la Educación Especial México la sustenta en el Artículo 3º. de nuestra Carta Magna, basada en Derechos Humanos. Cuya finalidad es establecer las bases para un sistema educativo que integre a los niños con discapacidad, sin importar sus características físicas, intelectuales, sociales, emocionales, lingüísticas o de otro tipo (Gobierno del Estado de Campeche, 2017; Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial, 2003). Considerando como principios fundamentales:

- Bajo un marco jurídico-político para favorecer la integración.
- Adaptación de recursos para promover la integración.

- Adaptaciones efectivas para los procesos de control, evaluación y responsabilidad.
- Atención en la ampliación del acceso y las oportunidades.
- Áreas de oportunidades para futuros desarrollos políticos.

Como resultado de estas disposiciones el sistema educativo en México relacionado con la EE, y con el objetivo de llevar a cabo el proceso de apertura y aceptación de integración educativa de los estudiantes, ha creado instituciones como: las Unidades de Apoyo a la Educación Regular (USAER) centros educativos que forman parte del sistema educativo regular, cuyo objetivo principal es proporcionar servicios de apoyo y atención educativa especializada a los estudiantes con discapacidad que están integrados en escuelas regulares. Por otro lado, los Centros de Atención Múltiple (CAM). ofrecen servicios educativos escolarizados dirigidos a niños con discapacidad que requieren ajustes razonables específicos y asistencia permanente para garantizar su bienestar y seguridad personal, algo que las escuelas de educación básica de su entorno no pueden proporcionar de manera inmediata (Gobierno del Estado de México, s.f.).

Sin embargo, a pesar de las estrategias implementadas en favor de los estudiantes con necesidades educativas especiales su inclusión educativa, requiere de una mayor participación y coordinación de los actores sociales, desde el gobierno hasta los educadores en las escuelas. Una sociedad inclusiva se identifica por la apertura de escuelas, permitiendo que todos los estudiantes con discapacidad tengan acceso a una educación de calidad, participen en todas las actividades y se integren plenamente en la comunidad educativa y la sociedad en general. Es decir, una sociedad democrática que permita a los estudiantes el acceso a la educación, sin interesar su condición social, género, edad, creencias u origen étnico. Tomando en cuenta que todos tienen los mismos derechos y obligaciones ante la ley.

En consecuencia, la inclusión educativa se fundamenta en la igualdad de oportunidades, la reducción de barreras al aprendizaje y la atención a la diversidad de necesidades de los estudiantes,

evitando etiquetas o discriminación. Para lograr una escuela inclusiva, es esencial considerar la inclusión como un proceso continuo que se enfoca en identificar y eliminar barreras, así como en asegurar la presencia, participación y éxito de todos los estudiantes. Así pues, se requiere una atención especial a los grupos de escolares en riesgo de marginación, exclusión o desempleo, elementos clave del modelo social.

El Trabajo social

Abordar la discapacidad desde el trabajo social implica tratar la cuestión social, considerando factores como las desigualdades sociales, la discriminación y la exclusión social. En este contexto, el Estado tiene una gran responsabilidad en mejorar estas situaciones mediante la implementación de políticas sociales. La intervención del trabajo social suele orientarse hacia una intervención basada en derechos o en el control social. Este escenario de intervención es contradictorio, ya que pone de manifiesto las necesidades y dificultades que enfrentan las personas con discapacidad, que pueden ser de tipo familiar, económico, material o social, y las desigualdades en sus oportunidades.

Además, las personas con discapacidad enfrentan diariamente discriminación y obstáculos que impiden su plena participación en la sociedad en igualdad de condiciones. A menudo se le niega el acceso al sistema educativo general, oportunidades de empleo, la posibilidad de vivir de manera independiente, la libertad de movimiento, el derecho al voto, la participación en actividades deportivas y culturales, la protección social, el acceso a la justicia, la elección de tratamientos médicos y la capacidad de asumir obligaciones legales, como la compraventa de propiedades (Matus Varela & Muñoz Rubia, 2021; Naciones Unidas Derechos Humanos, s.f.).

Es por ello, que el modelo social y de los derechos humanos, consideran que la intervención del trabajo social es fundamental para abordar la discapacidad. Esta intervención implica conceptos como el código de ética, la deontología y la calidad de vida. El

modelo social se centra en la persona con discapacidad en sus múltiples dimensiones: personal, familiar, social-comunitaria y cultural.

En este contexto, la ética de la justicia es crucial, ya que promueve la igualdad de las personas, sus posibilidades y oportunidades. En cuanto a la deontología, se trata de reconocer, identificar y atender las características y particularidades de la persona o del grupo con el que se trabaja, partiendo de problemas y necesidades comunes que guíen un proceso de resolución y liberación. De ahí que, la ética corresponde la justicia, que invoca la igualdad de las personas, de sus posibilidades y oportunidades. En Deontología, se plantea reconocer, identificar y atender a características y particularidades de la persona o del grupo con el que se trabaja, partiendo de problemas y necesidades comunes que encaminen un proceso de resolución y liberación. Durante este proceso, se presentan situaciones de alta intensidad y compromiso con las personas, las familias o los grupos con discapacidad, lo que facilita la implementación de proyecto (Ticac, 2007). Para resolver problemas, desde el punto de vista del trabajo social se debe emplear la planificación como una herramienta clave, con el fin de mejorar la calidad de vida y lograr la integración social de este grupo poblacional.

2.4 Modelos de la discapacidad desde la perspectiva social

A lo largo de la historia, la discapacidad ha sido abordada desde diversos esquemas teóricos, utilizados como herramientas para captar y examinar de manera diferente el mundo de las personas con discapacidad. Uno de estos instrumentos son los modelos que se centran en la abstracción teórica de una realidad concreta para comprenderla, destacando las relaciones más significativas y definitorias del fenómeno. Estas concepciones son cruciales, ya que han moldeado la conducta y la actitud social hacia las personas con discapacidad, afectando diversos aspectos de sus vidas (Díaz Vázquez, 2009 en Bonilla, 2019).

Modelo de las minorías colonizadas

Conocido también como un modelo político-activista de la discapacidad guarda similitudes con el enfoque de la discapacidad social. Sin embargo, este modelo incorpora las luchas por los derechos de las personas con discapacidad. Desde esta perspectiva, se considera que las personas discapacitadas son sistemáticamente discriminadas, marginadas y explotadas por la sociedad, lo que las coloca como miembros de un grupo minoritario. La posición de las personas con discapacidad depende de la población y del abandono social y político en el que se encuentran. El problema radica principalmente en la incapacidad de la sociedad para satisfacer las necesidades de este colectivo.

De aquí que, movimientos que defienden los derechos civiles han retomado este planteamiento para luchar por la formación de un colectivo integrado con una identidad definida por las propias personas con discapacidad. Este enfoque busca establecer estructuras asistenciales que se ajusten a las necesidades específicas de cada individuo, reduciendo así la marginación y el estigma asociados a la discapacidad (Padilla Muñoz, 2010).

Modelo cultural

Aborda la discapacidad no como una tragedia personal ni como un mero resultado de discriminación y exclusión social. En su lugar, cuestiona la noción de normalidad y examina cómo las prácticas de (des) normalización afectan la categoría social conocida como discapacidad. Los defensores de este modelo generalmente no diferencian entre discapacidad e impedimento, argumentando que la biología y la cultura se influyen mutuamente. Esto lleva a ver los cuerpos no como fallos biológicos, sino como construcciones socioculturales (Pérez, 2017; Goodley, 2017 en Pérez, 2019).

Modelo social

Propone a la discapacidad desde una perspectiva revolucionaria, es decir, visualiza la discapacidad no como una limitación individual, sino como un desafío originado por barreras sociales. Este enfoque se centra en la integración completa de las personas con discapacidad en todos los aspectos de la sociedad. La discapacidad, según este modelo, no debe entenderse como un atributo inherente a la persona. Más bien, es el resultado de un conjunto complejo de condiciones creadas en gran medida por el contexto y el entorno social en el que las personas se desenvuelven. Por lo tanto, la atención a las personas con discapacidad trasciende el ámbito personal y se convierte en una acción social (OMS/OPS, 2001).

Es decir, es una responsabilidad agrupada de la sociedad realizar las reformas ambientales que permitan garantizar la participación plena de las personas con discapacidades en la vida social. Esto implica que el problema es más ideológico o de actitud y que la solución reside en la implementación de cambios sociales significativos. Este modelo evalúa a la persona con discapacidad dentro de su contexto social y busca promover una integración social efectiva. Reconoce que la discapacidad es una interacción entre las características de la persona y las características del entorno social en el que vive y actúa.

Modelo de los derechos humanos

El objetivo es construir sociedades verdaderamente inclusivas, que valoren la diversidad y respeten la dignidad e igualdad de todas las personas, sin importar sus diferencias y capacidades. Es fundamental considerar la problemática desde diferentes contextos, como el social, cultural, histórico y geográfico, para realizar todas las modificaciones y adaptaciones necesarias que permitan la participación de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida comunitaria, con un enfoque de derechos humanos. Además, es importante reconocer que la deficiencia o daño de una persona es solo una parte de la situación de discapacidad, lo que implica resolver el problema mediante una

adecuada rehabilitación y la creación de una sociedad accesible. Una sociedad es accesible cuando elimina barreras de todo tipo. Esto es esencial para construir una verdadera democracia (Victoria Maldonado, 2013).

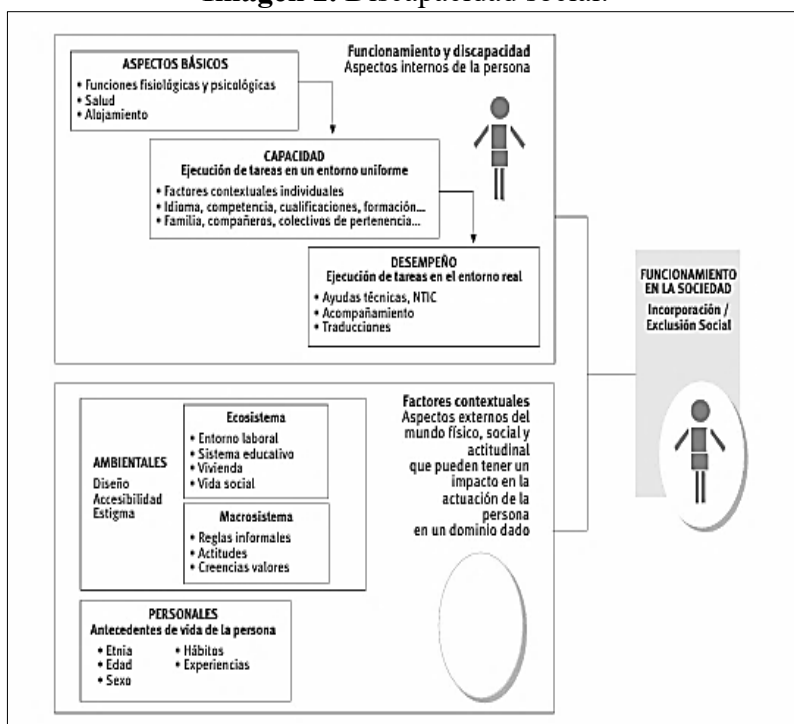
Modelo para la comprensión de los procesos de exclusión

El modelo para la comprensión de los procesos de exclusión de la discapacidad surge como propuesta de un grupo de investigadores y consultores procedentes del ámbito empresarial y universitario. Estos expertos pertenecen al Centro de Investigación y Documentación sobre Problemas de la Economía, Empleo y las Cualificaciones Profesionales, a través del análisis y reflexión sobre las prácticas de empleo, formación y desarrollo social, retomando dos aproximaciones, la lectura tradicional que explica la discapacidad “tradicional” y la otra desde la exclusión social, toma como referencia el programa ‘Necesidades y accesibilidad de las personas con discapacidad’.

Con fundamento en los postulados de la CIF (2001), tomando en cuenta términos como “actividad” y la “participación”: la actividad se relaciona con las acciones específicas que una persona puede llevar a cabo; y la participación se refiere a cómo se involucra en su entorno y en las actividades cotidianas. El modelo Ecológico formulado por Bronfenbrenner en (1987) en (Álvarez Carneros (2015), sostiene que la persona está influenciada por cuatro sistemas, interconectados como son: nivel ontogenético, microsistema, ecosistema y macrosistemas. Estos sistemas interactúan de manera compleja dando lugar a funcionamientos únicos en cada individuo.

Por ende, este modelo sienta las bases para el abordaje de la discapacidad desde el punto de vista social, debido a que es un proceso en el que intervienen aspectos internos y externos, y que conllevan a una determinada situación. Tiene como finalidad identificar la interacción de todos los factores que conforman el proceso de exclusión-incorporación, incluyendo los aspectos básicos, capacidad y desempeño, así como el entorno ambiental y las características personales.

Imagen 2. Discapacidad social:



Fuente: Pisonero (2007)

Así pues, las líneas básicas de exclusión-incorporación del modelo social de la discapacidad. Tienen como propósito desarrollar herramientas de intervención profesional desde una visión social que faciliten la identificación de factores de riesgo tanto a nivel individual como colectivo, en personas con discapacidad, que contribuyan al desarrollo de capacidades potenciales y su desempeño real de tareas, hasta la influencia del entorno social y de esta forma prevenir y corregir situaciones de exclusión social que afecten a este grupo.

Es decir, los aspectos internos básicos se relacionan con las funciones fisiológicas y psicológicas del individuo, así como con sus necesidades fundamentales, como la salud, la alimentación, el sueño y el alojamiento. La capacidad hace referencia al máximo nivel de funcionamiento que una persona puede alcanzar en un entorno regularizado. Las competencias, la formación, el idioma

y las habilidades contribuyen a moldear la capacidad de una persona. Por otro lado, el desempeño se refiere a las tareas que una persona puede llevar a cabo en situaciones reales. Para lograrlo, a menudo se requieren ayudas técnicas, como las nuevas tecnologías o el acompañamiento, para facilitar la transición entre la capacidad y la ejecución efectiva de las tareas.

En suma, la discapacidad social es una situación que tiene como antecedentes las consecuencias derivadas de algún problema de salud, lo cual coloca a la persona en una situación de desventaja. Además, se relaciona con la falta de satisfacción de las necesidades básicas, la carencia de habilidades, competencias e idiomas, así como la ausencia de apoyos y problemas familiares. También influyen factores como la inaccesibilidad del entorno cultural y social. Así pues, la exclusión social es un proceso complejo que se ve afectado por diversos aspectos, como la salud, la economía, la educación, el empleo y la vivienda, así como por cuestiones legales.

III. ASISTENCIA SOCIAL

La asistencia social en México ha experimentado diversas transformaciones a lo largo del tiempo. Desde la época de la Conquista en la Nueva España, existían políticas para proteger a los mestizos en hospitales y actividades caritativas. Por ejemplo, en 1524, Hernán Cortés fundó el Hospital de la Inmaculada Concepción y Jesús de Nazareno, que sigue funcionando en la actualidad.

3.1 Génesis de la asistencia social

Durante la época colonial, los frailes desempeñaron un papel importante en la caridad cristiana, realizando obras de misericordia y estableciendo una tradición humanista basada en la solidaridad. Tras la Independencia y las Leyes de Reforma, se inició la construcción de la beneficencia pública mediante la regulación de los bienes estatales.

En el siglo XIX, las instituciones de beneficencia, antes controladas por la Iglesia, pasaron a ser responsabilidad del Gobierno. El Hospicio de Pobres fue una de las primeras instituciones públicas dedicadas a brindar apoyo a las personas sin hogar. De manera similar, la Casa de los Niños Expósitos se encargaba de atender a menores abandonados.

En el México posrevolucionario, se adoptó el modelo de “Estado de bienestar”, que dio lugar a la creación de instituciones públicas dedicadas a la educación, la asistencia social y la salud. Este cambio marcó la transición de la virtud teológica a la beneficencia pública, y también implicó la ampliación de los derechos individuales y colectivos.

En el siglo XX, se implementaron diversas medidas para atender las necesidades de niños, niñas y madres solteras. Destaca la creación de la Sociedad Protectora del Niño, Se inició una

transformación de las instituciones hacia nuevas orientaciones paternalistas.

En 1976, se reevaluó la asistencia social mediante una clasificación que agrupaba a las clases marginadas en dos categorías: rural y urbana.

En 1988, se integró la asistencia social al sector salud y se establecieron múltiples organizaciones no gubernamentales con objetivos similares (E-consulta.com, 2024).

Bajo esta premisa, la secretaria de Salud define a la asistencia social como el conjunto de acciones orientadas a modificar y mejorar las condiciones sociales que impiden el desarrollo integral de los individuos. Su objetivo es proteger física, mental y socialmente a las personas en situación de necesidad o desprotección, hasta lograr su plena incorporación a una vida productiva. Actividad que se lleva a cabo sin fines de lucro y se basa en actos de solidaridad (Fletes, 2004 en Blázquez Bonilla, 2017). Los objetivos de la asistencia social son los siguientes:

- *Igualdad de derechos y oportunidades*: En toda sociedad existen desigualdades. La asistencia social se enfoca en la población más desfavorecida, trabajando para que todos los individuos puedan satisfacer sus necesidades básicas.
- *Seguridad y bienestar*: La asistencia social contribuye a implementar y mantener un orden social que garantice la seguridad y el bienestar de todos los ciudadanos (Ander-Egg, 2015; Maricarmen, 2013).

Por lo tanto, la asistencia social es un derecho para las personas y un deber del Estado. Las políticas sociales no contributivas de la seguridad social proporcionan servicios y recursos que ayudan a satisfacer las necesidades básicas de los sectores más empobrecidos, promoviendo la inclusión y la equidad social., De modo que, el derecho asistencial forma parte del derecho social, junto con otras ramas como son la previsión, prevención y seguridad social, integrando un todo llamado protección social. Por esta razón, los derechos sociales tienen su razón en la

cohesión social que reviste al ente estatal siempre y que estos se presenten correctamente y sean salvaguardados en favor del ciudadano, especialmente del que menos tiene, pues esto da como beneficio la unión social (Rodríguez, 2019).

Bajo la premisa, de que el derecho asistencia forma parte del derecho social, el gobierno mexicano ha implementado diversos programas de asistenciales a lo largo de la histórica. Algunos ejemplos notables son:

- *Maternidad “Casa del Periodista”* proporcionaba ayuda a las madres periodistas durante el embarazo y el posparto.
- *Secretaría de Asistencia Pública*, que asumió la responsabilidad de coordinar y administrar todos los establecimientos relacionados con la asistencia social.
- *Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (I.M.A.N.)* resultado de la fusión entre I.M.A.N e Instituto Mexicano para la Infancia. Teniendo objetivos comunes para atender las necesidades de niños y familias (Gobierno de México, s.f.).

Estas instituciones asentaron las bases para la creación de una nueva institución rectora de la asistencia social en México: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF).

3.2 El Sistema Nacional DIF

Fue creado por decreto presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de enero de 1977. Es un organismo público descentralizado del gobierno mexicano que opera bajo la secretaria de Salud. Su función principal es dirigir la asistencia social a nivel nacional. Algunas de sus áreas de enfoque incluyen la atención a la infancia, asistencia a las personas de la tercera edad, apoyo familiar, brindar asistencia nutricional y acciones preventivas en salud, la protección de los derechos de las personas con discapacidad, la igualdad de género, promover el desarrollo comunitario y el bienestar social.

La institución tiene la importante tarea de velar por el desarrollo integral de individuos, familias y comunidades, especialmente aquellos que enfrentan situaciones de vulnerabilidad debido a su condición física, mental o social. Su objetivo último es lograr la plena incorporación de estas personas a una vida productiva (Gobierno de México, s.f.).

Entre los programas destacados se encuentran los Desayunos Comunitarios y Escolares, la Prevención del Maltrato al Menor (PREMAN), la Atención a Menores y Adolescentes, la Asistencia Jurídica, la Asistencia Social Alimentaria a Familias, las Cocinas Populares y las Unidades de Servicios Integrales (COPUSI). Además, se ha implementado por primera vez el Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad (Gobierno de México, s.f.).

Así pues, en la década de los noventa surgió una nueva perspectiva sobre la asistencia social que destacó su importancia como una obligación gubernamental, más allá de la caridad. Esta visión busca mejorar las condiciones de vida de la población vulnerable al establecer un piso social que promueva el bienestar de las familias. El SNDIF ha sido fundamental en atender las necesidades de niñas, niños y adolescentes en situaciones de vulnerabilidad durante sus 45 años de existencia.

Ejemplo de ello son los programas y servicios que actualmente ofrece, como el Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA), desayunos escolares, apoyos alimentarios, atención a personas con discapacidad y promoción del derecho a vivir en familia. Además, promueve la adopción y el derecho de niñas, niños y adolescentes a vivir en familia. También se enfoca en la capacitación del personal para atender a la población vulnerable (Gobierno de México, 2022).

Sin embargo, la atención a las personas con discapacidad se inicia en 1971 por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), a través de la Dirección de Rehabilitación dirigida por el Dr. Luis Guillermo Ibarra Ibarra (fundador del Instituto Nacional de Rehabilitación), reconoció la falta de servicios de rehabilitación

para la población abierta, carente de seguridad social, en la mayoría de los estados. Como respuesta, inicia un ambicioso proyecto de implementación de Centros de Rehabilitación y Educación Especial (conocidos como CREE's) a nivel nacional,

En los 80, el Dr. Ibarra emprendió un proyecto que mejoró la atención a las personas con discapacidad: la creación de Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR's). Además, implementó un programa piloto de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) en el municipio de Lerma en el estado de México, supervisado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Bajo la perspectiva de una nueva misión de la asistencia social, el SNDIF establece el compromiso de coordinar los programas y servicios para la atención de las personas con discapacidad, a través de la Subdirección de Rehabilitación. En 1995, como parte de un programa nacional liderado por el SNDIF, se logró la creación de Centros de Rehabilitación e Integración Social (CRI'S), así como de Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR's) en diferentes estados de la república mexicana.

Por ende, el SNDIF a través de la Dirección General de Rehabilitación e Inclusión opera programas y acciones en sus Centros y Unidades de Rehabilitación. Su objetivo es fortalecer sus capacidades y generar condiciones de bienestar social, calidad de vida y desarrollo humano. Esto se logra mediante oportunidades de prevención, atención, rehabilitación e integración social, especialmente en beneficio de las personas con discapacidad. Además, desarrolla acciones de formación y capacitación de recursos humanos en salud (Sistema Nacional DIF, 2021).

3.3 Asistencia social en el Estado de México

Tiene sus orígenes en el último cuarto del siglo XIX al fundar un organismo mixto denominado Patronato de Beneficencia. Teniendo como objetivo proporcionar asistencia social a los

sectores más desfavorecidos y grupos vulnerables. Como resultado, se crearon instituciones como el Asilo para Menores Huérfanos y el Hospicio para Pobres, que posteriormente dieron origen a otros servicios como el Albergue para Niños Pobres, la Casa Hogar para Niñas Huérfanas y la construcción de doce hospitales. Entre estos hospitales se encuentra el Primer Hospital de Maternidad e Infancia (DIFEM, s.f.).

En la década de los 30, se fundó la Asociación Local de Protección a la Infancia y el Centro Pro-Infancia de Toluca. Su labor consistía en proteger y educar al sector femenino de escasos recursos mediante la creación de diversas guarderías. La más significativa de ellas fue el Hogar Infantil Isabel de Castilla, que funcionaba en coordinación con la Casa de Mujeres sin Trabajo. En 1942, el apoyo que se brindaba a la Gota de Leche se transformó en desayunos escolares, y en 1954 la atención a la mujer y al menor queda formalmente establecida con la promulgación del decreto Protección a la Infancia por el Estado de México, primer instrumento jurídico a nivel nacional y el segundo en América Latina (DIFEM, s.f.).

De modo que, en el periodo comprendido de 1957 a 1963, Se crea el centro de Protección a la Infancia del Estado de México (IPIEM), institución que fortaleció las acciones a favor de la mujer, y especialmente para la educación de los niños. Surgiendo así, instituciones como: a) Teatro Morelos; b) el Albergue Temporal Isabel Negrete; c) los centros de Orientación Familiar y; d) el edificio administrativo o comercial del IPIEM. Así mismo, surge el proyecto arquitectónico para la edificación de nuevas oficinas del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM, s.f.).

Sin embargo, en 1977, el programa de la Gota de Leche se fusionó con el IPIEM, convirtiéndose en una estancia infantil para la atención de los hijos de madres trabajadoras. En esta estancia se brindaban servicios asistenciales, educativos, médicos y psicológicos a los niños.

Para regularizar estos servicios, se aprobó la nueva Ley de Asistencia a la Niñez y de Integración Familiar. Durante este periodo, también se fortaleció la atención con la creación del Hospital para el Niño, el Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) y los nuevos edificios del Albergue Temporal Infantil, Villa Hogar y la Escuela de Enfermería. Otro acontecimiento relevante fue la transformación del IPIDEM, dando origen a una nueva institución: el Sistema para El Desarrollo Integral de la Familia del estado de México (DIFEM), con el propósito de fortalecer la asistencia social en todo el territorio estatal. Se crearon instituciones como los Centros para el Desarrollo Infantil y los Centros de Desarrollo para la Comunidad, además del Programa Huertos Familiares.

Entre 1981 y 1995, el DIFEM reafirmó su compromiso de asistencia social para la población mexiquense mediante la creación de instituciones como el Albergue Temporal de Rehabilitación Infantil y Familiar, el Albergue Villa Juvenil (como una extensión de la Villa Hogar), la Clínica de Prevención del Maltrato, el Banco de Córneas, el Banco de Sangre para el Niño, la Casa de la Cultura, la Biblioteca Infantil y Juvenil, las Unidades de Actividades Artísticas, las Agencias del Ministerio Público Especializadas, la Junta de Asistencia Privada y el Patronato del DIFEM. También se estableció la Coordinación Estatal de Adultos Mayores y Pueblos Indígenas, y se instalaron 16 delegaciones regionales de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, junto con catorce Coordinaciones Regionales. Además, se logró la conformación legal de los Sistemas Municipales (Gobierno del Estado de México, s.f.).

De 1996 a 2000, el DIFEM reafirmó su compromiso con la población más necesitada mediante la implementación de programas y servicios. Estos incluyeron el Programa de Asistencia Social Alimentaria a Familias (PASAF), las Cocinas Populares y las Unidades de Servicios Integrales (COPUSI), así como iniciativas de prevención y control de enfermedades. Además, se llevaron a cabo programas comunitarios, como 'De joven a Joven', y se brindó atención integral a la madre, niños y adolescentes, la Asistencia Alimentaria a Menores, Atención a los

Niños de la Calle, y el programa Respects mi espacio para personas con discapacidad.

Se crearon diversas instituciones, como el Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), la Clínica de Labio y Paladar Hendido, así como programas de Capacitación y Formación de Recursos Humanos para la Salud. Además, se estableció el Comité de Investigación en Preeclampsia-Eclampsia en el Hospital de Ginecología-Obstetricia, la Clínica de Prevención y Atención de las Adicciones, la Clínica de Psicoterapia Familiar, el Hospital de Ginecología y Obstetricia, el Instituto de Protección a la Infancia y Espacios Integrales para el Desarrollo de la Senectud (DIFEM, 1999-2000).

El DIFEM ha ampliado su oferta de programas y servicios. Además de los ya existentes, ahora también incluyen Servicios de Orientación Psicológica, Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, Alimentación Familiar, Adulto Mayor, Apoyo a Mujeres y Atención a Personas con Discapacidad. Esto es un paso importante para brindar un apoyo más completo a la comunidad (DIFEM, 2024).

En efecto, la asistencia social se fundamenta en un conjunto de disposiciones legales que aseguran intervenciones a nivel federal, estatal y municipal para atender las necesidades básicas de aquellos que no pueden satisfacerlas por sí mismos. Esta estrategia busca proteger física, mental y socialmente a las personas en situación de necesidad, con el objetivo último de lograr su plena integración. El Estado Mexicano tiene la responsabilidad de cumplir con estos preceptos legales. La colaboración entre los sectores público, privado y social es crucial para lograr la integración familiar y la descentralización de los servicios. Los municipios, como lugares de residencia, deben ser el punto de acceso a los servicios necesarios, y la coordinación entre los distintos niveles de gobierno es esencial para alcanzar este objetivo (Blázquez, 2017; Secretaría de Salud, 2019; Gobierno de México, 2015).

3.4 Atención a la discapacidad

Actualmente, el DIFEM es un organismo público centralizado del gobierno estatal cuyo objetivo principal es promover el desarrollo integral de la familia. Esto se logra mediante la implementación de programas y acciones dirigidos a aumentar el bienestar de las comunidades más vulnerables, incluyendo niñas, niños, adolescentes abandonados, mujeres, personas adultas mayores y personas con discapacidad. El DIFEM adopta como estrategia el programa de municipalización implementado por el SNDIF, que busca brindar acceso a servicios de asistencia social a los grupos vulnerables. Siendo, uno de estos grupos las personas con discapacidad.

En el Estado de México, hay 689,156 personas con discapacidad, lo que representa el 4.56% de su población total. Siendo estas: la discapacidad motriz, la visual, la auditiva, la mental. Incluyendo las dificultades para hablar o comunicarse, atender el cuidado personal y déficit de atención: Sin embargo, la discapacidad motriz, ya sea transitoria o permanente, está en aumento debido a enfermedades crónico-degenerativas, accidentes en el hogar, escuela, vía pública y trabajo, así como causas naturales como el envejecimiento (INEGI, 2021).

Por esta razón, el DIFEM refuerza el compromiso de atender a las personas con discapacidad, siendo su principal objetivo fomentar una cultura de prevención de la discapacidad, así como respeto, equidad, integración y desarrollo para las personas con discapacidad. El DIFEM se destaca como una institución pionera en el país al desarrollar actividades encaminadas a prevenir la discapacidad.

A través del vínculo interinstitucional con la Dirección de Centros Estatales de Rehabilitación (DCER) y la Dirección de Atención a la Discapacidad (DAD), esta última forma parte de la estructura orgánica del DIFEM con la finalidad de organizar y darle forma a la responsabilidad de la institución de atender de manera prioritaria a las personas con discapacidad, mediante las

diferentes áreas: la Subdirección de Prevención de la Discapacidad, la Subdirección de Rehabilitación y la Subdirección de Integración Social, cada una con sus respectivas jefaturas de departamento que contemplan los aspectos más relevantes de su responsabilidad cotidiana con la población general y con algún tipo de discapacidad (DIFEM, 2023).

3.5 Programas de atención

Prevención

Tienen como propósito la orientación e implantación de medidas de prevención para impedir que se origine una discapacidad, reducir los factores de riesgo y sus repercusiones físicas, psicológicas y sociales. Además, buscan detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida, mediante los siguientes programas.

Rehabilitación basa en la comunidad

Es un programa integral que está dirigido a personas con discapacidad y se enfoca en la prevención, rehabilitación e integración laboral y educativa. Actualmente opera en 70 municipios (DIFEM, 2023).

Módulos de Prevención de la Discapacidad (PREVI-DIF)

Este programa se centra en la educación para la salud y tiene como objetivo prevenir y detectar factores de riesgo que causan discapacidad. Cubre áreas como enfermedades crónico-degenerativas, atención a mujeres durante el embarazo, cuidado integral para niños y prevención de accidentes viales y en el hogar. Se implementa en 152 módulos dentro de 124 Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia (SMDIF) en el Estado de México.

3.6 Instituciones de primer nivel de atención

Las Unidades Básicas de Rehabilitación e Integración Social (UBRIS) y las Unidades de Rehabilitación e Integración social (URIS), son instituciones que operan en coordinación con los SMDIF desempeñan un papel fundamental en la atención médica especializada para personas con discapacidad. Estas instituciones ofrecen una variedad de tratamientos, incluyendo terapia física, ocupacional, de lenguaje y psicológica. Su objetivo principal es promover la salud, prevenir la discapacidad y proporcionar un tratamiento simplificado para las alteraciones discapacitantes (DIFEM, 2023; SMDIF-Tepetzotlán, 2019-2021).

Las UBRIS se ubican en los municipios de Acolman, Amanalco de Becerra, Amatepec, Amecameca, Almoloya de Alquisiras, Apaxco, Atenco, Atizapán de Zaragoza, Atlautla, Ayapango, Coacalco de Berriozábal, Coatepec de Harinas, Cocotitlán, Coyotepec, Polotitlán, Chiconcuac, Chapa de Mota, Ecatepec, Hueyoxtla, Huixquilucan, Ixtapaluca, Ixtapa de la Sal, Jaltenco, Jilotzingo, Juchitepec, Lerma, Malinalco, Melchor Ocampo, Mexicaltzingo, Morelos, Nextlalpan, Nicolas Romero, Ocuilan, El Oro, Otumba, Ozumba, Los Reyes la Paz, Sultepec, Tlanepantla, Tlatlaya, Tultitlán (II y II), Tultitlán, Valle de Chalco Solidaridad, Tecámac, Temascalapa, Temascalcingo, Temoaya, Teoloyucan, Teotihuacán, Tepetzotlán, Tequixquiac, Texcoco, Tlalmanalco, Tlanepantla (I y II), Villa de Allende, Villa del Carbón, Toluca, Villa Victoria, Xonacatlán, Zumpahuacán, Zumpango, San Felipe del Progreso.

Las URIS se localizan en los municipios de Atizapán de Zaragoza, Atlacomulco, Calimaya, Chapultepec, Chicoloapan, Cuautitlán México, Huixquilucan, Huehuetoca, Ixtlahuaca, Jilotepec, Jocotitlán, Lerma, Nezahualcóyotl, Ocoyoacac, San Antonio la Isla, San Mateo Atenco, Tejupilco, Tenancingo, Tenango del Valle, Tianguistenco, Toluca, Tonicato, Villa Guerrero, Valle de Bravo, Zinacantepec y Zumpango (DIFEM, 2023).

3.7 Instituciones de segundo nivel de atención

Los Centros Estatales de Rehabilitación (CERE), ofrecen servicios de: Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Interna, Traumatología y Ortopedia, Comunicación Humana y Neuropediatría. Estos servicios pueden incluir consultas paramédicas, estudios de Gabinete, así como tratamientos en: Terapia física (tanque terapéutico, tina de hidroterapia). Terapia ocupacional Terapia de lenguaje, Psicología, Centro de estimulación multisensorial, Área de estimulación múltiple temprana. Otros servicios que proporcionan son: Certificado de discapacidad, credencial nacional para personas con discapacidad, rehabilitación laboral, calidad e inclusión de las personas con discapacidad (DIFEM, 2023). Ubicados en los municipios de Cuautitlán Izcalli, Tecámac y Chalco, Atlacomulco, Chalco, Chimalhuacán, Ecatepec de Morelos, Naucalpan de Juárez y Tejupilco.

2.8 Instituciones de tercer nivel de atención

Centro de Rehabilitación y Educación Especial Toluca (CREE-Toluca), institución que se caracteriza por brindar servicios de prevención de discapacidad y rehabilitación integral, incluyendo los siguientes servicios: Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Interna, Traumatología y Ortopedia, Comunicación Humana, Neuropediatría y Odontología.

Estos servicios pueden incluir consultas paramédicas, estudios de Gabinete, así como tratamientos en: Terapia física (tanque terapéutico, tina de hidroterapia). Terapia ocupacional Terapia de lenguaje, Psicología, Centro de estimulación multisensorial, Área de estimulación múltiple temprana.

Otros servicios disponibles son: talleres productivos, laboratorio de ortesis y prótesis, expedición de certificados de discapacidad, rehabilitación laboral, calidad e inclusión de las personas con discapacidad, cuenta, además con la Escuela de

Terapia Física y Ocupación, para la formación de recursos humanos.

Sin embargo, las secuelas de una discapacidad ponen en situación de desventaja social a las personas que la padecen. Por ello, el DIFEM, con el propósito de lograr la integración social de las personas con discapacidad, implementa programas como:

Educación y capacitación

El programa promueve la capacitación y el adiestramiento productivo con el objetivo de establecer un acercamiento entre las capacidades de las personas y las necesidades de los puestos en el sector productivo. Busca tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas y, al mismo tiempo, activar el sector productivo. Este programa opera en los 125 municipios del Estado de México.

Cultura y entretenimiento

Estrategia que promueve la accesibilidad universal de las personas con discapacidad a actividades de cultura, recreación y deporte con la finalidad de provocar cambios de estilos de vidas saludable y los espacios físicos (DIFEM, s.f.).

Integración a la Cultura, Recreación y Deporte

Programa que tiene como finalidad promover la accesibilidad universal de las personas con discapacidad, mediante el desarrollo de actividades de cultura, recreación y deporte, como cambio de estilo de vida saludable y los espacios físicos (DIFEM, s.f.).

Ayudas Funcionales

Otorga ayudas funcionales, como ortesis, prótesis, silla de ruedas, andaderas, muletas, bastones y auxiliares auditivos, a personas con discapacidad en estado de vulnerabilidad social, para fortalecer la rehabilitación e inclusión (DIFEM, s.f.).

Credencial Nacional para Personas con Discapacidad

Programa nacional que tiene como propósito la emisión credencial para persona con discapacidad, la cual es emitida por los CREE, CER y CRIS donde se avala el tipo y grado de discapacidad que padecen, siendo una referencia para realizar trámites gratuitos a los que haya lugar, además de que puede beneficiarse con distintos descuentos en trámites y servicios en el Estado de México u otros Estados de la República, según se aplique como: pasaporte, transporte, servicios médicos (DIFEM, s.f.).

Expedición de Certificados Médicos

Otro programa es la expedición de certificado médicos donde se acredita la discapacidad de una persona, documento emitido por un médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación adscrito al Sistema Nacional o Estatal de Salud.

Inclusión Social

Otras de las metas del DIFEM es fomentar, difundir y capacitar a la población en aspectos de: inclusión educativa, capacitación para el autoempleo y empleo formal, y propiciar que las personas con discapacidad tengan acceso a actividades culturales y recreativas, a través de talleres y conferencias de capacitación, con la finalidad de difundir sus derechos, cursos que están disponibles para escuelas, empresas, docentes, padres de familia, servidores públicos estatales y municipales, con las siguientes temáticas:

- ¿Qué es la discapacidad?, Tipos de discapacidad, Retos de la inclusión, Educación inclusiva, Inclusión y discapacidad, Hablemos de discapacidad, Reglas de cortesía y respeto para trato a personas con discapacidad, Prevención de Bullying hacia las personas con discapacidad, Sexualidad en adolescentes con discapacidad, Recomendaciones de elaboración de duelo ante una discapacidad, Concientización a la discapacidad, Asesoría de pares,

Accesibilidad e infraestructura, Curso de lengua de señas mexicana y Somos capaces de amar, crear, vivir y disfrutar (DIFEM, s.f.; Capacidades sin límites, s.f.).

El Centro Estatal de Rehabilitación y Educación Especial (CEREE) es una institución vinculada a la Secretaría de Salud del Estado de México. Su objetivo es proporcionar atención médica, paramédica e integral a personas de todas las edades que presentan discapacidades neurológicas, ortopédicas, musculares y múltiples.

La actividad principal del CEREE consiste en diseñar planes de tratamiento personalizados para limitar las secuelas de la discapacidad y promover el desarrollo de las capacidades de los usuarios. Además, esta institución impulsa la igualdad e inclusión en la sociedad a través de intervenciones, enseñanza e investigación relacionadas con el tratamiento, prevención y diagnóstico de discapacidades.

Los Centros de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT) son instituciones de iniciativa privada que brindan atención médica y rehabilitación integral centrada en la familia. dirigida a niños de 0 a 18 años con discapacidades neuromusculoesqueléticas, como parálisis cerebral, lesiones cerebrales, lesiones medulares, enfermedades neuromusculares y osteoarticulares, así como amputaciones. El objetivo principal es lograr la independencia funcional en las actividades de la vida diaria y fomentar la inclusión social y educativa. Los servicios que ofrecen los CRIT incluyen:

- Rehabilitación Pediátrica.
- Comunicación Humana.
- Ortopedia Pediátrica.
- Neurología Pediátrica.
- Paidopsiquiatría.
- Rehabilitación Pulmonar Pediátrica.
- Laboratorio de Movimiento (Análisis de marcha y equilibrio).
- Terapias: Física, Ocupacional, Lenguaje y Pulmonar.

- Psicología Familiar.
- Integración Social.

Estos centros están ubicados en los municipios de Nezahualcóyotl, Ecatepec y Tlalnepantla. En resumen, los programas de prevención, rehabilitación e integración social desarrollados por el Gobierno del Estado de México en coordinación con el DIFEM representan la igualdad de oportunidades en educación, empleo, deporte y recreación. Estos programas permiten garantizar el ejercicio de los derechos y la equidad en el acceso a servicios y satisfactores necesarios para mejorar la calidad de vida (DIFEM, s.f.).

3.8 Marco Jurídico de la asistencia social

La asistencia social en México y Estado de México en pro de las personas con discapacidad se encuentra enmarcada por leyes, normas, lineamientos e instrumentos de planeación y operación de programas. Algunos de estos documentos legales relevantes son:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: En su Título Primero, Capítulo I, se abordan los Derechos Humanos y Garantías Individuales.
- Ley General de Salud: Regula aspectos relacionados con la salud y la atención a la población.
- Ley General de Desarrollo Social: Establece las bases para el desarrollo social y la atención a grupos vulnerables.
- Ley de Asistencia Social: Define las acciones y programas de asistencia social.
- Ley General de Educación: Incluye disposiciones sobre educación y formación.
- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes: Protege los derechos de la infancia y adolescencia.
- Ley General de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria: Regula el uso de recursos públicos.
- Ley de Coordinación Fiscal: Establece la distribución de recursos entre los niveles de gobierno.

- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres: Promueve la igualdad de género.

Además, de las medidas técnicas emitidas por la Secretaría de Salud como son las Normas Oficiales (NOM), que tienen como propósito determinar las características que deben reunir los procesos y servicios cuando estos puedan considerarse como un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana; o aquellas relativas al uso de la terminología y las que se refieran a su cumplimiento y aplicación. Cuando se trata de NOM para la salud, estas son a probadas por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades (CCNNPCE), siendo expedidas y publicadas en el Diario Oficial de la Federación y, entran en vigor al día siguiente de su publicación (Gobierno de México, 2015). Retomando las siguientes:

La Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA3-2013 establece las características y especificaciones mínimas que deben considerar las instituciones públicas, privadas y sociales que proporcionan asistencia social alimentaria a grupos de riesgo. Por otro lado, la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012 regula la prestación de servicios de asistencia social a las personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad. Este grupo social es considerado el más desprotegido y enfrenta condiciones de soledad, abandono, discriminación, discapacidad y maltrato en sus diversas expresiones. Ambas normas son fundamentales para garantizar la atención adecuada a estos sectores de la población (Marco Normativo CNDH, 2012).

Así pues, la Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010: Regula la asistencia social en la prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación riesgo y vulnerabilidad, teniendo como propósito presentar las características y los requisitos mínimos que deben considerar los establecimientos o espacios del sector público, privado y social que presten servicios de asistencia social a niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

De ahí que, la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012: Esta norma plantea los preceptos que normalizan la forma en que se proporcionan los servicios de atención médica integral a las personas con discapacidad, en su calidad de pacientes. Mediante la intervención de equipos inter y multidisciplinarios, con el propósito de otorgarles servicios de atención médica con calidad, seguridad y sin ningún tipo de discriminación. De manera que, los profesionales y técnicos que conformen estos equipos deberán ser personal del área de la salud comprometidos, que actúen e integren acciones de otros programas que incidan en la salud de las personas con discapacidad.

Dado que la detección oportuna e instrumentación de acciones de rehabilitación resultan intensivamente importantes, ya que limitan los efectos de la discapacidad, mejoran la calidad de vida y facilitan la inclusión social de las personas con discapacidad (Marco normativo CNDH, 2012).

Por consiguiente, la Norma Oficial Mexicana Nom-168-SSA1-1 1998, tiene como objetivo establecer los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico, incluyendo definiciones como: atención médica, carta de consentimiento informado, expediente clínico, interconsulta, paciente, referencia-contrarreferencia, resumen clínico, entre otros. (Secretaría de Salud, 1999).

Así mismo, La Norma Oficial Mexicana NOM-173-SA1.1998, establecer las reglas que deberán observarse para la atención integral de las personas con discapacidad y aplica a todo el personal de salud que preste su servicio de prevención, atención y rehabilitación de cualquier tipo de discapacidad, concibe a la discapacidad como la ausencia, restricción o pérdida de la habilidad para desarrollar una actividad en forma o dentro de los que se considera como normal para el ser humano (Góngora Bonilla, 2015).

De modo que, la Norma Oficial Mexicana NOM-223-SSA1-2003, determinar los requerimientos arquitectónicos mínimos que

deberán cumplir los establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del sistema nacional de salud que permitan el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad (Secretaría de Gobernación, 2012).

En resumen, la creación e implantación de las normas oficiales mexicanas en materia de la salud son herramientas que tienen como finalidad la protección a la salud, a través de sus campos de aplicación como son: salud pública, los riesgos sanitarios en establecimientos, atención médica y asistencia social, productos y servicios, investigación para la salud en el ser humano, educación en salud y enfermería, Además, regular prácticas del personal de salud, de infraestructura y equipamiento, prestación de servicios, educación, investigación, información y tecnologías en salud (Gobierno de México, 2009).

3.9 Normas jurídicas internacionales sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad

A nivel internacional se han generado diversos instrumentos internacionales en pro de los derechos humanos de las personas con discapacidad, debido a que enfrentan cada día situaciones de discriminación y las barreras que limitan su participación en la sociedad en términos de igualdad con los demás, negándoles el derecho a la educación, a obtener un empleo, a vivir en la comunidad de forma independiente, a desplazarse libremente, a votar a participar en actividades deportivas, culturales y recreativas libremente, a disfrutar de protección social, acceder a la justicia, a elegir su tratamiento médico y a contraer libremente obligaciones jurídicas, como las derivadas de la compraventa de propiedades (Naciones Unidas Derechos Humanos, s.f.). Ejemplo de ello, son:

Reglas de Brasilia sobre el Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad

Fueron aprobadas por la XIV Cumbre Judicial Iberoamericana, en Brasilia los días 4 a 6 de marzo de 2008, con la participación

de la Asociación Iberoamericana de Ministerios Públicos (AIAMP) Asociación Interamericana de Defensorías Públicas (AIDEF), la Federación Iberoamericana de Ombudsman (FIO) y la Unión Iberoamericana de Colegios y Agrupaciones de Abogados (UIBA), siendo sometidas para su aprobación entre los respectivos órganos de gobierno de las restantes Redes iberoamericanas del sistema judicial (Ficha, s.f.). Teniendo como principio garantizar el acceso efectivo de la justicia a personas en condición de vulnerabilidad, donde no exista discriminación alguna, incluyendo además el conjunto de políticas, medidas, facilidades y apoyos a las personas con la finalidad de brindar el pleno goce de los servicios del sistema judicial.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966, entrando en vigor el 3 de enero de 1976, después de ser ratificado por 35 estados, entrando en vigor el 5 de mayo de 2013. Donde se establece el cumplimiento de los derechos y libertades, los aliados reconocen que el ideal de un ser humano es ser libre que goce “*de libertades civiles y políticas, y esté libre de miedo y necesidad, esto se puede lograr si se crean las condiciones necesarias que le permitan disfrutar de sus derechos civiles y políticos, así como sus derechos económicos, sociales y culturales*” (COUNCIL PF EUROPE PORT, s.f.).

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Aprobado por la Asamblea de las Naciones Unidas mediante la resolución número 2200A (XXI), el 16 de diciembre de 1966, entrando en vigor el 23 de marzo de 1976, de conformidad con el artículo 49. Sin embargo, hasta el 30 de septiembre de 1966, solo 135 Estados se habían adherido a él. Comprometiéndose a respetar y a garantizar a todos los individuos el derecho a ser tratados sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra

condición social, como se establece conformidad con el párrafo 1 del artículo del Pacto (Pocar, s.f.).

Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad

Aprobada el día 7 de junio de 1999, en la Ciudad de Guatemala, inscrita en el Diario Oficial 44.889 Ley 762 del 31 de julio de 2002, haciendo referencia que personas con discapacidad tienen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas; y no deben ser discriminados por su discapacidad, ser tratados dignidad y la igualdad que son derechos de todo ser humano (EL ABEDUL, 2002).

Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

En 1947 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconocer los derechos de las mujeres de forma creciente, estableciendo así el mandato normativo titulado Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en Ingles), considerada como la carta Internacional de los Derechos de las Mujeres, siendo aprobada por la Asamblea General de las NU el 18 de diciembre de 1979, entrando en vigor el 3 de septiembre de 1981. Un año después México firmó en 1980 y la ratificó el 23 de marzo de 1981. Con el propósito no solo de proteger a la mujer sino también los derechos de las niñas para resguardar su dignidad y bienestar; asimismo, incita todas las políticas públicas que les puedan brindar oportunidades de igualdad (Suprema Corte de Justicia de la Nacional, s.f.).

Convención sobre los Derechos de los Niños

Instrumento internacional que fue admitido por las Naciones Unidas (UN) en la ciudad de Nueva York, el día 20 de noviembre de 1989, mismo que fue aprobado el 20 de noviembre de 1989, entrando en vigor en el ámbito internacional el 2 de septiembre

de 1990, con el propósito de instituir los derechos de los niños, adolescentes y jóvenes que les permitan desarrollar su potencial y estén protegidos de la violencia, abusos y daños.

Sin embargo, en el año 2000, los gobiernos decidieron fortalecer ciertas áreas sobre los derechos de la infancia, generando protocolos facultativos la convención sobre la participación de los niños en los conflictos armados y la venta de niños, la prostitución y pornografía infantil, siendo aprobados. Para el 2011 fue añadido por parte de los gobiernos un tercer Protocolo Facultativo sobre un procedimiento de comunicación, que permite y garantiza a los niños, adolescentes y jóvenes solicitar apoyo al Comité sobre las violaciones a sus derechos humanos (Naciones Unidas-Derechos Humanos, s.f.).

Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familias

Este instrumento normativo fue adoptado por la Asamblea General en su resolución 45/158, de 18 de diciembre de 1990, entrando en vigor el 1 de julio de 2003, luego de ser ratificado por al menos 20 Estados, entre ellos México. Es un tratado internacional que establece la vinculación entre la migración y los derechos humanos, un tema de interés general al que se presta cada vez mayor atención en todo el mundo dado que analiza las novedades e iniciativas para promover y defender los derechos de los trabajadores migratorios (Derechos Humanos, 2006).

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD)

Es considerado el instrumento más moderno a nivel internacional sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad, en términos de eficacia y profundidad. Como tal, sustituyendo todas las normas e instrumentos internacionales y regionales anteriores, la CRPD fue aprobada por la Asamblea de las NU el 13 de diciembre de 2006. Es un hito significativo, ya que presenta la

primera convención internacional sobre los derechos humanos en igualdad de condiciones para todas las personas con discapacidad.

Su objetivo principal es asegurar el pleno goce de todos los derechos humanos en igualdad de condiciones para todas las personas. Algunos aspectos clave de la CRPD son:

- **Derechos Civiles, Culturales, Económicos, Políticos y Sociales:** La CRPD establece normas de protección para los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales de las personas con discapacidad. Estos derechos se basan en principios de integración, igualdad y no discriminación.
- **Autonomía y Participación Plena:** Reconoce el derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma autónoma, tomar sus propias decisiones y participar activamente en la sociedad.
- **Enfoque integral:** La CRPD no se limita a aspectos específicos de la discapacidad, sino que aborda una amplia gama de derechos humanos, como la dignidad, la igualdad y la no discriminación.
- **Cooperación internacional:** La convención reconoce la importancia de la cooperación entre países para garantizar los derechos de las personas con discapacidad a nivel global.
- **Datos y sensibilización:** La CRPD enfatiza la necesidad de recopilar datos precisos sobre la discapacidad y promover la sensibilización en la sociedad.
- **Mecanismos de aplicación y supervisión:** Establece mecanismos para monitorear y garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad a nivel nacional e internacional.

En resumen, la CRPD es un instrumento valioso para impulsar políticas inclusivas y movilizar esfuerzos hacia la plena realización de los derechos de las personas con discapacidad. Esta Convención representa un cambio significativo en la protección y promoción de los derechos de las personas con discapacidad. A

diferencia de los instrumentos anteriores, la CRPD adopta un enfoque más integral y actualizado.

Además, vincula estos derechos con cinco objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, con fundamento en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los tratados internacionales en la materia, especificando claramente que los ODS no podrán alcanzarse sin el respeto estricto de los derechos humanos, siendo estos:

- ODS 4-Educación de calidad.
- ODS 8-Trabajo decente.
- ODS 10- Reducción de las desigualdades.
- ODS 11- Ciudades sostenibles.
- ODS 17-Alianzas para lograr los objetivos.

Es cierto que la Agenda 2030 reconoce explícitamente a las personas con discapacidad como un grupo de población fundamental en todas las decisiones. Esto refleja los principios de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. La discapacidad se considera un tema transversal en la Agenda 2030, no solo desde una perspectiva ambiental, sino también social. La accesibilidad y la inclusión son parte integral del desarrollo sostenible.

Por lo tanto, la discapacidad no solo es una cuestión de derechos humanos, sino también un componente crucial de la sostenibilidad. Sin inclusión, no puede haber una sostenibilidad efectiva, y las desigualdades representan un riesgo significativo. Por lo tanto, abordar la dimensión social de la discapacidad es fundamental para lograr un mundo más justo y sostenible (AQUAE FUNDACIÓN, 2021).

2.10 Normas jurídicas nacionales sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) es un hito importante en la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad. México

desempeñó un papel crucial en su creación y ratificación. En 2001, México propuso ante la Asamblea General de las Naciones Unidas la elaboración de una convención específica para proteger los derechos de las personas con discapacidad. La participación de 189 Estados miembros en la creación de la CRPD demuestra su relevancia global.

El 30 de marzo de 2007, se firmó oficialmente la CRPD. Posteriormente, el Senado de la República de México aprobó su contenido el 27 de septiembre del mismo año. El Decreto de Aprobación se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre. Finalmente, México ratificó la CRPD el 17 de enero de 2008. Teniendo un estatus superior a todas las normas jurídicas en México, excepto la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Esto subraya su importancia en la protección de los derechos de las personas con discapacidad (Gobierno de México, s.f.).

Esta convención está vinculado a los criterios que se establecen en el modelo social donde se señala el vínculo entre las barreras sociales, la exclusión y las limitaciones al pleno goce o ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Haciendo énfasis en los derechos y la igualdad de oportunidades y a la no discriminación, así mismo en su Artículo 1 párrafo segundo, refiere que el termino: *“Persona con discapacidad incluye a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”*, Siendo sus principios generales:

- Respeto a la dignidad inherente: Reconocer y valorar la dignidad de todas las personas, independientemente de su condición o discapacidad.
- Autonomía individual: Cada persona tiene el derecho de tomar sus propias decisiones y controlar su vida.
- No discriminación: Todas las personas deben ser tratadas con igualdad y sin prejuicios.

- Aceptación de la diversidad: Reconocer y respetar las diferencias individuales, incluyendo a las personas con discapacidad como parte integral de la sociedad.
- Igualdad de oportunidades: Garantizar que todas las personas tengan acceso a las mismas oportunidades, independientemente de su discapacidad.
- Accesibilidad y equidad de género: Promover la accesibilidad en entornos físicos y digitales, así como la igualdad entre hombres y mujeres.
- Respeto a la evolución de los niños y adolescentes con discapacidad: Reconocer su derecho a crecer y desarrollarse de acuerdo con sus capacidades individuales, preservando su identidad.

En resumen, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad representa un compromiso fundamental y un hito importante en el reconocimiento de los derechos de este grupo. Al mismo tiempo, también plantea un desafío significativo para nuestro país. Es alentador ver que tanto los gobiernos como la sociedad están comprometidos con las personas con discapacidad. El Consejo Nacional para la Inclusión y el Desarrollo de las Personas con Discapacidad (CONADIS) desempeña un papel crucial en este proceso. Su seguimiento puntual y específico a la difusión y cumplimiento de la Convención, así como su participación con Organizaciones de la Sociedad Civil, contribuyen significativamente a la inclusión y el desarrollo de las personas con discapacidad en México.

VI. TRABAJO SOCIAL Y ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA

El trabajo social es una disciplina dentro de las ciencias sociales que, mediante la aplicación de teorías y principios éticos y generales, lleva a cabo un proceso metodológico de intervención a nivel individual, grupal y comunitario. Su objetivo es estudiar y analizar las características, condiciones e interrelaciones de los individuos en su entorno familiar y social. Esta profesión se adapta a las necesidades y requerimientos del campo, actuando de manera focalizada en un contexto dinámico y cambiante (Cámara, 2018 en Evangelista Martínez, 2024).

4.1 Trabajo social como actividad profesional

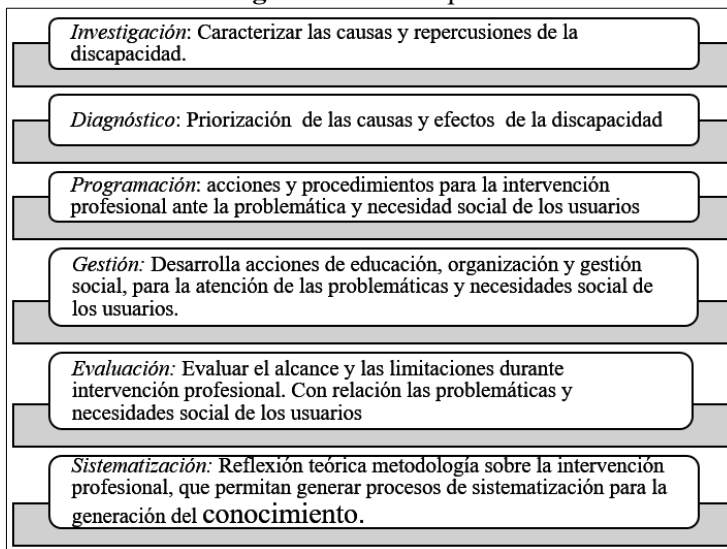
El trabajo social, como profesión, es una actividad especializada dentro de la sociedad, llevada a cabo por profesionales. A diferencia de una ocupación o un oficio, que generalmente se refiere al tipo de empleo de una persona, la profesión se centra en el desempeño práctico. A través de la aplicación de conocimientos (teorías, conceptos, metodologías y métodos), identifica las causas y efectos derivados de las problemáticas y necesidades sociales que presentan los individuos y colectivos. Además, se vincula con los sectores público, privado y social para gestionar y administrar recursos, con el propósito de transformar o mejorar la realidad social a través de procesos de intervención en la práctica (Zenteno Ramírez & Umbral Martínez, 2016).

De ahí que, la intervención social es una actividad planificada y ejecutada con el propósito de transformar situaciones sociales indeseadas, buscando mejorar la calidad de vida, la autonomía y la solidaridad de individuos, grupos y comunidades. Esta intervención potencia las condiciones, servicios y recursos disponibles y es fundamental en el quehacer profesional de los trabajadores sociales, ya que se desarrolla en el espacio de relaciones e interacciones entre personas con características específicas que les otorgan un lugar y significado en el mundo.

Las situaciones sociales, que dependen e influyen en sus participantes, son modificables. Por ello, la intervención se basa en pensar de manera diferente la realidad concreta, apoyándose en teorías y metodologías. Se caracteriza por ser intencional, temporal e implica alterar la vida cotidiana (Camarillo Martínez, 2024).

Así pues, el quehacer profesional del trabajador social en las instituciones de rehabilitación para usuarios con discapacidad no debe centrarse únicamente en el conocimiento de la problemática y las necesidades sociales de los usuarios. Sino que debe ser realizado bajo un proceso de investigación y análisis de las causas y consecuencias, ya que esto constituye la base de su intervención. En este sentido, debe tener presente el proceso metodológico, estructurado por un proceso operativo en el que se conjugan conocimiento y acción, proporcionando objetividad en el abordaje de la realidad social en sus diversos matices y dimensiones. Por lo tanto, este proceso debe estar presente en todas las formas y estrategias de intervención de los profesionales del trabajador social, independientemente de los diversos enfoques que pueda utilizar, como a continuación se presenta:

Imagen 3. Proceso operativo

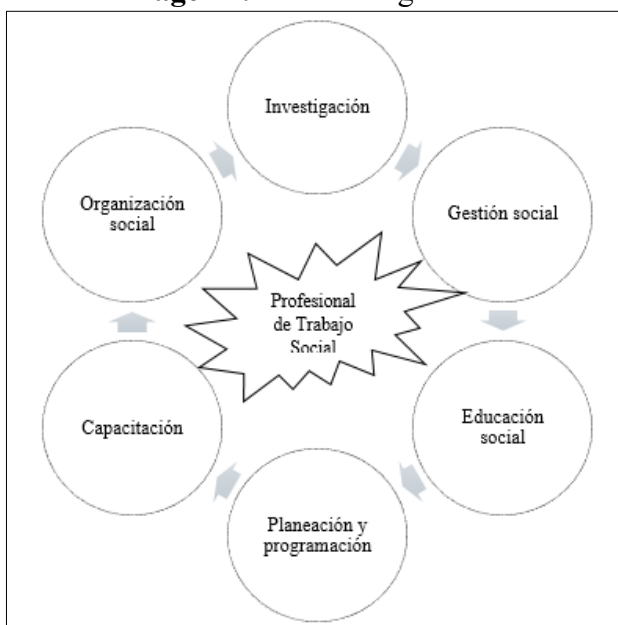


Fuente: Elaboración propia con base (Galeana de la O, 2009).

Funciones genéricas

La participación del profesional del trabajo social es un proceso de manifestaciones y colaboración que facilita la integración de esfuerzos para enfrentar problemas y gestionar requerimientos, respondiendo así a las demandas y necesidades de los usuarios. Este proceso implica un mecanismo que potencia los recursos y esfuerzos tanto particulares como institucionales. Desde esta perspectiva, la participación se convierte en el eje central de las estrategias de intervención, basadas en las características del objeto de intervención, con las siguientes funciones:

Imagen 4. Funciones genéricas



Fuente: Elaboración propia con base en (Galeana, 2009).

El profesional de trabajo social debe poner en práctica los conocimientos conceptuales y metodológicos con base al proceso planteado en el esquema:

- En la *investigación* social, lo que le permitirá elaborar diagnósticos sociales coherentes y acordes a la demanda y realidad social de los usuarios.

- La *Gestión social*: Está relacionado con el diseño y planificación de intervenciones integrales, a través de la vinculación interinstitucional con el sector público, privado y social, que respondan a las demandas del usuario, mediante la prestación y gestión de servicios sociales.
- La *educación social*: Es el medio por el cual el profesional de trabajo social busca desarrollar acciones de orientación y asesoría social, con el fin de que el sujeto y su familia se incorpore de forma activa y comprometida en las actividades y trámites necesarios para alcanzar los objetivos relacionados con el desarrollo social.
- La *Planeación y programación*: Esta función permite al profesional de trabajo social diseñar y aplicar programas y proyectos para abordar la discapacidad en áreas como la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la integración social. Además, incluye el diseño de propuestas de intervención específicas según la demanda presentada por el sujeto.
- La *capacitación*, es una función esencial para promover el desarrollo de las capacidades y habilidades del sujeto. A través de la formación y el adiestramiento para el empleo y el autoempleo, se facilita su incorporación al ámbito laboral.
- La *organización social*: Permite promover las relaciones familiares del sujeto y los grupos de convivencia dentro de la institución y contextos de socialización, para una mejor integración social.

Funciones específicas

El campo profesional del trabajador social en la atención de personas con discapacidad se centra en las áreas tradicionales, específicamente en el ámbito de la asistencia social, en las URIS; UBRIS, CER, CRIS, CREE y CRIT, siendo su objetivo primordial crear entornos más inclusivos y apoyar a los usuarios en el desarrollo de habilidades que les permitan lograr autonomía

y calidad de vida. Esto se logra a través de las siguientes funciones:

Tabla 3. Funciones y acciones

Funciones	Acciones
Investigación	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar entrevistas sociales iniciales o subsecuentes, ya sea en gabinete o mediante la aplicación de la técnica de visita domiciliaria, para evaluar la situación socioeconómica y familiar del usuario. • Elaborar perfiles sociodemográficos de los usuarios que acuden a la institución. • Valoración de las habilidades sociales del usuario con para su integración laboral. <p>Elaboración de diagnósticos sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para determinar los factores sociales, familiares y culturales de riesgo, que inciden en la distribución y frecuencia de la discapacidad del usuario. • De seguimiento en relación con las demandas y necesidades sociales del usuario. • De evaluación sobre las condiciones del contexto social y la situación sociofamiliar del usuario, para el otorgamiento de apoyos. • De intervención multidisciplinaria para la implementación de un tratamiento integral del usuario.
Planeación y/o administración	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar manuales de procedimientos sobre las funciones profesionales del área o departamento de trabajo social. • Elaborar programas de capacitación y actualización con contenidos disciplinares y transversales para los profesionales de trabajo social. • Diseñar programas y proyectos de intervención social para la atención de los usuarios y familiares. • Organizar y desarrollar actividades administrativas del área o departamento de trabajo social. • Promover la integración de los profesionales del trabajo social a gremios y asociaciones de trabajo social. • Impulsar la certificación profesional de los trabajadores sociales.

<p>Atención a los usuarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar una atención personalizada con calidad y calidez al usuario y familiares por parte del profesional de trabajador social. • Brindar seguimiento individualizado al usuario para garantizar su continuidad en el tratamiento médico-rehabilitatorio y servicios de atención a la salud. • Diseñar modelos de intervención social dirigidos al usuario y familiares, para promover integración educativa, laboral y social.
<p>Educación Social</p>	<p>Diseño y elaboración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas de atención, tratamiento, rehabilitación e integración social al usuario, con perspectiva de derechos humanos. • Procesos educativos de hábitos alimenticios, mejoramiento y saneamiento ambiental y prevención de las discapacidades dirigidos a población abierta y cautiva. <p>Difusión sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El modelo social dirigido a las personas con discapacidad, relacionado con temáticas: prevención, rehabilitación, integración familiar, educativa social. • Acciones de prevención de la discapacidad a la comunidad, a través de medios audiovisuales e impresos. • El manual de requerimientos de accesibilidad para personas con discapacidad. • Sobre la expedición de credenciales a personas con discapacidad para la obtención de beneficios. <p>Promover</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cultura de discapacidad a través de la organización y realización de campañas y eventos masivos. • La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, entre familiares, actores comunitarios e instituciones de los diferentes sectores y a la sociedad en general. • La atención de la discapacidad de manera oportuna para evitar discapacidades agregadas. • La participación de los padres de familia en actividades recreativas, culturales y deportivas • Estrategias de alfabetización para usuarios con discapacidad.

	<ul style="list-style-type: none"> • La integración de talleres que faciliten la convivencia familiar y social del usuario. <p>Prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De defectos de postura en preescolares y seguimiento a la población sana para mantener su óptimo desarrollo. • Prevenir factores de riesgo generadores de discapacidad como: la hipertensión, la diabetes, la osteoporosis y la obesidad para su seguimiento. • Concientizar al usuario y familiares en acciones de rehabilitación, y actividades cotidianas durante la convivencia familiar.
Gestión social	<p>Vinculación interinstitucional con el sector público, privado y social para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La gestión de apoyo que requiera el usuario, pudiendo ser: Medicamentos, ortesis, prótesis, ayudas funcionales para la marcha, además, de promover su integración a talleres de artes y oficios para su incorporación al ámbito laboral. • Para la realización de diagnóstico clínicos y tratamientos específicos de los usuarios. • La rectificación de actas de nacimiento, asignación de tutor en caso de intercesión y regularización del estado civil del usuario. • Promover la integración educativa especial y regular del usuario que se encuentre en edad de ser escolarizados. • Integración del usuario en actividades deportivas en coordinación con el instituto del deporte del estado. • Promover la capacitación para el trabajo cuando el usuario se encuentra imposibilitado para su ingreso al área laboral. • Para impulsar la contratación laboral del usuario que este en edad productiva. • El otorgamiento de becas para la capacitación y adiestramiento del usuario.
Participación multidisciplinaria	<p>Coordinación para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La elaboración del plan de intervención a partir del análisis de casos. • Participación en las juntas de valoración para determinar el tratamiento y canalización del usuario, cuando la situación lo amerite.

	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a madres y padres de familia para la aceptación de sus hijos con discapacidad, a través del programa escuela para padres. • Promover estrategias para el desarrollo de habilidades prelaborales del usuario. • Fortalecer la orientación a madres y padres de familia en relación con las expectativas educativa de sus hijos, a través del programa Escuelas para Padres y Estimulación Múltiple Temprana.
Elaboración de instrumentos y/o material de difusión	<p>Diseñar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos de control y seguimiento para la supervisión de las actividades realizadas por los profesionales del trabajo social en las áreas o departamentos asignados. • Instrumentos para intervención profesional en la atención individualizada, grupal y comunitaria en usuario con discapacidad. • Material didáctico impreso y audiovisual de orientación e información para usuario y familiares sobre los servicios que brinda la institución, así como para la prevención, rehabilitación e integración social.
Redes sociales de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Formación de grupos de auto ayuda para la impartición de talleres vivenciales dirigidos a padres y familiares del usuario, para fortalecer el proceso de rehabilitación e integración social.
Asistencia	<p>Orientación a usuarios y familiares sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los requisitos de ingreso y proceso de atención de primera vez y subsecuente. • Los requisitos de ingresos al programa de estimulación temprana y escuela para padres. • Para la gestión de tramites a las escuelas regulares y de educación especial • Para la búsqueda de alternativas educativas de sus hijos. • Sobre la discapacidad del usuario con el propósito de fomentar el acercamiento, confianza y seguimiento de la vida cotidiana. • Sobre asesoría legal en caso de pensión alimenticia, abandono o maltrato. • A empresarios sobre los beneficios fiscales al contratar a un usuario con discapacidad. <p>Platicas:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre sensibilización en instituciones educativas sobre la integración del usuario con discapacidad y su inclusión a la sociedad. • Informar a los padres de familia: Sobre los trámites administrativos y jurídicos a realizar en caso de fallecimiento del usuario.
Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de directorios institucionales y de servicios de apoyo social. • Canalización de usuarios que demandan servicios de tratamientos médicos específicos, de integración educativa, laboral y apoyos para su integración social. • Proveer servicios de apoyo (ambulancias, agencias funerarias, entre otros).
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Medir el desarrollo de los programas de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social de los usuarios. • Evaluar el desarrollo de las funciones profesionales realizadas por el profesional trabajador social, en relación con el plan de trabajo y manuales de procedimientos. • Diseñar estrategias de seguimiento para usuarios integrados en el ámbito, familiar, educativo, laboral y social, a través de visitas domiciliarias.
Sistematización	<ul style="list-style-type: none"> • Generar procesos de sistematizar de la intervención del profesional de trabajador social, para la generación del conocimiento.
Divulgación	<ul style="list-style-type: none"> • Difusión y socialización de la sistematización de la experiencia profesional.

Fuente: elaboración propia con base (Gobierno de México-DIF Nacional, 2010; Galeana, 2004).

4.2 Trabajo social individualizado

4.2.1 Concepto

Es una de las metodologías clásicas del trabajo social se basa en el método científico. Su particularidad radica en una serie de fases o pasos que el profesional del trabajo social debe seguir para adquirir los conocimientos necesarios que permitan introducir cambios en la realidad social en la que se encuentra. La esencia de abordar esta metodología en la atención de usuarios con

discapacidad tiene como finalidad proporcionar una serie de herramientas indispensables al profesional de trabajo social para el desarrollo técnico y científico de la práctica social. Esto le permitirá abordar la problemática de estudio o acción con racionalidad y eficacia, asegurando la adecuación del tratamiento y la optimización de los recursos del usuario y su familia, tanto internos como externos (Aylin y Quezada, 1982 en Fernández García & Ponce de León Romero, 2021). Por lo tanto, este método le proporcionará:

- Tener un acercamiento de la realidad social desde una perspectiva objetiva y cercana
- Lograr una participación y activa en el desarrollo de las capacidades y habilidades del usuario.
- Crear un entorno de comunicación cercano con el usuario, que facilite el diálogo y la comprensión.
- Emplear el acuerdo mutuo en lugar de la imposición para expandir las propuestas de cambio.
- Guiar gradualmente el cambio, enfocando este proceso en el desarrollo personal y la consecución de la independencia, evitando las connotaciones asistencialistas o benéficas relacionadas con la dependencia.

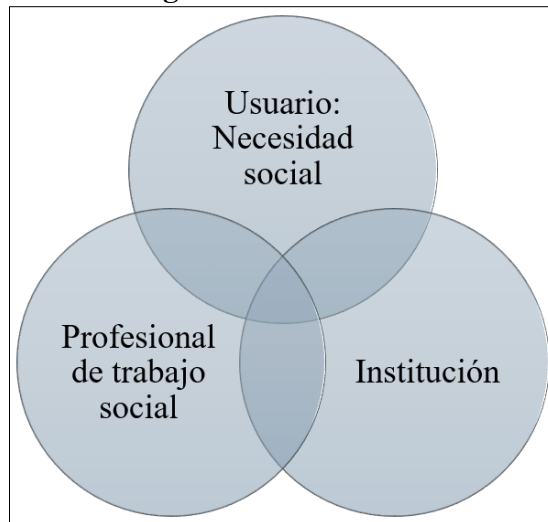
Además, el profesional de trabajo social debe considera que el método es:

- *Flexible*: Es aplicable independientemente de los cambios que ocurran con el usuario, debido a que está elaborado por fases.
- *Adaptable*, El método es aplicado de forma independiente debido a que cada usuario y caso son únicos en relación con la problemática planteada.
- *Racional*: Sus fases metodológicas permite al profesional de trabajo social analizar rigurosamente el caso, lo que implica reflexionar sobre la situación social, su pronóstico, las acciones a realizar y los objetivos a alcanzar.
- *Estructurado*: El método se divide por fases cada una de ellas interconectadas y organizada garantizando el éxito de la intervención profesional.

- *Dinámico y recursivo*: El método puede ser aplicado cuantas veces lo amerite la intervención del caso, tomando en consideración la problemática, la ordenación de nuevos conocimientos, las revisiones y evaluaciones periódicas.
- *Estratégico*: Permite diferenciar las actividades y tareas organizadas en el tiempo, con la finalidad de lograr metas establecidas con anterioridad.
- *Participativo*: Colaboración del profesional de trabajo social, usuario, familia e integrantes del equipo multidisciplinario.
- *Sencillo*: Debería ser utilizado por la mayoría de los profesionales del trabajo social, sin que su aplicación se convierta en una tarea o actividad complicada.

La aplicación de este método en la atención de los usuarios con discapacidad tiene como objetivo brindarle un tratamiento integral que le permita utilizar sus propios recursos y capacidades para resolver o aliviar su problemática social, y lograr que el usuario identifique sus habilidades y potencialidades, y aprenda a enfrentar futuros desafíos y tensiones.

Imagen 5. Actores sociales



Fuente: Elaboración propia con base en Fernández y Ponce de León, 2021

Usuario: Niños, Niñas, Adolescente, Jóvenes, Adultos y Adultos Mayores, que presentan discapacidad: física, intelectual, mental, psicosocial, múltiple, sensorial, auditiva y visual.

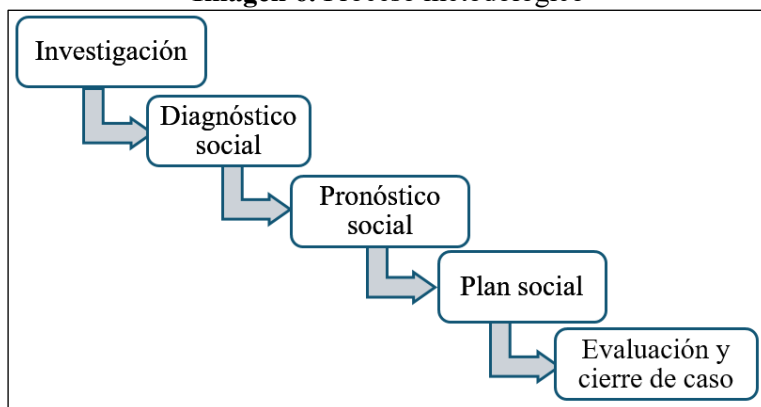
El profesional de trabajo social debe aplicar los conocimientos de la naturaleza científica de la disciplina, abarcando teorías, conceptualizaciones y metodologías, y los principios éticos y deontológicos. Su enfoque práctico incluye la identificación del sector laboral (público, privado o social), el nivel de intervención (primario, secundario y terciario) y el campo de acción profesional, para aplicar la naturaleza científica del trabajo social.

Además, debe de conocer la institución considerando su función social, objetivos, políticas, marco jurídico, metas, estructura organizativa y jurídica, alcances y límites, programas sociales que desarrolla, así como los servicios que brinda a los usuarios con algún tipo de discapacidad. Con el propósito de orientar la intervención social de acuerdo con las demandas de los usuarios.

4.2.2 Proceso metodológico

El trabajo social individualizado es una de las metodologías tradicionales del trabajo social que se centra en la intervención a nivel individual o familiar para facilitar la adaptación al entorno social. Esta metodología se destaca por la importancia de realizar un seguimiento personalizado, promoviendo la mejora de la independencia, la autonomía y la integración social.

Imagen 6. Proceso metodológico



Fuente: Elaboración propia (Fernández y Ponce de León, 2019)

4.2.2.1 Investigación

La investigación constituye la primera fase en la atención individualizada. Esta etapa permite al profesional de trabajo social obtener información precisa proporcionada por el usuario, lo que facilita la emisión de un diagnóstico real y una comprensión completa de su entorno social.

La investigación puede desarrollarse a través de dos modalidades: *Directa*: Consiste en la entrevista realizada directamente con el usuario. Este acercamiento permite recabar información sobre sus actitudes y aptitudes en relación con el motivo de la intervención. *Indirecta*: Incluye entrevistas con familiares, médicos, vecinos, amigos, y la obtención de información de documentos oficiales, llamadas telefónicas u otros medios que no involucren directamente al usuario.

Es fundamental que durante esta fase se consideren los objetivos de la entrevista para la construcción o selección de los instrumentos adecuados en su estructura y contenido. Además, el profesional de trabajo social debe mantener una actitud de respeto, apertura, escucha activa y contención emocional, así como identificar factores de riesgo y las dificultades y límites para el alcance de la intervención (Romero Coyotl & Flores Chávez, 2005).

4.2.2.2 Diagnóstico social

Es una herramienta de trabajo social utilizado anticipadamente y durante la ejecución de la intervención, en este apartado se presentan tres diferentes posturas teóricas con relación a su conceptualización:

- Para Castellanos (1999), el diagnóstico social es la *interpretación* de la situación presentada por el usuario, que se basa en la investigación.
- Ortega (1996) refiere que al concluir la investigación se procede a efectuar el diagnóstico social, con la finalidad de *analizar e interpretar* la naturaleza y magnitud de la situación encontrada (a través de *síntesis*).
- Flores Santa Cruz (2012), mencionan que el diagnóstico social es un proceso de recopilación y organización de información que requiere conocer y comprender los problemas y necesidades sociales dentro de un contexto específico, así como sus causas, factores condicionantes de riesgo, su evaluación a lo largo del tiempo.

El diagnóstico social implica analizar los problemas planteados, su magnitud, relevancia, repercusiones y contexto, con el fin de diseñar y desarrollar acciones transformadoras que aseguren la cientificidad del conocimiento recopilado y la racionalidad de las acciones programadas. Por lo tanto, el profesional de trabajo social debe considerar que el diagnóstico social refleja el fenómeno abordado como algo que se conoce y se describe, pero que nunca será definitivo. En la atención individualizada el diagnóstico social se caracteriza por sus tipos, niveles y modalidades:

Tabla 3. Diagnóstico social

Tipos		Niveles		Modalidades para establecer relaciones causales	
Inicial	Es el primer diagnóstico y casi nunca es definitivo (donde se debe incluir: el problema principal, los	Descriptivo	La importancia reside en la capacidad de sintetizar la problemática o necesidad social, así como la	Explicativo	Busca conocer a través de la investigación el porqué de los fenómenos del problema.

	factores causales, el efecto aparente de las causas en el comportamiento del usuario y su personalidad (incluyendo factores positivos y negativos observados).		situación actual del usuario.		
		Causal	Se establecen relaciones de posibles causas-efectos que se han manifestado incidencia en el problema se planteado	Predictivo	Se basa en la búsqueda de posibles soluciones de los fenómenos que presentan problemática a través de procesos de investigación.
Posteriores o subsecuentes	Son aquellos que deben registrar en los expedientes de los usuarios después del diagnóstico inicial. Su objetivo versa en la interpretación los nuevos problemas que presenta el usuario, lo que posiblemente llevará a cambios en los planes y tratamientos.	De evolución	Analizar los elementos personales, familiares y socioeconómicos que pueden hacer que la situación mejore de la mejora, lo que inciden de forma negativa.		

Fuente: Elaboración propia con base (Castellanos, 1999; Gordon Hamilton, 1974; Zamora, 2013).

Elementos para considerar para la construcción del diagnóstico social:

- Identificación necesidades, problema y situación del usuario.
- Analizar las causas y consecuencias de la problemática.
- Jerarquización de problemas y determinación de prioridades.
- Determinar factores de riesgos medico sociales y familiares.
- Considerar los factores ambientales donde vive el usuario (ambiente físico, social y actitudinal).
- Evaluar los factores personales que influyen en la condición o estado de salud del usuario.
- Evaluar los recursos internos y externos disponibles para atender la problemática.
- Describir las dificultades que presenta el usuario y su familia en relación con la problemática.

Estos elementos le permiten al profesional de trabajo social elaborar un diagnóstico social que dé cuenta de las causas de la problemática y de las consecuencias derivadas de la misma, permitiéndole comprender la realidad social que vive el usuario, así mismo aporta los elementos clave necesarios para la explicación de la realidad socio-familiar, así como la transformación de las problemáticas que presente cada caso, su objetivo principal es conocer a profundidad los elementos centrales de la problemática y dinámica familiar así como los recursos existentes para dar término a una dificultad social.

Como lo menciona Aguilar Idañez & Ander-Egg, (2016) y Ávila Cedillo, (2021), para que un diagnóstico social sea eficaz se deben considerarse los siguientes elementos:

- **Completo:** Incluir toda la información efectivamente relevante y significativa.
- **Claro:** Utilizando un lenguaje objetivo y sencillo, que facilite la comprensión de otros profesionales involucrados en el tratamiento del usuario.
- **Preciso:** Identificar y diferenciar cada una de las dimensiones y factores del problema, a fin orientar la acción de forma concreta y específica, incluyendo todos aquellos aspectos que se consideren necesarios y suficientes.
- **Oportuno:** Debe elaborarse y actualizarse en el momento adecuado para que pueda ser utilizado en la toma de decisiones que impactan tanto el presente como el futuro.

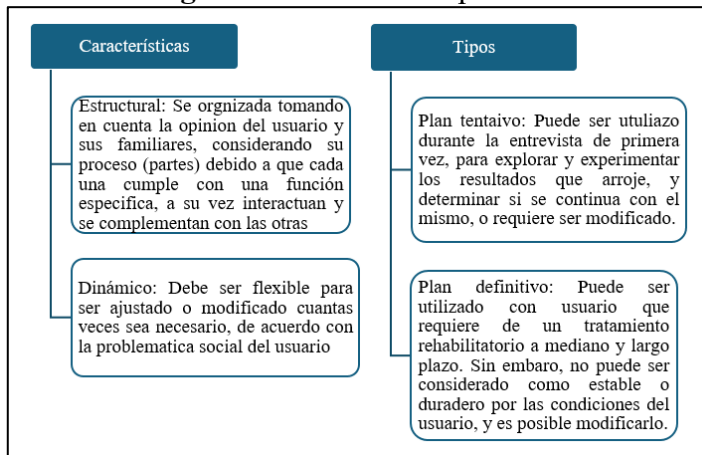
De lo contrario, la información podría perder relevancia. En resumen, el diagnóstico social debe fundamentarse tanto teórica como metodológicamente, permitiendo así la conexión entre teoría y práctica para interpretar fenómenos, así como las problemáticas sociales de manera analítica y explicativa dentro de un contexto específico. Este proceso implica identificar las causas y la evolución de dichos fenómenos. Para lograrlo, se aplican principios metodológicos y operativos con el objetivo de programar acciones concretas dentro de un plan, programa o proyecto, asegurando el éxito en los diversos campos de la

intervención profesional. Pero también, debe considerarse en el diagnóstico social el marco de las normas institucionales.

4.2.2.3 Plan social

El plan social está relacionado con los hallazgos obtenidos durante la investigación y la formulación del diagnóstico social, es aquí donde el profesional de trabajo social centra su idea en ¿Qué vamos a hacer?, ¿Cómo lo queremos hacer?, ¿Para qué lo queremos hacer? ¿Con que se va a hacer?, ¿De qué forma debe quedar?, ¿Qué necesitamos para hacerlo? y ¿Qué condiciones necesitamos para lograr el éxito? Es decir, el plan social es un proceso de planificación, a través de objetivos, metas, estrategias y acciones a realizar, donde se consideran los recursos disponibles del usuario, sus familiares y los institucionales, incluyendo además los procesos de seguimiento y evaluación. En resumen, el plan es un documento escrito que detalla de manera concreta y cuidadosa las acciones a realizar en relación con los elementos básicos del problema del usuario (Camacho González, 1998).

Imagen 7. Elementos del plan social



Fuente: Elaboración propia con base (Camacho, 1998).

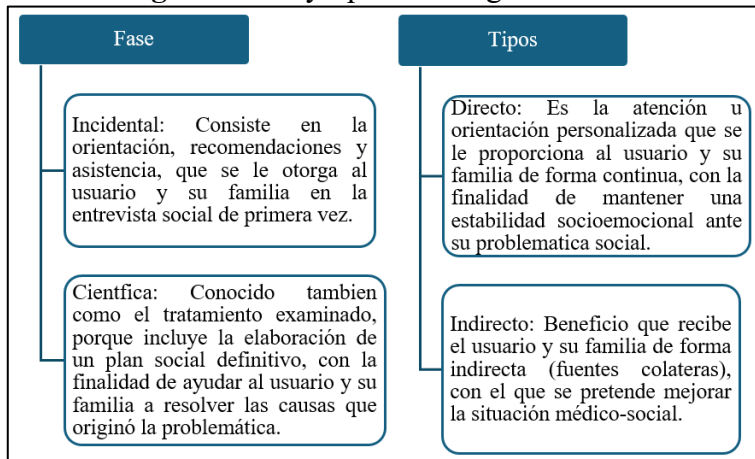
Por lo tanto, el plan debe ser elaborado por el profesional de trabajo social en coordinación con el usuario y su familia, con el propósito de lograr una colaboración activa de ambas partes

durante el proceso de su atención médica-rehabilitatoria, dado que mediante el tratamiento se busca lograr la autosuficiencia del usuario, y no será posible conseguirlo si se crea una relación de independencia familiar o profesional.

4.2.2.4 Tratamiento social

Esta etapa comienza una vez finalizada la elaboración del diagnóstico y el plan social. Se toman en cuenta los hallazgos obtenidos durante la primera entrevista social con el usuario y su familia, y se continúa a lo largo de todo el proceso de atención profesional.

Imagen 8. Fase y tipos del diagnóstico social



Fuente: Elaboración propia con base (Camacho, 1998).

4.2.2.5 Evaluación

La evaluación se refiere al proceso continuo que debe otorgarse a la atención individualizada proporcionada al usuario y su familia, con el propósito de ir evaluando los resultados que se vayan presentando durante la intervención, con la finalidad de estar en condiciones de hacer modificaciones, cuando se considere necesario a las fases del diseño previamente establecidos. Por lo tanto, los resultados de la evaluación pueden arrojar datos

cuantitativos y cualitativos, que le permiten analizar los objetivos del trabajo y los logros obtenidos, a través de:

- La utilización de instrumentos previamente elaborados (escala, cuestionarios...) aplicados durante la fase inicial, intermedia y final de la intervención profesional.
- Realizar un análisis cualitativo de la calidad y eficacia de los servicios proporcionado al usuario y su familia.
- Eficacia sobre los objetivos propuestos y los logros alcanzados.
- Análisis sobre la importancia que tuvo la intervención profesional con el usuario y su familia.

En suma, la evaluación juega un papel importante en la práctica, debido a que no solo aporta los resultados logrados en su intervención, sino que, además conlleva a la reflexión de cómo mejorar el quehacer profesional (Evangelista González, 2023; Fernández, 2021). A través del seguimiento que debe otorgarse al usuario y a cada familia durante su tratamiento médico-rehabilitador, el cual debe quedar asentado en las notas de seguimiento (trabajo social) que integran el expediente clínico.

Es aquí donde la intervención del profesional de trabajo social juega un papel trascendental, dado que en ocasiones resulta difícil cerrar los casos por motivos como la alta demanda de ingresos de los usuarios en las instituciones, la escasa contratación de profesionales del trabajo social, la falta de colaboración y comunicación entre los profesionales del equipo multidisciplinario que forman parte de la atención del usuario y otros factores relacionados con el usuario y su familia.

Sin embargo, es evidente que, aun con el cierre de caso, pueden persistir condiciones que indiquen que el usuario no está suficientemente comprometido para enfrentar las limitaciones físicas, psicológicas y sociales que puedan derivarse de su problemática. De ahí que, el cierre de caso puede darse por motivos como:

- Alta por mejoría del tratamiento médico-rehabilitatorio.
- Alta voluntaria a solicitud del usuario o familiares.

- Por canalización a otra institución de salud cuando así lo amerite su tratamiento.
- Por canalización a otras instituciones de rehabilitación por cercanía a su domicilio.
- Abandono del tratamiento médico-social.
- Cambio de residencia (municipio o estado).
- Por fallecimiento del usuario,

En conclusión, independientemente del motivo de cierre del caso, el profesional de trabajo social concluye su proceso de intervención con el usuario, debiendo elaborar un informe global que evalúe todo el proceso de su participación, el cual debe ser integrado al expediente clínico del usuario.

V. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

El quehacer profesional del trabajador social en la atención de usuarios con discapacidad requiere de herramientas teórico-metodológicas que se establecen como fundamentales para el logro de sus objetivos, las técnicas e instrumentos constituyen una relación esencial entre el quehacer profesional y la intervención social. Es decir, una vez que el trabajador social identifica las demandas sociales del usuario, esto le permite el diseño y la implementación de procesos de intervención individualizada. Considerando algunas de estas técnicas e instrumentos:

5.1 Técnicas de intervención

Las técnicas de intervención son el conjunto de procedimientos que se utilizan para obtener un resultado determinado a nivel individual, grupal o comunitario, según sea el ámbito de intervención (Mi Trabajo Social Perú, s.f.), siendo estas:

5.1.1 Investigación

La investigación como técnica científica es considerada como un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico, siendo su objetivo lograr nuevos datos o complementar los ya obtenidos de los hechos y fenómenos sociales de un determinado ámbito de la realidad social. Como técnica en el trabajo social individualizado, su finalidad radica en el diálogo reflexivo, a través de las valoraciones de la situación enfrenta durante el proceso de su intervención.

De ahí que, la investigación debe ser mirada desde dos dimensiones: a) cualitativa, medición de los fenómenos sociales; b) cuantitativa, basada en el proceso de la mediación sobre realidades concretas. Ambas dimensiones permiten investigar lo que sucede desde adentro, y lo que posteriormente se debe modificar o cambiar. Así pues, el sujeto se convierte en el objeto

de estudio, pero a su vez puede ser sujeto de conocimiento cuando se conoce y comprende la realidad social, a través de la formación del diagnóstico social, lo que permite diseñar propuestas de intervención para modificar o cambiar la situación del sujeto, a través de la investigación (Fernández, 2012; Fernández, 2019).

Considerando los siguientes elementos:

- Determinar el objetivo de la investigación.
- Diseñar, seleccionar o adaptar el instrumento de acuerdo con el objetivo de la investigación.
- Las técnicas e instrumentos por utilizar en el proceso de investigación serán complementarias entre sí, a fin de evitar duplicidades e información que podrá repercutir en que el usuario perciba no ser escuchado.
- En su estructura y formato, los instrumentos han de facilitar un registro claro y preciso de la información sustancial.
- Los hechos sociales implican una movilidad constante, de ahí que las técnicas e instrumentos deben ser revisados periódicamente a fin de verificar su funcionalidad.
- Considerar aspectos del contexto dado por la dualidad espacio-tiempo y la relación indirecta que tiene el sujeto con otras personas.

En resumen, la investigación debe considerarse un método recursivo, ya que su estructura permite adquirir nuevos conocimientos y fortalecer su intervención en acciones concretas. Estas acciones derivan de métodos científicos, aplicando tanto enfoques cuantitativos o experimentales como cualitativos. La investigación cualitativa se vincula a procesos de comprensión, interpretación e intervención en la realidad social, lo que permite romper con las dinámicas de imposición de paradigmas científicos anteriores, asumiendo que ambos enfoques son inseparables.

5.1.2 Entrevista

Es una de las principales técnicas al servicio de la investigación social, en la actualidad existen diferentes aportes teóricos en

relación con su conceptualización. Por ejemplo: Martín Aranaga (2018), refiere que la entrevista es la técnica más utilizada en el Trabajo Social Individualizado. Su objetivo es obtener y proporcionar información, evaluar si la demanda se ajusta al recurso y recopilar datos para la evaluación. Para Rossell & Rodríguez (2017), la entrevista es una técnica que convierte contenidos teóricos en herramientas prácticas. Se utiliza para estudiar las situaciones del usuario y para planificar intervenciones posteriores. Como proceso cada entrevista tiene diferentes fases y puede ser parte de un seguimiento continuo.

Sin embargo, Aguilera (2005), menciona que la entrevista en el ámbito del trabajo social es una herramienta de interacción interpersonal que facilita la comprensión de una situación compartida entre las partes. A través de este proceso, se identifica y define un problema que necesita ser abordado y transformado, permitiendo así avanzar en un proceso de intervención que conduzca a la solución deseada.

En el trabajo social individualizado, la importancia radica en la interrelación con el usuario e intercambio información, lo que se convierte en un elemento fundamental para garantizar un cambio en la situación problemática del caso (Fernández 2012). En otras palabras, la entrevista se desarrolla en varias fases, cada una adaptada a las características y particularidades de los participantes, es un recurso técnico eficaz para alcanzar los objetivos profesionales. Tomando en cuenta los siguientes elementos:

- Entrevistador: Quien dirige y conduce las entrevistas, permitiendo relacionarse con el entrevistado y plantear una serie de acciones alrededor del motivo de la entrevista.
- Entrevistado: Quien solicita un servicio, proporciona la información requerida durante la entrevista, en relación con la demanda solicitada.

Para Cáceres C, Oblitas B, & Parra P (2001) y Egan (1991) es importante considerar tres momentos de la entrevista:

- *Apertura:* Al inicio de la entrevista, el entrevistador debe establecer una buena relación con el entrevistado para asegurar un desarrollo adecuado. Es importante saludar cordialmente y llamar al entrevistado por su nombre, fomentando así un ambiente de cercanía y confianza.
- *Desarrollo:* Incorpora la fase constructiva en las perspectivas de recopilación de información. Es en este punto donde se obtienen los “hechos”. En esta fase, es importante que las preguntas sean claras, sencillas, motivadoras y no invasivas, para evitar conductas defensivas en el entrevistado.
- *Cierre:* La entrevista debe concluir con una sensación de satisfacción tanto para el entrevistado como para el entrevistador. Es recomendable evaluar el proceso de la entrevista antes, durante y después de nuestra participación.

Fernández (2012) menciona que durante el desarrollo de la entrevista deben tomarse en consideración los siguientes requerimientos:

- Definir claramente el objetivo de la entrevista.
- Asegurarse de que el espacio esté en condiciones adecuadas.
- Controlar el tiempo establecido para la entrevista.
- Fomentar un ambiente propicio para el intercambio de información.
- Ser cuidadoso con el saludo y la presentación inicial.
- Utilizar un tono de voz cordial, educado y respetuoso.
- Permitir que el usuario tome la iniciativa para explicar su situación.
- Seleccionar los instrumentos adecuados según el objetivo y tipo de entrevista.
- Evitar emitir juicios o valoraciones que puedan hacer sentir al usuario.
- El entrevistador debe mostrarse seguro, hablando despacio, claro y sin vacilaciones.
- Crear un clima agradable, cálido, cordial y empático.
- Preguntar sobre las expectativas del usuario.
- Sintetizar y concluir la entrevista de manera adecuada.

Modalidad de la entrevista de acuerdo con Cáceres, et al., (2001), pueden ser:

- *Estructurada*: Se apoya con la aplicación de un instrumento previamente diseñado, donde las preguntas siguen un orden y las respuestas pueden registrarse de forma textual o codificada.
- *No estructurada*: Se realiza a través de preguntas abiertas dejando libertad en las repuestas, tanto el entrevistador como al entrevistado, este tipo de entrevista puede tomar dos formas
 - ✓ En respuesta a la demanda del entrevistado, se elabora una lista de temas que deben ser investigados durante la entrevista. Este proceso requiere habilidades y experiencia por parte del entrevistador.
 - ✓ Entrevista no dirigida: El entrevistador actúa como “facilitador”, provocando los climas necesarios para que el entrevistado se exprese con libertad.

Tipos de entrevistas:

- *Directa*: El entrevistador realizado la entrevista directamente con el entrevistado.
- *Indirecta*: El entrevistador realizado la entrevista a familiares del entrevistado.

Finalidad de la entrevista:

- *Información*: Facilita la comprensión de diversas características y condiciones del entrevistado, así como de sus opiniones, creencias, comportamientos y sentimientos ante ciertos hechos o situaciones. Este tipo de entrevista considera las siguientes modalidades:
 - ✓ *Entrevista estructurada*: Se realiza mediante un cuestionario cuando ya se tiene información previa sobre el tema en cuestión;
 - ✓ *Entrevista focal (no estructurada)*: En relación con el objeto de estudio, se elabora un listado de temas que deben ser investigados durante la entrevista. Esto permitirá formarse una idea sobre algún problema o situación de un grupo de personas del lugar;

- ✓ *Entrevista no dirigida*: El entrevistador actúa como facilitador, proporciona al entrevistado un ambiente que le permita expresarse con mayor libertad en relación con su demanda (Cáceres, et al., 2001).
- *Asesoramiento*: El entrevistador ofrece orientación, asesoramiento y conocimientos especializados al entrevistado, con el objetivo de ayudarles a tomar decisiones informadas y estratégicas. Evalúa la situación, proporciona análisis detallados y presenta diversas opciones y recomendaciones para guiar al entrevistado hacia la mejor decisión posible (significados web, s.f.).
- *Orientación*: Se elabora un diagnóstico social inmediato basado en la situación expresada por el entrevistado, desarrollando relaciones interpersonales al máximo. Esto proporciona información para tomar decisiones prudentes que apoyen al entrevistado en realizar cambios importantes según sus propios pensamientos y deseos. Este tipo de entrevista es común en el trabajo social, ya que cumple con casi todos los objetivos de la entrevista: facilita la comunicación, influye en ciertos comportamientos, tiene un efecto terapéutico y permite obtener información para un plan de acción específico sobre la situación tratada (Cáceres, et al., 2001).

Para Egan (1991), la orientación comprende tres etapas:

- ✓ *Autoexploración*: El entrevistador escucha al entrevistado y luego le ayuda a explorar su situación, sentimientos y conductas que manifiesta alrededor de ella.
- ✓ *Autoentendimiento*: El entrevistador guía al entrevistado para que reconozca e integre los aspectos que influyen en su situación problemática.
- ✓ *Acción*: El entrevistador motiva al entrevistado a actuar y definir un curso de acción acorde a su realidad
- *Evaluación*: Esta modalidad de entrevista se emplea para obtener una comprensión más profunda de la situación del entrevistado y evaluar tanto sus necesidades como sus fortalezas. Durante su desarrollo, el entrevistador puede utilizar diversas herramientas de evaluación, como

cuestionarios, para recopilar información más precisa. Además, se puede explorar la red de apoyo del entrevistado y establecer metas y objetivos para su intervención. (Federación Española de Asociaciones de Enólogos, 2023).

- *Seguimiento*: Este tipo de entrevista se realiza después de un periodo de intervención o tratamiento. Su objetivo es analizar el avance del entrevistado y comprobar si se han cumplido las metas establecidas. En esta entrevista, es posible revisar los cambios en la vida del entrevistado, evaluar la eficacia de las intervenciones y ajustar el plan de acción según sea necesario (Federación Española de Asociaciones de Enólogos, 2023).

Este tipo de entrevista se enfoca en las habilidades y recursos del entrevistado para abordar y resolver la situación o necesidad que enfrenta. El entrevistador no debe suplantarlo en la toma de decisiones, sino intentar identificar las potencialidades existentes, aunque esto signifique alargar el proceso de orientación.

5.1.3 Observación

Los referentes teóricos en relación con la observación proponen dos tipos: *Natural*: es el método habitual que utilizamos los seres humanos para acercarnos a la realidad. Es un mecanismo innato que nos permite contemplar el mundo, conocerlo, interpretarlo y aprender a desenvolvemos en él. Por lo tanto, la observación es una instancia privilegiada para el aprendizaje, aunque muchas veces no seamos plenamente conscientes de ello. *Metódica*: En las ciencias sociales, la observación es un procedimiento intencionado con un propósito predeterminado y una metodología específica para recolectar información sobre un fenómeno de interés. Esta observación metódica o sistemática es una base del conocimiento científico. en las ciencias sociales tiene características particulares que la distinguen de una observación natural.

En el campo del trabajo social, existen diversos aportes teóricos relacionados a la observación como técnica de investigación social. Por ejemplo:

Imagen 4. Conceptos de observación:

Autor	Descripción
Ander-Egg (2007).	La observación: Se considera un procedimiento fundamental para la recolección de datos. Consiste en que el investigador utilice sus propios sentidos para examinar hechos, sucesos, procesos y realidades sociales presentes, así como a las personas en el contexto real donde desarrollan sus actividades cotidianas.
Ruiz Bueno (2015)	La observación: Es una técnica que implica examinar fenómenos, hechos o eventos para recopilar y registrar información, la cual será analizada posteriormente. Este método es fundamental en cualquier proceso de investigación o adquisición de conocimientos, ya que permite al investigador obtener la mayor cantidad de datos posible.
Fernández García & Ponce de León (2019)	La observación: Es una técnica que permite obtener información sobre un caso, generalmente realizada en el contexto natural donde ocurren los problemas. El trabajador social recopila información, registra y analiza los datos, extrayendo conclusiones. Es una técnica imprescindible en la atención individualizada.

Fuente: Elaboración propia

Objetivo de la observación

La observación, como técnica en la atención individualizada, permite encontrar sentido de manera sistemática y planificada a la información obtenida de forma precisa y confiable, a través de la utilización de diversas técnicas y herramientas, como la observación participante, la observación no participante, la observación estructurada y la observación no estructurada. Este proceso riguroso de investigación se lleva a cabo mediante el uso de instrumentos específicos o impresiones profesionales. Por lo tanto, el profesional de trabajo social debe examinar, registrar, analizar y elaborar conclusiones que le permitan describir

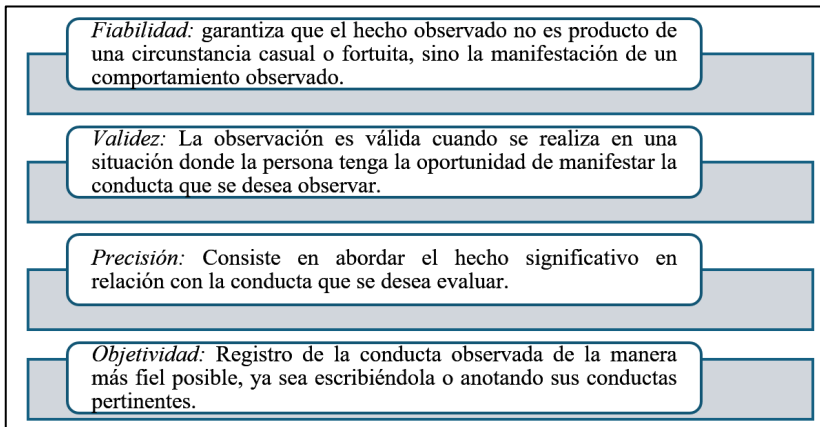
situaciones y constatar hipótesis (Cortez Quezada & Salcedo, 2012; Sanz, 2022). Tomando en consideración los siguientes elementos:

Principios básicos de la observación:

- Determinar con claridad el objetivo específico.
- Debe ser planificada y sistematizada cuidadosamente.
- Llevarse un control por escrito cuidadosamente de la misma.
- Especificar la duración y frecuencia.

Imagen 10.

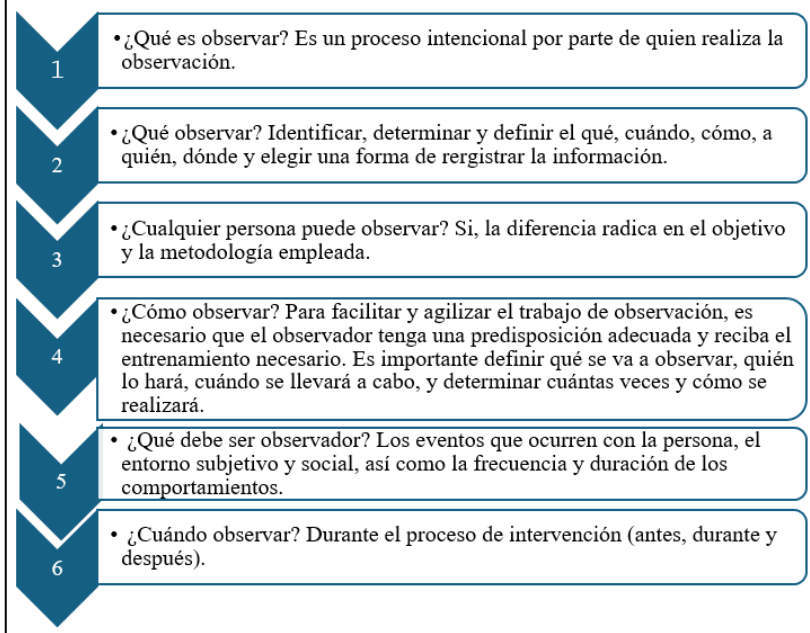
Crterios de calidad de la observación como herramienta científica



Fuente: Elaboración propia con base (Fernández, 2012).

Imagen 11.

Preguntas básicas para la aplicación de la observación como herramienta



Fuente: Elaboración propia con base en (Anguera, 1997; Postic, 1992 en Flores & Santacruz, 2012).

Según Díaz Sanjuán (2011), la formulación de preguntas es importante en la planeación para la aplicación de la observación. Esto se debe a que permite establecer los pasos clave en el proceso de intervención. Permitiendo así, de una:

- Observar minuciosa y críticamente.
- Registrar los datos observados.
- Analizar e interpretar los datos.
- Elaborar conclusiones.
- Elaborar el informe de observación.

Escenarios de la observación

La observación puede realizarse de dos maneras: *En el medio natural*. Esta observación se lleva a cabo en un contexto o ambiente natural y habitual para las personas observadas. *En el medio artificial*. En este caso, se intentan replicar situaciones

naturales de manera controlada, alejadas de las personas y su entorno natural.

Tabla 5.

Planeación: Aplicación de la herramienta de observación

Primera fase	Segunda fase
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el objetivo de la investigación. • Tener claro los objetivos del objeto de estudio. • Mostrar las categorías y variables del objeto de estudio. • Elegir con exactitud los indicadores a observar. • Diseñar el contenido de la guía de observación. • Determinar el diseño del instrumento de acuerdo con el tipo de investigación (cualitativo o cuantitativo). 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los contextos para llevar la observación. • Organizar la temporalidad de la observación. • Determinar los espacios concretos para los registros. • Diseñar símbolos específicos de las acciones. • Contar con formatos de registro. • Reflexionar la actitud, vestuario y postura de su personalidad para el desarrollo de la observación.

Fuente: (Curbelo Hernández & Yusta Tirado, 2022).

Durante la intervención profesional se pueden utilizar dos enfoques: La *observación cualitativa* se centra en la descripción detallada de un grupo o situación específica, prestando especial atención a las circunstancias de la realidad social que no son fácilmente deducibles, como la emocionalidad y la espiritualidad. Por otro lado, la *observación cuantitativa* implica el registro y recuento de conductas, midiendo aspectos materiales a través del diseño de diversas categorías de observación. Sin embargo, la aplicación de estos enfoques en los campos de intervención puede presentar tanto ventajas como desafíos, como a continuación se presentan:

Tabla 6.
Ventajas y desventajas de la observación

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Los hechos se observan de forma natural. • Permite el registro de los hechos de forma exacta y su registro permite lograr una mayor espontaneidad. • Identifica elementos clave desde una perspectiva particular al evaluar categorías e indicadores. • Se obtiene información del comportamiento tal y como ocurre. • Los fenómenos pueden ser observados en su totalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de dominio de las categorías e indicadores a observar. • Existen variables que son difíciles de observar, lo cual puede generar confusión. • Se pueden cometer errores de juicio al no vincular adecuadamente las categorías de indicadores con la realidad. • No es posible generalizar los resultados de la observación. • Existe el riesgo de que la observación se vea sesgada, cuando se realizan observaciones parciales.

Fuente: Elaboración propia en base (Campos y Lule, 2012 en Curbelo y Yusta, 2022).

Durante la aplicación de la observación, pueden surgir dificultades en dos vertientes: las que provienen del observador y las que provienen de la situación observada. Las dificultades que enfrenta el observador abarcan tanto características personales y perceptivas como el conocimiento previo de la situación y el nivel de entrenamiento o preparación. Por otro lado, las dificultades de la situación observada pueden incluir la alteración natural de la conducta de la persona al sentirse observada y las variables a observar, ya que algunas son más fáciles de observar que otras (Flores Santacruz & García, 2012).

Modalidades de la observación

Directa: El profesional se pone en contacto personalmente con el hecho o fenómeno físicamente en el lugar de investigación, recolecta la información en tiempo real y registra de inmediato sus observaciones, con el objetivo de evitar cualquier distorsión o pérdida de datos.

Indirecta: El profesional se basa en fuentes secundarias de información para registrar datos. Estas fuentes pueden incluir

escritos, grabaciones, fotografías y otros medios que documentan eventos o fenómenos observados. Este tipo de observación es útil cuando la presencia física en el lugar de investigación es imposible o cuando se busca obtener información retrospectiva sobre acontecimientos pasados.

Estructurada: El profesional define previamente las categorías y variables a observar, así como la metodología a seguir. Este enfoque metodológico guía el registro y es crucial para obtener datos cuantitativos y cualitativos comprobables, ya que permite estandarizar la captura de la información.

No estructurada: El profesional no define categorías ni variables específicas para observar. En lugar de seguir un plan rígido, observa y registra de manera libre y global todo lo que ocurre a su alrededor. Este enfoque permite captar la riqueza y complejidad de los fenómenos estudiados, proporcionando una visión detallada y cualitativa de la realidad. Cada observación se convierte en una pieza valiosa de información que, al ser recopilada sin restricciones, ofrece una comprensión más profunda y holística de las situaciones y contextos sociales.

Participante: El profesional participa activamente en la situación o contexto que desea investigar, puede recopilar información rica y detallada sobre los comportamientos, actitudes y percepciones.

No participante: El profesional actúa como observador externo, sin interactuar ni involucrarse directamente con los usuarios observados, siendo su propósito la búsqueda de una visión objetiva de los sucesos o fenómenos estudiados, sin que la presencia del investigador influya en ellos.

Individual: El profesional realiza la observación a una sola persona, ya sea como parte de una investigación individual o porque se le ha asignado una parte específica de la observación dentro de un grupo.

Grupal: El profesional lleva a cabo la observación con varias personas que integran un equipo o grupo de trabajo en una

investigación común. Esta observación puede realizarse de diversas maneras.

De campo: Es el recurso principal de la observación descriptiva; el profesional debe realizar la observación en el lugar donde ocurren los hechos o fenómenos a investigar (donde cada individuo observa una parte o aspecto de todo; todos observan lo mismo para posteriormente cotejar datos; todos asisten, pero algunos desarrollan otras tareas o aplican otras técnicas.

De Laboratorio: El profesional puede realizar la observación en lugares específicos, como museos, archivos, bibliotecas y, por supuesto, en laboratorios. También puede realizarla en grupos humanos previamente seleccionados para observar sus comportamientos y actitudes (Miñan, 2024; Díaz, 2011).

La observación permite obtener información sobre un caso que, generalmente, se realiza en el contexto natural donde ocurren los problemas. El profesional debe considerar en su intervención las tipologías de validez de la observación, como técnica imprescindible en la atención individualizada, (TiposDE, s.f.). Siendo estas:

Sistemática: Este tipo de observación se caracteriza por su planificación, orden y rigor. En este contexto, el profesional define con precisión las técnicas e instrumentos a utilizar, asegurando la validez y confiabilidad de los datos recolectados. Esta observación es esencial para garantizar la calidad de la investigación y obtener hallazgos válidos y confiables.

No sistemática: Se caracteriza por la ausencia de un plan o estructura claramente definida. El profesional recopila información de manera informal y espontánea, sin seguir un protocolo establecido. Este tipo de observación es útil en investigaciones exploratorias o cuando se indagaran aspectos inesperados o imprevistos de los acontecimientos estudiados.

En cubierta: El profesional mantiene su identidad y propósito de estudio en secreto para evitar influir en el comportamiento de los

usuarios observados. Esta técnica es útil en situaciones donde obtener información veraz sería complicado si los usuarios supieran que están siendo observados. Sin embargo, es importante señalar que la observación encubierta puede presentar dilemas éticos y debe ser empleada con precaución.

No encubierta: El profesional revela su identidad y el propósito del estudio a los usuarios observados. Esta técnica le permite recabar información de forma más transparente y ética, debido a que los usuarios están conscientes de que están siendo observados y pueden dar su consentimiento para participar en el estudio

Otro aspecto que considerar durante el desarrollo de la observación es la comunicación. Según Frías Azcárate (2000), la comunicación radica fundamentalmente en la transmisión de un mensaje de una persona o grupo a otro, lo que demanda la voluntad de interacción entre ambas partes. Es decir, es un proceso de influencia mutua y recíproca a través del intercambio de pensamientos, sentimientos y reacciones que se establece entre los comunicantes, incluyendo una serie de elementos básicos para su desarrollo. Así pues, la comunicación permite expresar ideas, opiniones, sentimientos y emociones; para lograr una comunicación efectiva, debe haber un intercambio mutuo entre los participantes.

Por esta razón, el profesional debe comprender el papel central que tiene la comunicación con el entrevistado durante la aplicación de la técnica de observación, pero especialmente durante todo el proceso de intervención, ya que deberá intercambiar información relativa a hechos, sentimientos, ideas, opiniones y emociones.

Tipologías de la comunicación

Comunicación verbal: Facilita la interacción, por lo que el profesional debe ser cuidadoso con lo que dice, cómo lo dice y el tono de voz que utiliza. Es importante evitar expresiones inapropiadas, comentarios despectivos, interrupciones y no permitir el diálogo o la expresión de ideas. Las expresiones deben

ser positivas, asertivas, congruentes y coherentes en el discurso. Estos elementos son fundamentales para lograr la transformación de la realidad social del usuario (Flores, 2012).

Comunicación no verbal o analógica

Durante la aplicación de la técnica de observación, este tipo de comunicación es fundamental, ya que permite verificar la correlación y coherencia entre lo verbal y lo no verbal. Es muy común que el entrevistado acuda con el profesional por alguna problemática. En estos casos, el profesional debe escuchar atentamente los mensajes verbales del entrevistado y contrastarlos con la observación de la comunicación analógica. Este tipo de comunicación es espontánea y casi inconsciente, ya que va más allá de la palabra escrita o hablada (Fernández García & Ponce de León Romero, 2021).

Tabla 7.
Comportamientos corporales del observador en el usuario

Comportamientos	Significado de la reacción
Mirada fija y directa a los ojos al entrevistador Acercarse Brazos extendidos y manos que gesticulan Piernas en una postura relajada y orientadas hacia la otra persona	Interés y apertura hacia la relación Concentración, confianza Motivación hacia la comunicación Muestra interés
Pellizcarse o tocarse alguna parte de la cara (frente, pelo, cejas, oreja, labios, rascarse el cuello) Encogerse de hombros Morderse las uñas	Dudas Inseguridad Nerviosismo Incertidumbre No escuchar lo negativo
Tocarse la nariz mientras se habla Flotar un ojo mientras se está hablando Evitar la mirada o mirar hacia abajo	Se está mintiendo Engaño
Taparse la boca	Mentira Evaluación
Apretar los labios	Hostilidad
Ojos llorosos y húmedos	Tristeza Emoción Felicidad

Mover la mirada constantemente Movimientos repetitivos Taconeo Postura rígida Manos húmedas Torcer y enlazar las manos, abrir y cerrar los puños Respiración forzada Sudor	Tensión y ansiedad
Apoyar la cabeza sobre las manos Apoyar la mano en la barbilla Abrir la boca, pero sin hablar	Aburrimiento Falta de interés por cansancio
Aferrarse a un objeto y cogerlo con fuerza Temblequeo Brazos rígidos	Ansiedad y colera
Sentarse detrás de un objeto Cruzar la pierna Cruzar los brazos	Preocupación Tema impactante con carga emotiva
Dilatación de pupilas	Gran interés
Mirada elevada y arqueado de cejas	La persona estará pensando interiormente Se plantea alguna duda-
Acariciarse el mentón Cogerse la barbilla	Aceptación positiva, toma de decisiones.
Cejas medio levantadas	Sorpresa
Cejas medio fruncidas	Confusión
Cejas completamente fruncidas	Enfado
Cejas completamente levantadas	Incredulidad
Recogiendo pelusilla imaginaria	No está de acuerdo y no es capaz de expresar su opinión
Torcer y entrelazar las manos, abrir y cerrar los puños	Ansiedad
Entrelazar los dedos	Autoridad
Palma de la mano abierta y hacia arriba	Sinceridad, buenas intenciones.
Jugar con un bolígrafo, anillo o cualquier otro objeto	Distracción, nerviosismo
Pegar levemente los dedos contra una mesa o reposabrazos de la silla	Impaciencia
Tener los brazos cruzados a la altura del pecho Cruce de tobillos	Actitud negativa o defensiva
Sujetar algo contra el pecho (Chaqueta, bolso, portafolios)	Miedo a los retos
Asentir con la cabeza mientras habla el entrevistador	Interés, escucha activa
Mirada huidiza o esquivada al entrevistador	Timidez, dificultad para integrarse, sin iniciativa
Bajar la mirada	Incredulidad
Mirar por encima de las gafas al reclutado	Desconfianza

Mirar con los ojos entreabierto	Desaprobar o no estar de acuerdo.
Mirar el reloj o frotarse las manos	Impaciencia
Manos en la cadera “ponerse en jarras”	Actitud de alerta y agresión
Manos con dedos entrelazados	Frustración y disimulo de una actitud negativa
Manos formando un arco ojival	Actitud de seguridad
Sonrisa amplia y sincera	Imagen positiva
Balancear tu cuerpo	Tensión, dudas
Moverse continuamente en el asiento	Nerviosismo, ansiedad e inseguridad
Balancear un pie mientras tenemos las piernas cruzadas	Aburrimiento, desidia
Piernas torcidas, con las puntas de los pies juntas y talones separados	Nerviosismo, tensión
Postura excesivamente cómoda	Arrogancia
Postura relajada	Comodidad Nasa que ocultar
Mantener una postura erguida y natural al estar sentados	Confianza, seguridad y sinceridad
Sentarse al borde de la silla	Indecisión, impaciencia, inseguridad.
Sentarse repantigado	Falta de respeto.
Inclinación hacia delante	Atención o interés
Mantener una distancia óptima con el entrevistador (al menos 1 metro)	Educación y respeto
Caminar erguido	Confianza y seguridad en sí mismo
Imitación de gestos	Significa acuerdo con las ideas y actitudes del otro

Fuente: elaboración propia en base (Fernández 2012; Flores, 2012; Candel, 2012).

Por último, es importante el registro la información recogida a través de la técnica de observación. Esto permite detectar y asimilar la información, así como determinar hechos o conductas de individuos, situaciones, lugares y familiares, utilizando algunos de estos instrumentos: Diario de campo, cuaderno de notas, ficha de observación, guía de entrevista, cuestionario, notas de campo, pruebas fotográficas, grabaciones en video, grabaciones en audio, elaboración de mapas, entre otros.

5.1.4 Visita domiciliaria

A continuación, se presentan algunas definiciones sobre el concepto de la visita domiciliaria. Campanni y Luppi (1996) en Tonon, (2005), la visita domiciliaria es una herramienta comúnmente utilizada en ciertos servicios sociales. Generalmente, se define como una entrevista realizada en el hogar

del usuario, con el objetivo de comprender el diagnóstico social y de investigar y observar el entorno sociofamiliar del usuario.

Para Tonon (2005) La visita domiciliaria es una técnica de intervención que combina la observación y la entrevista para facilitar la interacción y el diálogo. Esta técnica permite definir el lugar y el contexto en el que vive el usuario y desarrolla su vida cotidiana. A través de un proceso de comunicación verbal y no verbal, se persigue un objetivo específico (asesoramiento, seguimiento, orientación...) y se concluye con una actuación profesional.

Así pues, la visita domiciliaria, como técnica o herramienta, permite al profesional recopilar datos cualitativos y cuantitativos a través de la interacción directa con el sujeto. Esta metodología facilita el conocimiento de la realidad social, económica, familiar, laboral y otras condiciones del sujeto y su familia. Además, permite identificar de manera directa los espacios y dinámicas de las organizaciones familiares (Volkers Gaussmann, García Pastrana, & Zúñiga Hernández, 2010).

Objetivo de la visita domiciliaria

La visita domiciliaria en el ámbito de la salud tiene como propósito comprender la realidad socioeconómica, ambiental y cultural, complementar el diagnóstico, fomentar la participación de la familia y llevar a cabo intervenciones sociales orientadas a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud (Chamorro Montes, 2016).

Retomando nuevamente los aportes de Volkers, et al., (2010) y Chamorro (2016), la estrategia metodológica para el desarrollo de la visita domiciliaria surge a partir de la necesidad de valorar e interpretar socialmente a un sujeto o institución. Para ello, es necesario considerar ciertos etapas y lineamientos, como a continuación se describen:

- *Programación:*
 - ✓ Evaluación de los recursos disponibles por parte de la institución.
 - ✓ Identificar la problemática y necesidad social a investigar.
 - ✓ Tomar en consideración los objetivos institucionales.
 - ✓ Seleccionar las técnicas e instrumentos a utilizar en el desarrollo de la entrevista aplicada en visita domiciliaria.
- *Planificación:*
 - ✓ Obtener el domicilio y número telefónico del sujeto, a través de la revisión del expediente clínico, para identificar las vías de acceso de traslado.
 - ✓ Gestionar los trámites administrativos necesarios para programar y autorizar la visita domiciliaria por parte de las autoridades institucionales, estableciendo fecha y hora con el fin de prevenir y cubrir posibles percances relacionados con la integridad física.
 - ✓ Acudir con el uniforme institucional e identificación oficial vigente.
 - ✓ Llevar el equipo y material que facilite la captura de la información.
 - ✓ Aspectos éticos y uso de consentimiento informado.
 - ✓ Acudir con algún acompañante de la misma institución.
- *Ejecución:*

El profesional se traslada al contexto e ingresa a la comunidad, barrio, colonia, pueblo e inicia con la técnica de observación:

 - ✓ *Contexto:* Al analizar las condiciones demográficas, los tipos de vivienda predominantes, la fauna nociva, las expresiones culturales, la religión predominante, las bandas, la seguridad pública, la protección civil, las fuentes de empleo y la infraestructura.
 - ✓ *Exterior de la vivienda:* aspectos estructurales tales como el estado de mantenimiento, el color, la pintura, los materiales de construcción, la presencia de imágenes religiosas, grafitis y la limpieza.

- ✓ *Interior de la vivienda:* Siempre y cuando se autorice el ingreso, se podrá observar la distribución de los espacios, las condiciones de los acabados, la higiene, los adornos y otros recursos estructurales con los que cuenta la familia. Otros elementos por considerar son:
- Saludos iniciales y presentación.
 - Solicitar permiso para ingresar a la vivienda.
 - Identificar lugares seguros dentro de la vivienda.
 - Cuidar las expresiones no verbales de desagrado, inconformidad o desacuerdo.
 - Explicar el objetivo de la entrevista.
 - Aplicación de las técnicas e instrumentos seleccionados.
 - Escuchar las opiniones del entrevistado o entrevistados durante la entrevista.
 - Identificar el lenguaje corporal del entrevistado o entrevistados.
 - No programar entrevistas en horarios de comida.
 - No recibir obsequios.
 - Realizar un recorrido de la vivienda previa autorización de entrevistado.

Cierre:

- El profesional adopta un enfoque diferente para avanzar en esta etapa. Puede comenzar agradeciendo por el tiempo brindado, presentar las tareas pendientes, establecer fechas si se requiere de algún trámite institucional, tomar acuerdo y despedida.

Análisis y reporte:

- Es crucial elaborar de inmediato el reporte de la entrevista realizada durante la visita domiciliaria, ya que la información aún está fresca en la memoria. Se debe comenzar con una síntesis cronológica de los hallazgos obtenidos, seguida de la elaboración del diagnóstico y el plan sociales, que requiere una intervención integral basada en los resultados obtenidos por el profesional. El análisis implica organizar la información recopilada durante las

entrevistas, dándole la coherencia y estructura necesarias para que sea útil, veraz, oportuna y precisa en relación con los objetivos planteados. Además, la redacción debe contener un lenguaje científico y técnico comprensible para otros profesionales

En conclusión, la visita domiciliaria facilita al profesional la complementación de la evaluación del caso, aprovechando la información recabada en el entorno natural del sujeto o en su residencia habitual.

5.2 Técnicas de diagnóstico

Son técnicas gráficas que se utilizan generalmente de acuerdo con el objetivo de la intervención, ya sea para llevar a cabo la valoración inicial del caso o el diagnóstico. Estas técnicas resumen, ordenan, estructuran y presentan los datos recolectados de manera clara, sencilla y útil. Los datos recogidos por el profesional en la primera etapa del método facilitan el acceso y el análisis de la información de forma rápida y eficaz.

A continuación, se presentan algunas de estas técnicas, retomando los aportes de Suárez Cuba y Alcalá Espinoza (2014), Vera Olvera (2018) y Fernández y Ponce de León (2012).

5.2.1 Apgar familiar (Anexo 1)

Las siglas APGAR se deriva de los cinco componentes de la función familiar, siendo los siguientes: *Adaptabilidad* Se define como la capacidad de la familia para utilizar recursos tanto internos como externos con el fin de resolver problemas cuando el equilibrio familiar se ve amenazado por un factor de estrés durante un periodo de crisis. *Participación*: Implica la participación en la toma de decisiones y responsabilidades compartidas, lo cual determina el grado de influencia de los miembros de la familia. *Desarrollo*: Se refiere a la oportunidad de maduración emocional y física de los miembros de la familia, así como a su autorrealización, fomentada por el apoyo mutuo.

Afectividad: Describe la relación de amor y cuidado entre los miembros de la familia. *Capacidad Resolutiva*: Se trata del compromiso o determinación de los miembros de la familia para dedicar tiempo, espacio y recursos económicos al bienestar de los demás (Suarez Cuba & Alcalá Espinoza, 2014).

Este método es esencial para identificar posibles disfunciones dentro del núcleo familiar. Bajo los principios del trabajador social, que busca entender el proceso de salud-enfermedad en un contexto personal, familiar y social, siendo posible utilizar diversas estrategias para alcanzar la meta de mejorar la salud del sujeto desde un enfoque integral.

Dentro de estas estrategias, resulta crucial comprender la funcionalidad familiar, definida como la habilidad de la familia para interactuar armónicamente, fomentando una comunicación efectiva, respetando las individualidades de cada miembro y abordando los conflictos de manera constructiva (Vera Olvera, 2018). Considerado, aspectos como: violencia familiar, confusión de roles, dependencia excesiva, falta de comunicación y manipulación emocional.

Se debe marcar solo una casilla en cada pregunta, asignando un puntaje que va de 0 a 2 puntos, donde 0 representa ‘Casi nunca’, 1 indica ‘Algunas veces’, y 2 significa ‘Casi siempre’. Al realizar la sumatoria de los puntajes, el total puede variar de 0 a 20 puntos, lo cual nos indicará el nivel de disfuncionalidad del usuario en relación con su familia.

Compuesto por cinco ítems:

- Buena funcionalidad: 18 - 20
- Disfunción familiar leve: 14 - 17
- Disfunción familiar moderada: 10 - 13
- Disfunción familiar severa: menos de 9

5.2.2 Culturograma (Anexo 2)

La aplicación de esta técnica se inicia con el estudio y comprensión de la diversidad cultural, esta técnica ayuda a entender el significado y el impacto de la cultura sobre la vida de los miembros de la familia. Además, permite descubrir las posibilidades, potencialidades y sensibilidades culturales de los usuarios. Para Congress (1994) en Fernández, (2012), esta técnica está integrada por cuatro áreas con diez apartados para facilitar su estructuración, siendo las siguientes:

- Comunidad:
 - ✓ Tiempo de permanencia en la comunidad.
 - ✓ Situación de legalidad.
 - ✓ Motivos de traslado.
- Familia:
 - ✓ Hábitos saludables.
 - ✓ Lenguaje y comunicación en el hogar y en la comunidad.
 - ✓ Impacto de traumas o problemas familiares.
- Permeabilidad:
 - ✓ Racismo y signos de discriminación.
 - ✓ Contactos con instituciones culturales, religiosa y hábitos de apertura.
- Valores:
 - ✓ Educación y trabajo.
 - ✓ Familiares, poder, mitos y reglas.

5.2.3 Mapa de relaciones (Anexo 3)

Es una representación gráfica donde se representa las relaciones y la comunicación entre los integrantes de la familia. Su aplicación se basa en el diagnóstico de la situación familiar, pero además puede convertirse en un indicador específico de evaluación, porque permite analizar el antes, durante y después de la intervención familiar.

5.2.4 Cronograma o línea del tiempo (Anexo 4)

Técnica que consiste en una ilustración visual que organiza cronológicamente los sucesos más significativos en la vida de una persona. Se caracteriza por ofrecer un esquema resumido que destaca las cuestiones más críticas, identificando a los miembros de la familia afectados, las estrategias de resolución empleadas y los posibles efectos resultantes. Esta metodología se enmarca en los enfoques existencialistas y fenomenológico.

5.2.4 Diagrama de flujo (Anexo 5)

Técnica que facilita la visualización familiar de manera ágil, mediante el análisis de sus dinámicas: los hitos más significativos, las crisis superadas, los momentos clave experimentados y sus consecuencias. Dicha información es clave para comprender el estado que presenta el núcleo familiar, ya que ofrece una narrativa de su desarrollo histórico, lo cual es esencial para fundamentar las decisiones futuras.

5.2.5 Ecomapa (Anexo 6)

La técnica en cuestión constituye un método gráfico para la recolección de datos acerca del contexto social que rodea al núcleo esencial de la convivencia familiar. Dicha técnica se puede interpretar como un compendio esquemático que refleja los apoyos sociales disponibles para una familia. Forma parte del modelo ecológico, incluyendo tanto el exosistema como el microsistema.

5.2.6 Mapa de redes (Anexo 7)

Este diagrama muestra las interacciones y la comunicación entre los miembros de una familia. Su finalidad es facilitar el diagnóstico de la dinámica familiar. Además, actúa como un indicador concreto para la evaluación, permitiendo examinar los cambios y desarrollos que suceden antes, durante y después de implementar una intervención sistémica en el ámbito familiar,

proporciona datos específicos para cada individuo según una distribución concéntrica, bajo cinco círculos concéntricos: el primero representa relaciones intensas; el segundo, relaciones diarias; el tercero, relaciones frecuentes; el cuarto, relaciones esporádicas; y el quinto, escaso contacto.

5.2.7 Genograma (Anexo 8)

Presenta la posición que ocupa el sujeto dentro de su estructura de parentesco, explorando las distintas relaciones que se establecen entre sus miembros al momento de realizar la evaluación diagnóstica. Este enfoque facilita una visión anticipada y comprensible de los datos del caso, condensando en una sola imagen la información que normalmente ocuparía varias páginas del expediente. No existe un formato estandarizado para su elaboración.

5.3 Instrumentos

La intervención del profesional de trabajador social se desarrolla en diversas áreas y campos de acción profesional, caracterizada por las demandas y necesidades sociales, así como por las nuevas formas de exclusión que afectan a individuos y colectivos.

Estas condiciones exigen nuevas formas de intervención. Por lo tanto, el profesional de trabajo social necesita un conocimiento más preciso sobre los campos de acción y los diversos actores sociales, lo que le permitirá comprender, constituir y explicar en profundidad la realidad social tanto a nivel macro como micro, con el fin de tener un mayor entendimiento de la problemática en la que interviene.

Así pues, dicho profesional debe recurrir a la utilización de diversos instrumentos que le permitan realizar su intervención de forma eficaz y precisa. Estas herramientas permiten recopilar información que conlleva a la reflexión, análisis y sistematización, con la finalidad de generar estrategias de

intervención (Téllez Martínez y Bernal Campos, 2012). A continuación, se presentan algunos instrumentos:

5.3.1 Base de datos (anexo 9)

Instrumento que permite generar de manera sistemática una base de datos detallada sobre las características clínicas y sociodemográficas de los usuarios. Esta base de datos debe ser actualizada continuamente durante el ingreso, la permanencia y el alta de los usuarios en sus tratamientos médico-rehabilitatorio. Además, facilita el seguimiento y la evaluación del proceso de intervención social, permitiendo una gestión integral y personalizada de cada caso. Con esta herramienta, se optimiza la recopilación de información crucial para el desarrollo de planes de intervención más efectivos y adaptados a las necesidades específicas de cada sujeto.

5.3.2 Canalización de servicios sociales (Anexo 10)

Es un instrumento de vinculación interprofesional que facilita la canalización de un caso hacia el profesional adecuado, con el fin de atender la demanda social del sujeto que no puede ser satisfecha desde la propia institución (Fernández, 2012).

5.4.3 Carta de consentimiento informado (Anexo 11)

Documento escrito, firmado por el sujeto, padre, madre o tutor, donde autorizan al profesional de trabajo social, una vez recibida la información adecuada, la aplicación del estudio socioeconómico en la institución y posteriormente en su domicilio si así lo amerita la atención medica-rehabilitatoria solicitada (Silva y Brain, 2006).

5.3.4 Chat

Es una herramienta de comunicación en línea que permite al profesional de trabajo social realizar actividades conjuntas con otros especialistas durante la intervención con el usuario. Facilita

la discusión y el análisis colectivo de la participación del equipo multidisciplinario, asesora y verifica la información proporcionada por el usuario de forma más personalizada, rápida e instantánea (Flores Santacruz, 2012).

5.3.5 Correo electrónico

Método de comunicación que en la atención individualizada permite a los profesionales del trabajo social, establecer contacto e investigar o dar seguimiento de situaciones del sujeto con problemáticas específicas, permitiendo crear redes de apoyo institucionales (Flores, 2012).

5.3.6 Diario de campo (Anexo 12)

Instrumento que permite al profesional del trabajo social organizar el conocimiento. Su contenido debe ser elaborado después de la experiencia práctica de la intervención. En esta herramienta se presenta la situación real mediante el registro, narración y descripción de lo acontecido en la práctica cotidiana, en la interacción con los usuarios involucrados en el proceso. El propósito es que, posteriormente, su elaboración aporte elementos esenciales para el análisis e interpretación de la información recabada, con el fin de conformar estructuras explicativas que sistematicen la experiencia (Zamora, 2013) (Anexo 3 y 4).

5.4.7 Documentos oficiales

Son documentos esenciales para el ingreso del usuario a los centros de rehabilitación para personas con discapacidad, dado que permiten a los profesionales del equipo multidisciplinario constatar, verificar, confrontar o precisar algún dato que puede ser relevante, con relación a las causas del problema, en su tratamiento médico-rehabilitatorio y en la intervención de profesional. Siendo estos: actas de nacimiento, certificado médico, clave única de registro de población, INE credencial para votar, comprobante de domicilio y de ingresos, entre otros (Ortega, 2013).

5.3.8 Estudio socioeconómico (Anexo 13)

Herramienta esencial permite una intervención holística y evitando la necesidad de futuras reclasificaciones. Este estudio se realiza mediante una entrevista detallada, cuyo objetivo es evaluar la situación socioeconómica y familiar del sujeto. De esta manera, se asigna un nivel de clasificación adecuado que refleja las circunstancias actuales del usuario y su familia, así como su interacción con el entorno social (Silva Arciniega & Brain Calderón, 2006).

5.3.9 Expediente clínico

Documento oficial donde se deben registrar las actividades realizadas durante la intervención social profesional del trabajador social con el usuario, desde su ingreso hasta el cierre del caso.

5.3.10 Ficha social (anexo 14)

Instrumento utilizado por los trabajadores sociales para registra la información susceptible de ser ordenada, entresacada, almacenada y sistematizada. Es un documento breve básico inicial, donde se consideran elementos como: el perfil sociodemográfico, la situación sociofamiliar, los recursos disponibles y el entorno social. Además, se incluyen las acciones profesionales que son esenciales para el desarrollo de la intervención social. Esta ficha debe ser almacena en un fichero general ordenado alfabéticamente, lo que facilita la búsqueda rápida de los datos personales del usuario (Zúñiga Coronado, 2013).

5.3.11 Informe social (Anexo 15)

El informe actúa como una herramienta esencial para revelar la existencia y las características de una situación social específica. Mediante la evaluación y el dictamen, se pretende ofrecer una síntesis explicativa que aborde tanto la problemática como las

necesidades sociales identificadas. Esto permite al profesional del trabajo social tomar decisiones informadas para mejorar o diseñar procesos de intervención social de manera científica, siguiendo la estructura básica universalmente aceptada en la profesión. Los informes pueden abarcar ámbitos como el institucional, médico, servicios sociales, educación y recursos específicos (Rodríguez Otero, 2017)

5.3.12 Notas de seguimiento (Anexo 16)

Son registros que documentan todos los aspectos que se están ejecutando y cumpliendo (o no) de acuerdo con las estrategias de intervención establecidas para un período determinado por el usuario y el profesional. El seguimiento se refiere a las acciones programadas con el objetivo de evaluar los avances y abordar las fallas que puedan surgir durante la intervención.

5.3.13 Reporte de la entrevista aplicada en visita domiciliaria (Anexo 17)

Permite al profesional de trabajo social complementar la valoración del caso utilizando la información obtenida en el lugar de residencia. Una vez concluida la visita, se recomienda sistematizar la información y elaborar el informe inmediatamente, iniciando con la elaboración de una síntesis cronológica de los hechos, culminando en la formulación de un diagnóstico y un plan social (Fernández, 2012; Volkers, 2010).

Tabla 8.

Resumen del proceso metodológico de intervención individualizada

Método	Técnica	Instrumento
Investigación	<i>Técnicas de investigación</i> Entrevista, observación, visita domiciliaria, <i>Técnicas de diagnóstico:</i> Apgar familiar, Cronograma o línea del tiempo, Culturograma, Diagrama de flujo, Ecomapa, Genograma, Mapas de redes, Mapa de relaciones.	Estudio socioeconómico, Diario de campo, Informe social, canalización de servicios, Ficha social, Guía de entrevista, Documentos oficiales, Base de datos. Carta de consentimiento informado, Expediente del usuario, Reporte de la entrevista aplicada en visita domiciliaria.
Diagnostico social	Análisis, Interpretación, Síntesis	Reporte, Informe, expediente clínico.
Plan social	Programación, Capacitación, Recursos	Programa de trabajo, cronograma de actividades, cartas descriptivas.
Tratamiento	Capacitación, canalización, Control, Supervisión, Evaluación	Documentos de control, supervisión y criterios de evaluación de resultados Canalización de servicios, Chat, Correo electrónico, Notas de seguimiento.
Evaluación y cierre de caso	Verificación, Seguimiento, Relato	Notas de seguimiento Fichas de control Reporte de visita domiciliaria Base de datos

Fuente: Elaboración propia en base a (Ortega, 1996; Téllez y Bernal, 2012; Fernández, 2012).

En conclusión, la tabla presentada ilustra el esquema del proceso metodológico de la atención individualizada. Esto permite al profesional de trabajo social llevar a cabo intervenciones de manera planificada y adaptable a cada caso. La aplicación de técnicas e instrumentos depende tanto del objetivo de la demanda social del usuario como de los objetivos de la institución. De esta forma, se ordenan los componentes prácticos y se agrupan progresivamente los principios teóricos derivados del proceso,

convirtiéndose en una fuente fluida de conocimiento para la intervención.

Referencias

- Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial. *Principios fundamentales de la Educación de Necesidades especiales*. (2003). https://www.european-agency.org/sites/default/files/key-principles-in-special-needs-education_keyp-es.pdf
- Aguilar Idañez, M. J., & Ander-Egg, E. (2016). *Diagnóstico social*. Laripse.
- Aguilera, M. d. (2005). La entrevista. En G. Tonon, *Las técnicas de actuación profesional del trabajo social*. Espacio.
- Alfaro-Rojas, L. (2013). Psicología y discapacidad: un encuentro desde el paradigma social. *Revista Costarricense de psicología*, 32(2). file:///C:/Users/Diana/Downloads/Dialnet-PsicologiaYDiscapacidad-4836506%20(1).pdf
- Álvarez Carneros, P (2015, junio 2). La Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner. Portal Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/desarrollo/teoria-ecologica-bronfenbrenner>
- Ander-Egg, E. (2007). *Diccionario del trabajo social*. Gutenberg.
- Ander-Egg, E. (2015). *Léxico de trabajo social*. Laripse.
- Andréu Abela, J., Ortega Ruíz, J. F., & Pérez Corbacho, A. M. (s.f.). Sociología de la discapacidad. *Revista del ministro de Trabajo y Asuntos Sociales*. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART6331/sociologia_discapacidad.pdf
- AQUAE FUNDACIÓN. (12 de abril de 2021). *No hay ODS sin inclusión*. <https://www.fundacionaquae.org/personas-discapacidad-ods/>
- Apgar familiar. (s.f.). <https://image3.slideserve.com/7042984/apgar-familiar1-1.jpg>
- Ávila Cedillo, G. J. (marzo de 2021). *Diagnóstico social en trabajo social*. Margen (100).

<https://www.margen.org/suscri/margen100/Avila-100.pdf>

- Barnes, C. (1998). Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental. En: L. Barton, comp. *Discapacidad y sociedad*.
- Blázquez Bonilla, E. (2017). La asistencia social en México. Una mirada desde el SNDIF. *Ánfora*, 24(43). doi: <https://doi.org/10.30854/anf.v24.n43.2017.363>
- Bonilla, J. M. (30 de noviembre de 2019). Los Paradigmas y modelos sobre la discapacidad: evolución. *Instituto de Investigación y Evaluación Educativas y Sociales*. doi: <http://dx.doi.org/10.5377>
- Cáceres C, L., Oblitas B, B., & Parra P, L. (2001). *La entrevista en trabajo social*. Espacio.
- Camacho González Lizbeth (1998). Modelo de Intervención Individualizada. Guía para su Construcción. UNAM-ENTS.
- Cámara de Diputados. (2015). Capítulo I: Concepto de discapacidad. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/13/6268/4.pdf>
- Camarillo Martínez, F. E. (marzo de 2024). Intervención en Trabajo Social. Una guía introductoria desde la experiencia vivida como estudiante. doi:10.22201/ents.20075987p.2021.29-30.86737
- Candel, V. (28 de septiembre de 2012). *El significado de 35 gestos corporales durante una entrevista laboral*. <https://victorcandel.com/2012/09/28/el-significado-de-35-gestos-corporales-durante-una-entrevista-laboral/>
- Capacidades sin límites. (s.f.). Rehabilitación e Inclusión. <https://teleton.org/discapacidad/>
- Castellanos, M. C. (1999). *Manual de Trabajo Social*. La Prensa Médica Mexicana, S. A. de C.V.
- Chamorro Montes, P. A. (11 de noviembre de 2016). Visita domiciliaria en trabajo social: un aporte para su aplicación. *Revista electrónica de trabajo social* (14). <https://www.fhyce.edu.py/wp-content/uploads/2020/08/visita-domiciliaria-en-trabajo-social.pdf>

- Chaná, P., & Albuquerque, D. (2006). La clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. *Rev. chil. neuropsiquiatr*, 44(2). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272006000200002>
- Clasificación Internacional del funcionamiento, la Discapacidad y Salud. (2001). Modelos de Discapacidad. <https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/435cif.pdf>
- Colegio de psicólogos. (s.f.). El modelo biopsicosocial en psicología: una visión integral. <https://colegiodepsicologosj.com.ar/modelo-biopsicosocial-en-psicologia/>
- Comisión de Derechos Humanos en México. (2012). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Mecanismo de Vigilancia. https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/3_Cartilla_Discapacidad.pdf
- Comunicado de Prensa Número 712/21. (01 de 12 de 2021). Censo de Población y Vivienda. Estadística a propósito del día internacional de las personas con discapacidad: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_PersDisca
- Cruz Cortes, B. (mayo-agosto de 2020). El mundo y los mundos de la discapacidad. *Revista de ciencias antropológicas*, 26(76). doi: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-84882019000200117
- Cruz Roja (s.f.). Tipos y grados de discapacidad. Recuperado de http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=418,12398047&_dad=portal30&_schema=PORTAL30
- Cuenca Gómez, P. (2012). Sobre la inclusión de la discapacidad: En la teoría de los Derechos Humanos. *Revista de Estudios Políticos (nueva época)* (158). Obtenido de <https://www.cepc.gob.es/sites/default/files/2021-12/36498patriciacuencagomezrep158.pdf>
- Curbelo Hernández, E. A., & Yusta Tirado, R. (2022). La observación y el diario de campo en el Trabajo Social: *Margen*

- (105). <https://www.margen.org/suscri/margen105/Curbelo-105.pdf>
p21.pdf
- Díaz Sanjuán, L. (2011). Textos de apoyo didáctico. https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf
- DIFEM (2023). Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) Toluca. https://difem.edomex.gob.mx/centro_rehabilitacion_educacion_especial_toluca
- DIFEM (2023). Centros de Rehabilitación e Integración Social (CRIS). https://difem.edomex.gob.mx/centro_rehabilitacion_integracion_social
- DIFEM (2023). Centros Estatales de Rehabilitación (CER). <https://difem.edomex.gob.mx/cer>
- DIFEM (2023). Las Unidades Básicas de Rehabilitación e Integración Social. https://difem.edomex.gob.mx/unidades_basicas_rehabilitacion_integracion_social
- DIFEM (2023). Prevención de la Discapacidad (módulos PREVIDIF). https://difem.edomex.gob.mx/prevencion_discapacidad
- DIFEM (s.f.). DIF Estado de México. Cultura y entretenimiento: https://difem.edomex.gob.mx/cultura_entretenimiento
- DIFEM. (s.f.). DIF Estado de México. Antecedentes: <https://difem.edomex.gob.mx/antecedentes>
- DIFEM. (s.f.). DIF Estado de México. Integración a la Cultura, recreación y deporte: https://difem.edomex.gob.mx/integracion_cultura_recreacion_deporte
- DIFEM. (s.f.). DIF Estado de México. Apoyos funcionales para personas con discapacidad: <https://difem.edomex.gob.mx/apoyos-funcionales>
- DIFEM. (s.f.). DIF Estado de México. Credencial Nacional para Personas con Discapacidad (CRENAPED): https://difem.edomex.gob.mx/credencial_nacional_personas_discapacidad

- DIFEM. (s.f.). DIF Estado de México. Inclusión social:
<https://difem.edomex.gob.mx/inclusion-social>
- DIFEM. (s.f.). DIF Estado de México. Antecedentes:
<https://difem.edomex.gob.mx/antecedentes>
- DIFEM. (s.f.). DIF Estado de México. Apoyos funcionales para personas con discapacidad:
<https://difem.edomex.gob.mx/apoyos-funcionales>
- Desarrollo integral de la familia (1999-2000). *Informe de actividades 1999-220*.
https://difem.edomex.gob.mx/sites/difem.edomex.gob.mx/files/files/DIFEM/informes/difem_pdf_1erinf9900.pdf
- Desarrollo integral de la familia (2024).
<https://difem.edomex.gob.mx/>
- Desarrollo integral de la familia (s.f.). Programa: Atención a personas con discapacidad.
<https://transparenciafiscal.edomex.gob.mx/sites/transparenciafiscal.edomex.gob.mx/files/files/02060802.pdf>
- E-consulta.com. (23 de julio de 2024). *La asistencia social en México, aparato de apoyo a grupos vulnerables*.
<https://www.e-consulta.com/nota/2020-12-07/universidades/la-asistencia-social-en-mexico-aparato-de-apoyo-grupos-vulnerables>
- Egan, G. (1991). *El orientador experto. (Un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal)*. Grupo Editorial Iberoamérica.
- Egea García, C., & Sarabia Sánchez, A. (s.f.). *Clasificación de la OMS sobre discapacidad*. Obtenido de https://sid-inico.usal.es/docs/F8/ART6594/clasificacion_oms.pdf
- EL ABEDUL. (2002). Ley 762.
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley_0762_de_2002.pdf
- Evangelista González, M. (2023). *Trabajo Social en la Atención Individualizada*. <https://cacep.mx/wp-content/uploads/2023/02/CLASE-5-2.pdf>
- Evangelista Martínez, E. (2024). *Teoría y metodología para el trabajo social del nuevo vivir*. Entorno social.
- Federación Española de Asociaciones de Enólogos. (24 de diciembre de 2023). *Tipos de entrevista en Trabajo Social:*

- una guía completa*. <https://www.federacionenologos.es/tipos-de-entrevista-en-trabajo-social-una-guia-completa/>
- Fernández García, T., & Ponce de León Romero, L. (2012). Trabajo Social Individualizado: Metodología de intervención. Ediciones académicas.
- Fernández García, T., & Ponce de León Romero, L. (2021). Trabajo Social individualizado: metodología de intervención. Alianza.
- Fernández García, T., & Ponce de León, R. L. (2019). Trabajo Social con familias. Alianza.
- Fernández Moreno, A., & Acosta, M. A. (2014). De la opresión al reconocimiento: Reflexiones desde la discapacidad. *Revista Chilena de terapia ocupacional*, 14(2). <file:///C:/Users/Diana/Downloads/dcifuentes,+Journal+manager,+07-97-106.pdf>
- Ferrante, C., & Dukuen, J. (enero-junio de 2017). Discapacidad” y opresión. Una crítica desde la teoría de la dominación de Bourdieu. *Revista Ciencias Sociales*, 30(40). <https://www.redalyc.org/pdf/4536/453649665008.pdf>
- Ficha. (s.f.). Reglas sobre acceso a la justicia de las personas con discapacidad en condición de vulnerabilidad ("Reglas de Brasilia"). <https://www.cumbrejudicial.org/sites/default/files/2024-02/Documento%204-FICHA%20Reglas%20de%20Brasilia.pdf>
- Fushimi, C. F. (enero de 2021). *Familiograma en tiempos de diversidad corporal, sexual y de género*. <https://www.saludneuquen.gob.ar/>.
- Flores Santacruz, J. (2012). Intervención individualizada. En J. Flores Santacruz, & S. García Rivas, *Intervención Individualizada*. Yecolti.
- Flores Santacruz, J., & García, P. C. (2012). La observación en la intervención individualizada. En J. Flores Santacruz, & S. García Rivas, *Intervención individualizada*. Yecolti.
- Flores Santacruz, J., & García, P. C. (2012). La observación en la intervención individualizada. En J. Flores Santacruz, & S. García Rivas, *Intervención individualizada*. Yecolti.
- Frías Azcárate, R. (2000). Una aproximación al concepto comunicación y sus consecuencias en la práctica de las

- instituciones. Nómadas, 1.
<https://www.redalyc.org/pdf/181/18100103.pdf>
- Galeana de la O, s. (2004). Campos de acción del trabajo social. En M. Sánchez Rosado, Manual de Trabajo Social. ENTS-UNAM.
- Gobierno de México. (13 de enero de 2022). SNDIF 45 años: La institución más cercana a la población. <https://www.gob.mx/difnacional/articulos/sndif-45-anos-la-institucion-mas-cercana-a-la-poblacion?idiom=es>
- Gobierno de México. (20 de 08 de 2015). Secretaría de Salud. Normas Oficiales Mexicanas: <https://www.gob.mx/salud/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>
- Gobierno de México. (20 de agosto de 2015). *Secretaría de Salud*. Normas Oficiales Mexicanas: <https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>
- Gobierno de México. (6 de diciembre de 2009). *Secretaría de Salud*. Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Salud: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/512745/3._Normas_Oficiales_Mexicanas.pdf
- Gobierno de México. (s.f.). Data México: Estado de México. <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/mexico-em>
- Gobierno de México. (s.f.). *Convención sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/7597/CDPCD_.pdf
- Gobierno de México. (s.f.). *INPER*. Antecedentes: <https://inper.mx/Antecedentes/>
- Gobierno de México. (s.f.). *INPER*. Obtenido de Antecedentes: <https://inper.mx/Antecedentes/>
- Gobierno de México. (s.f.). *Sistema Nacional DIF antecedentes*. <https://www.gob.mx/difnacional/que-hacemos>
- Gobierno de México. (s.f.). *Sistema Nacional DIF antecedentes*. Obtenido de <https://www.gob.mx/difnacional/que-hacemos>

- Gobierno de México-DIF Nacional. (05 de 2010). Modelo social dirigido a personas con discapacidad motora y sus familias. Jano, S.A. de C.V.
- Gobierno del Estado de Campeche. (2017). *Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular*. <https://educacionespecial.sep.gob.mx/storage/recursos/2023/05/X7DHjhhOjh-CAMP-MANUAL-USAER.pdf>
- Gobierno del Estado de México. (s.f.). *DIF Estado de México*. Antecedentes: <https://difem.edomex.gob.mx/antecedentes>
- Gobierno del Estado de México. (s.f.). DIF Estado de México. de Inclusión social: <https://difem.edomex.gob.mx/inclusion-social>
- Gobierno del Estado de México: Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (2023). Atención a Personas con Discapacidad. https://difem.edomex.gob.mx/personas_discapacidad
- Gobierno del Estado de Yucatán. (s.f.). Instituto para la Inclusión de las Personas con Discapacidad en el Estado de Yucatán. <https://discapacidad.yucatan.gob.mx/files/get/1466>
- Gómez Tagle López, E., & Castillo Fernández, D. (2016). Sociología de la discapacidad. *Revista de Investigación en Ciencias Jurídicas* (40). <http://www.apps.buap.mx/ojs3/index.php/tlamelaua/article/view/158/160>
- Góngora Bonilla, G. (2015). Trabajo Social y discapacidad, experiencia de intervención desde un enfoque ecológico. En L. Cano Soriano, *La problemática social en México: Una visión regional desde el trabajo social*. ENTS-UNAM.
- Gordon Hamilton (1974). *Teoría y Práctica en el Trabajo Social*. Paidós
- Ibarra, L. G., Ibarra, J. C., & Segura, V. H. (2009). *Discapacidad y Salud*. México: Trillas.
- Library. (s.f.). Enfoque social de la discapacidad. <https://1library.co/article/enfoque-social-en-discapacidad-marco-te%C3%B3rico-conceptual.zkw256pz>
- Library. (s.f.). *Teorías sobre la discapacidad*. <https://1library.co/article/teor%C3%ADas-discapacidad-comunicaci%C3%B3n-institucional-intervenci%C3%B3n-discapacidad-t.rz3j39my>

- López Lucas, J. (2015). *Los nuevos campos de investigación de la discapacidad*.
<https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/143911/los%20nuevos%20campos%20de%20la%20investigacion%20de%20la%20discapacidad.pdf?sequence=1>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020). Subsistema de Información Demográfica y Social. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Microdatos>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (26 de 08 de 2020). *Discapacidad: un fenómeno biológico y social*. <https://www.insp.mx/avisos/5156-discapacidad-fenomeno-biologico-social.html>
- Marco normativo CNDH. (14 de septiembre de 2012). Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad. <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR27.pdf>
- Maricarmen. (8 de octubre de 2013). Principios de la asistencia social. <https://www.flipsnack.com/A956A7AD75E/principios-de-la-asistencia-social.html>
- Martín Aranaga, I. (2018). Técnicas de intervención en trabajo social. https://ocw.ehu.es/pluginfile.php/52050/mod_resource/content/10/Tema%202.%20La%20entrevista%20en%20Trabajo%20Social%20%281%29.pdf
- Matus Varela, M. A., & Muñoz Rubia, I. M. (2021). *Discapacidad y trabajo social*. de XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos: <https://cdsa.academica.org/000-074/25.pdf>
- Mi Trabajo Social Perú. (s.f.). Técnicas e instrumentos del trabajo social. <https://mitrabajoessocialperu.wordpress.com/2020/10/09/tecnicas-e-instrumentos-del-trabajo-social/>
- Miñan, M. (s.f.). *Conceptos de discapacidad social: ejemplo, tipos y significados*. <https://definicionwiki.com/author/westdary/>
- Naciones Unidas Derechos Humanos. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

- <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
- Naciones Unidas-Derechos Humanos. (s.f.). *¿Qué es la Convención sobre los Derechos del Niño?*
<https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/crc/what-convention-rights-child>
- Naciones Unidas. (2 de 12 de 1982). Asamblea general. Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad:
https://www.oas.org/dil/esp/Programa_de_Accion_Mundial_Resoluci%C3%B3n_37-52_1982.pdf
- OIT/UNESCO/OMS. (1994). *Rehabilitación basada en la comunidad RBC con y para personas con discapacidad.*
https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000111772_spa
- Organización Internacional del Trabajo. (2023). Indicadores del mercado laboral de las personas con discapacidad (base de datos DLMI). <https://ilostat.ilo.org/es/resources/concepts-and-definitions/description-disability-labour-market-indicators/>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. CIF. IMSERSO.ES:
<https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>
- Organización Mundial de la Salud/Banco Mundial. (2011). Informe Mundial sobre la discapacidad.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/7030/Informe_Mundial_sobre_la_Discapacidad_.pdf
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Discapacidad.
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/2230/CIF_OMS.pdf
- Ortega García, L. E. (1996). Metodología para la atención social individualizada. Trabajo Social.
- Ortega, G. L. (2013). *Peritaje social*. Yecolti.

- Padilla-Muñoz, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional* (16), 381-414. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=824/82420041012.pdf>
- Pérez Dalmeda, M. E., & Chhabra, G. (2019). Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *Revista Española de Discapacidad* (7). doi:10.5569/2340-5104.07.01.01
- Pérez Luna, M. G. (2021). Cartografía biopsicosocial de la discapacidad. En E. Lázaro Jiménez, T. Silva Montealegre, & M. G. Pérez Luna, *Atención al cuidador informal de la persona con discapacidad: Abordaje de trabajo social en la comunidad*. ENTS-UNAM.
- Pick, S. (1980). *Cómo investigar en Ciencias Sociales*. Trillas.
- Pinillos Patiño, Y., & Naranjo Aristizábal, M. M. (2018). *Modelos conceptuales y evolución histórica de la discapacidad: de la teoría a la comprensión del funcionamiento*. <https://bonga.unisimon.edu.co/server/api/core/bitstreams/cd5c59c7-e0ea-4f3f-8e4c-5c95b999c887/content>
- Pisonero, S. (2007). La discapacidad social, un modelo para. *CIDEC*. https://www.researchgate.net/publication/28307194_La_discapacidad_social_un_modelo_para_la_comprension_de_los_p_ rocesos_de_exclusion
- Pocar, F. (s.f.). *Pacto Internacional de derechos civiles y políticos*. Preparación de informe sociales los Derechos Humanos: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/manualhrr2bsp.pdf>
- Por la Integración.Com. (29 de 08 de 2023). La integración social: Sociología y psicología social: Sociología y Psicología Social. <https://porlaintegracion.com/la-integracion-social-sociologia-y-psicologia-social/>
- PROSCONT.COM. (s.f.). *Ventajas y desventajas de la discapacidad*. https://www.proscont.com/ventajas-y-desventajas-discapacidad/#desventajas_de_la_discapacidad

- Rodríguez Ceberio, M., & Díaz Videla, M. (21 de diciembre de 2020). Las mascotas en el genograma familiar. *Revista Ciencias Psicológicas*, 14(1). doi: <https://doi.org/10.22235/cp.v14i1.2112>
- Rodríguez Lazcano, L. G. (2019). Los derechos sociales y su defensa. *Belo Horizonte*, 5(8). doi: DOI:10.55663/rbdu.v5i8.619
- Rodríguez Otero, L. M. (2017). El informe social: Un instrumento de referencia y legitimador. En L. M. Rodríguez Otero, B. M. Tamez Valdez, M. Zuñiga Coronado, & S. E. Mancias Espinosa, *Herramientas para construir el expediente social desde el trabajo social*. Esfera Pública S. A de C.V.
- Romero Contreras, S., & García Cedillo, I. (2013). Educación especial en México. 7(2). <https://generaconocimiento.segob.gob.mx/sites/default/files/document/biblioteca/1243/20230302-educacion-especial-en-mexico-desafios-de-la-educacion-inclusiva.pdf>
- Romero Coyotl, A., & Flores Chávez, Y. B. (2005). *Tesis: Taller de intervención profesional: Atención individualizada*. <https://ru.dgb.unam.mx/handle/20.500.14330/TES0100034502>
- Rossell, T., & Rodríguez, P. (2017). La entrevista en trabajo social. Herder.
- Ruiz Bueno, A. (2015). *La observación: Parte I Una herramienta para la investigación*. https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/67615/1/LA_OB_SERVACI%C3%93N_Parte_I.pdf
- Secretaría de Gobernación. (21 de 02 de 2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-233-SSA1-2003*. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5234623&fecha=21/02/2012#gsc.tab=0
- Sanz, N. (2022). *¿Qué es la observación en trabajo social?* <https://nievessanz.es/que-es-la-observacion-en-trabajo-social/>
- Secretaría de Salud. (30 de septiembre de 1999). La Norma Oficial Mexicana Nom-168-SSA1-1 1998, del expediente clínico. <http://www.cnts.salud.gob.mx/descargas/NOM-168-SSA1-1998.pdf>
- Secretaría de Salud/DIF Nacional. (2019). Lineamientos de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria.

- <http://sitios.dif.gob.mx/dgadc/wp-content/uploads/2018/12/Lineamientos-EIASA-2019.pdf>
- Serrano Cruz, A. G. (27 de septiembre de 2021). *La discapacidad en México. Una situación que nos compete a todos*. <https://www.gaceta.unam.mx/la-discapacidad-en-mexico-una-situacion-que-nos-compete-a-todos/>
- Significados web. (s.f.). Concepto de gestión social. <https://significadosweb.com/gestion-social/>
- Silva Arciniega, M. d., & Brain Calderón, M. L. (2006). Validez y confiabilidad del estudio socioeconómico. México: ENTS-UNAM.
- Sistema Nacional DIF. (04 de noviembre de 2021). Gobierno de México: <https://www.gob.mx/difnacional/es/articulos/integrandsdif-registro-nacional-de-centros-de-asistencia-social?idiom=es>
- SMDIF-Tepotztlán. (2019-2021). Manual de procedimientos para programa de Unidades de Rehabilitación e Integración Social.
- Suarez Cuba, M., & Alcalá Espinoza, M. (2014). Apgar familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Méd. La Paz*, 20(1). http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010
- Sumario. (s.f). Capitulo III: Antecedentes sobre la discapacidad. http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/ledf/gomez_m_v/capitulo3.pdf
- Suprema Corte de Justicia de la Nacional. (s.f.). *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer*. <https://www.scjn.gob.mx/igualdad-de-genero/cedaw>
- Téllez Martínez, M. E., & Bernal Campos, S. E. (2012). Instrumentos de registro en la atención inidivudlizada. En J. Flores Santacruz, & S. García Rivas, *Intervención Individualizada*. Yecolti.
- Ticac, H. A. (26 de octubre de 2007). Discapacidad: Un abordaje específico del Trabajo Social. *Revista de la Facultad*. <http://fadecs.uncoma.edu.ar/extension/publifadecs/revista/revista13/03ticac.pdf>

- TIPOS DE. (s.f.). Tipos de entrevista en Trabajo Social. https://tiposde.net/tipos-de-entrevista-en-trabajo-social/#entrevista_a_personas_con_discapacidad
- Tonon, G. (2005). La visita domiciliaria. En G. Tonon, Las técnicas de actuación profesional del trabajo social. Espacio. Universitat de les Illes Balears. (2024). https://fci.uib.es/Servicios/libros/articulos/di_nasso/Evolucion-Historica-de-los-Modelos-en-los-que-se.cid220440
- Universitat. (s.f.). Edad Media. https://fci.uib.es/Servicios/libros/articulos/di_nasso/Edad-Media.cid220292
- V. Ferreira, M. A. (3 de noviembre de 2010). De la minusvalía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico. *Política y Sociedad*, 47(1). https://www.um.es/discatif/documentos/PyS/4_Ferreira.pdf
- Vázquez, T. (28 de 03 de 2024). NeuroClass. CIF: Foco actual para abordaje en salud: <https://neuro-class.com/la-cif-foco-actual-para-abordajes-en-salud/>
- Venegas García, J. H., & Gil Obando, L. M. (enero-diciembre de 2007). La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a04.pdf>
- Vera Olvera, F. I. (mayo-agosto de 2018). Puntos claves sobre el Apgar Familiar. *Lecciones de Medicina Clínica y Social*, 2(2). doi: <https://doi.org/10.52379/mcs.v2i2.49>
- Victoria Maldonado, J. A. (sep./dic. de 2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 46(138). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332013000300008
- Volkers Gaussman, G., García Pastrana, C., & Zuñiga Hernández, V. (2010). Visita domiciliaria para trabajo social. Yecolti.
- Zamora Mendoza, S. (2013). *Fundamentos de trabajo social*. Printed in México.
- Zenteno Ramírez, F., & Umbral Martínez, M. E. (2016). Introducción. En F. Zenteno Ramírez, M. Bautista Miranda, &

J. Carreón Guillén, *Apuntes disciplinares de trabajo social en el área de tanatología*. Impreso y hecho en México.

Zuñiga Coronado, M. (2017). Ficha social. En L. M. Rodríguez Otero, M. B. Tamez Valdez, M. Zúñiga Coronado, & S. E. Mancías Espinosa, *Herramientas para construir el expediente social desde el trabajo social*. Editorial Espera Pública, A. S. de C.V

Anexos

Técnicas de diagnóstico

A continuación, se presentan los resultados de la aplicación de diversas técnicas de diagnóstico en usuarios con diferentes diagnósticos clínicos discapacitantes.

Anexo 1. Apgar familiar

Preguntas	Luisa			Ricardo		
	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
	(2 puntos)	(1 punto)	(0 puntos)	(2 puntos)	(1 punto)	(0 puntos)
¿Está contento con la asistencia de su familia cuando tiene un problema?		X		X		
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?		X		X		
¿las decisiones significativas se toman en conjunto en su casa?			X			X
¿Se siente contento con la cantidad de tiempo que familia		X			X	

dedica para estar juntos?						
¿Siente que su familia le quiere?		X			X	

Fuente: (Apgar familiar, s.f.)

Esta técnica se aplicó a un usuario masculino adulto presentando diagnóstico médico de hemiplejia derecha de secuelas de Enfermedad Vascular Cerebral (EVC), dependiente para las actividades de la vida diaria, y a su esposa, durante la primera entrevista social de gabinete, donde se llevó a cabo la evaluación socioeconómica y familiar. El propósito fue identificar la disfuncionalidad familiar como elemento central en el diagnóstico social, para la elaboración del plan de intervención. Con esta técnica de diagnóstico, se determinó que la familia posee una disfuncionalidad moderada.

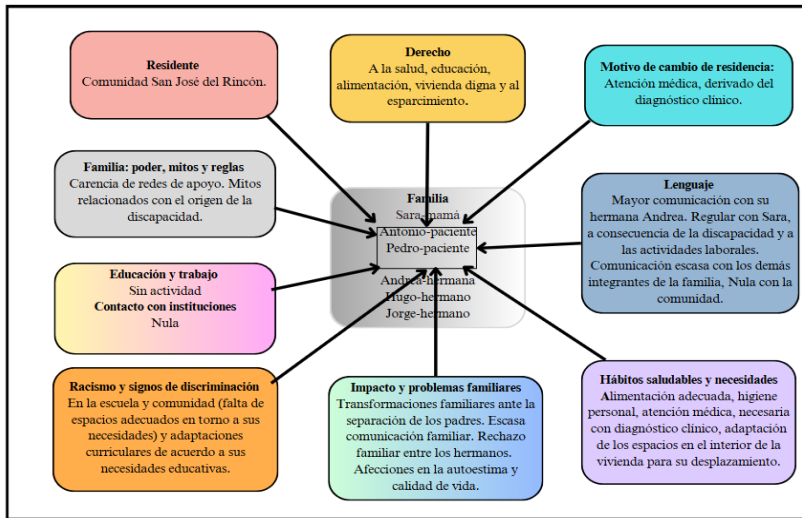
Anexo 2. Culturograma

La aplicación de esta técnica se realizó en una familia uniparental, donde dos integrantes masculinos fueron diagnosticados con Distrofia Muscular de Duchenne (DMD), una enfermedad hereditaria de tipo neuromuscular progresiva y degenerativa. El objetivo fue conocer el impacto de la enfermedad en su contexto familiar y comunitario, analizando las siguientes áreas:

- *Comunidad:* La familia se mudó de San José del Rincón a Toluca buscando mejores oportunidades laborales y acceso a servicios básicos como salud, educación y vivienda adecuada.
- *Familia:* La dinámica familiar se vio afectada por la separación de los padres y la falta de hábitos saludables, roles definidos y comunicación efectiva, lo que impactó negativamente en la autoestima y calidad de vida de los usuarios.
- *Permeabilidad:* Los usuarios enfrentaron racismo y discriminación en la escuela y la comunidad, y la familia no buscó apoyo de instituciones públicas o privadas.

- *Valores:* La educación y el trabajo son limitados para los usuarios debido a sus restricciones físicas, y existen creencias negativas sobre su discapacidad.

En conclusión. Este análisis muestra cómo una discapacidad puede afectar no solo a los usuarios, sino también a su entorno familiar y comunitario.



Fuente: Elaboración propia

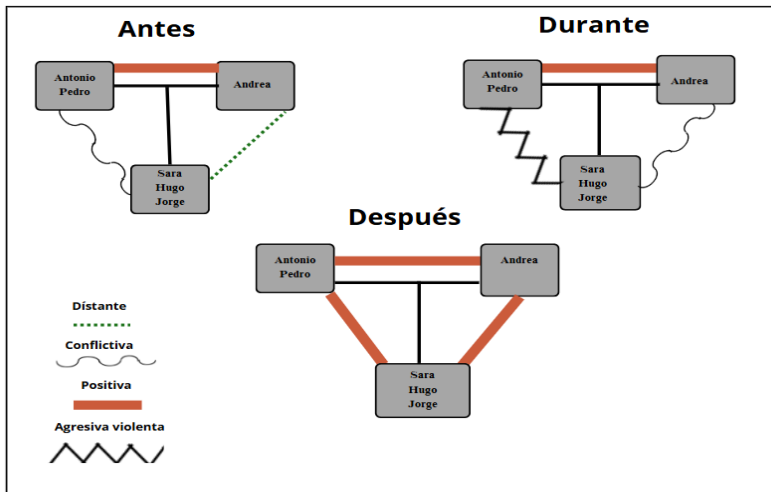
Anexo 3. Mapa de relaciones

Esta técnica también se aplicó a la familia de los usuarios diagnosticados con Distrofia Muscular de Duchenne, revelando las alteraciones en las relaciones familiares y la comunicación entre sus miembros. Se analizaron tres momentos durante la intervención profesional:

- *Antes:* El padre de familia abandonó el hogar debido al estado de salud y la posible discapacidad de sus hijos. La madre enfrentó las etapas de duelo, negación e ira, lo que generó una relación conflictiva entre Sara, Hugo y Jorge hacia Antonio y Pedro (usuarios). La relación de Sara, Hugo y Jorge con Andrea era distante; sin embargo,

Andrea, siendo menor de edad, mantenía una relación positiva con Antonio y Pedro.

- *Durante:* La confirmación del diagnóstico y pronóstico sobre la discapacidad de los usuarios, la familia experimentó un proceso de negación y depresión. Esto provocó que las relaciones familiares se volvieran violentas y agresivas por parte de Sara, Hugo y Jorge hacia Antonio y Pedro. La relación de Sara, Hugo y Jorge con Andrea también era conflictiva, aunque Andrea mantenía una relación positiva con Antonio y Pedro.
- *Después:* Derivado del tratamiento médico-rehabilitatorio que recibieron en su momento Antonio y Pedro, y debido al deterioro físico de su discapacidad y al pronóstico de esperanza y calidad de vida, la familia vive la etapa de aceptación. Esto fortalece positivamente las relaciones familiares para la elaboración de la pérdida y duelo de Antonio y Pedro.

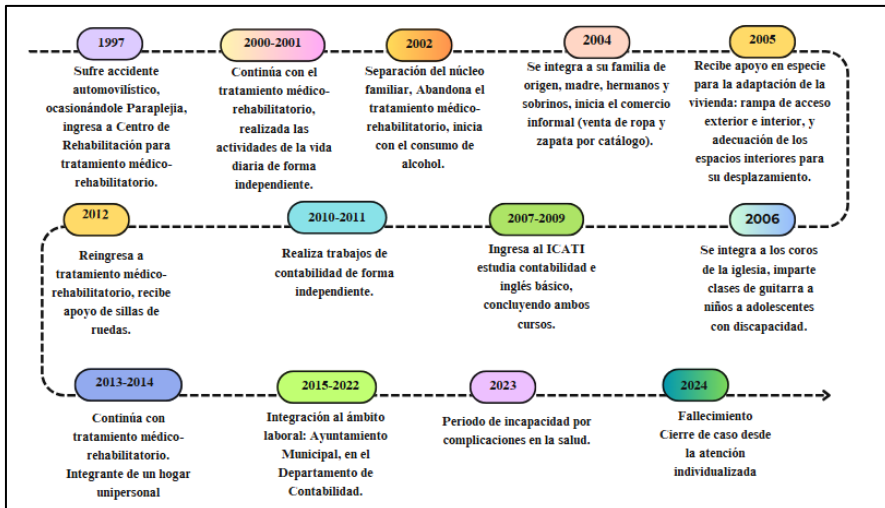


Fuente: Elaboración propia

Anexo 4. Cronograma o línea del tiempo

Usuario diagnosticado con Paraplejia a Secuelas de Lesión Medular Completa C6C7

Esta técnica permitió representar de forma gráfica la intervención profesional del trabajador social, abarcando desde el ingreso hasta el cierre de caso del usuario. Este enfoque visual y facilita la comprensión del proceso de atención individualizada, destacando cada etapa del acompañamiento y las acciones específicas realizadas en beneficio del usuario.

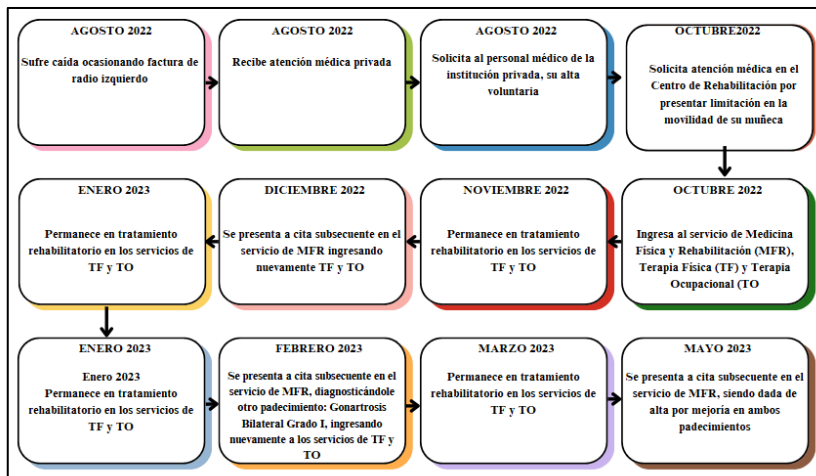


Anexo 5. Diagrama de flujo

Usuario diagnosticado con limitación en la movilidad de su muñeca.

La técnica refleja el caso de un usuario diagnosticado con secuelas de fractura del radio izquierdo, resultado de una caída de su propia altura. Esta lesión ha provocado una limitación en la movilidad de su muñeca izquierda, interfiriendo significativamente en la realización de sus actividades laborales y cotidianas.

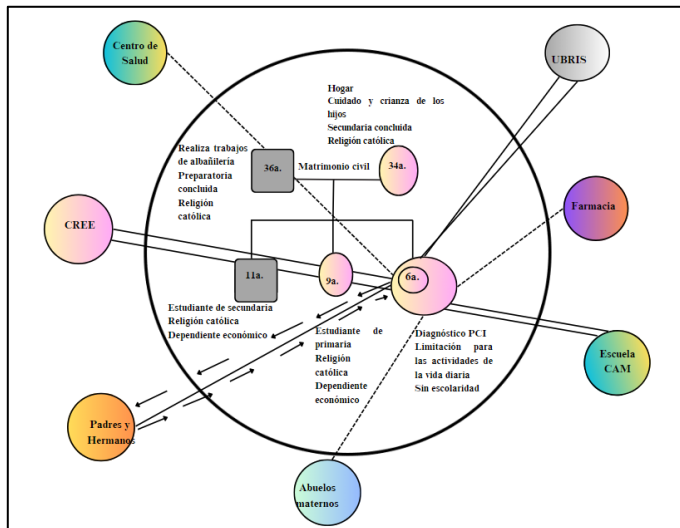
El usuario formó parte del programa de Medicina Física y Rehabilitación (MFR). Se le asignarán citas para seguimiento y tratamiento dentro de los servicios de terapia física y ocupacional, lo que contribuyó a su proceso de recuperación médica y funcional. El diagnóstico social refleja que el usuario ha superado crisis previas, viviendo momentos significativos que han tenido importantes repercusiones en su vida, vencido los desafíos emocionales y sociales derivados de su lesión.



Fuente: Elaboración propia

Anexo 6. Ecomapa

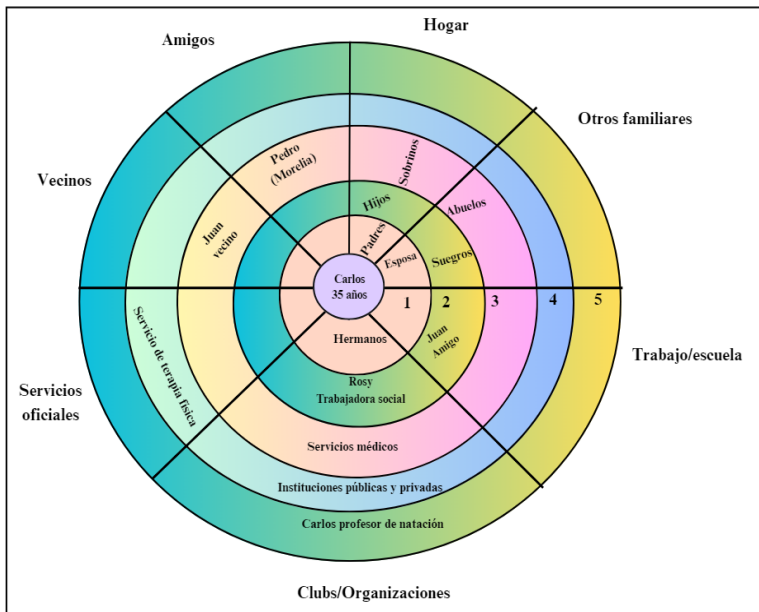
usuario con diagnóstico médico: Parálisis Cerebral Infantil (PCI)
 La aplicación de esta técnica tuvo como finalidad identificar redes sociales de apoyo para el usuario, con la finalidad de favorecer el proceso médico-rehabilitatorio en la Unidad Básica de Rehabilitación e Integración Social (UBRIS) por cercanía a su domicilio. Sin embargo, continuó con citas subsecuentes en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Así mismo, se logró su ingreso a la educación básica en el Centro de Atención Múltiple (CAM), debido a que se encontraba en edad escolar. También se identificó un Centro de Salud para el monitoreo de las crisis convulsivas que presentaba, y una Farmacia para la compra de medicamentos. Asimismo, se observó una alianza entre padres y hermanos en apoyo al usuario.



Fuente: Elaboración propia

Anexo 7. Mapa de redes

Usuario diagnosticado con una amputación unilateral del miembro inferior derecho, por debajo de la rodilla. Es un candidato viable para la adaptación de una prótesis. La labor del trabajador social implicó la identificación de redes familiares para el proceso de rehabilitación, así como de redes institucionales para coordinar la ayuda económica o en especie necesaria para la adquisición de la prótesis, la cual es indispensable para que el usuario pueda llevar a cabo sus actividades diarias y alcanzar sus metas personales, promoviendo así su integración social. Esta autonomía tiene un impacto positivo en su salud mental, emocional y social en la vida del usuario.



Fuente: Elaboración propia

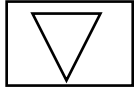
Anexo 8. Genograma

Simbología

	?	Genero Desconocido
	↓ X	Aborto provocado
	↓ ●	Aborto espontaneo
	◇	Cuidador formal
	◊	Usuario identificado
[●●]	[●●]	
○		Mujer (Solo se coloca la S en caso de ser madre soltera)
□		Hombre
⊘	⊠	Persona detectada
	▽	Sexo desconocido
	 ◎	Mujer embarazada
△ ○ ○	△ □ □	Productos de un parto, gemelos homocigotos



Productos de un parto, gemelos heterocigotos



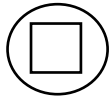
Homosexual



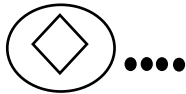
Lesbiana



Bisexual



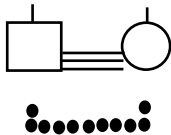
Transgénero de hombre a mujer



Madre soltera



Transgénero de mujer a hombre



Noviazgo con relación unida (en la línea punteada se registra el año de inicio de la relación)



Sin descendencia



Ovodonación o Espermadonación
hombre



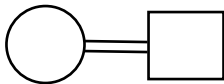
Ovodonación o Espermadonación
mujer



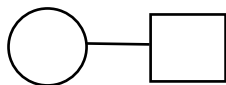
Persona fallecida (lado izquierdo
Fecha Nacimiento, lado derecho
Fecha de Fallecimiento)



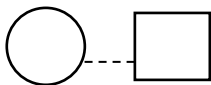
Feto fallecido (óbito) (lado
izquierdo Ob, lado derecho meses)



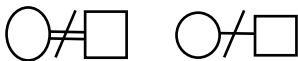
Matrimonio civil y religioso (sobre
la línea fecha de unión)



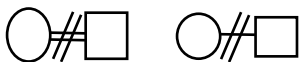
Matrimonio civil o religioso (sobre
la línea fecha de unión)



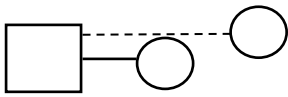
Unión libre, concubinato, amasiato
o relaciones fortuitas (sobre la línea
fecha de unión)



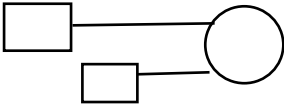
Separación de la pareja (sobre la
línea fecha de separación)



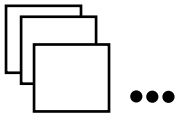
Divorcio (sobre la línea fecha de
divorcio)



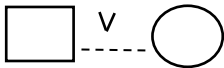
Parejas simultaneas (hombre)



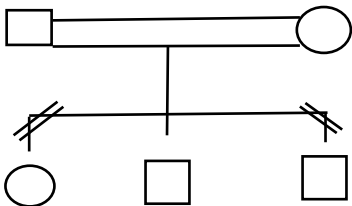
Parejas simultaneas (mujer)



Violación múltiple
(Solo se coloca la V
en caso de ser
madre)

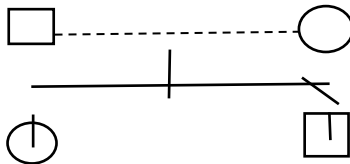


Violación (sobre la
línea se coloca la
letra V)

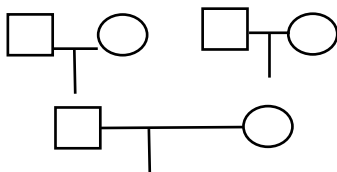


Hija independiente
casada

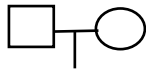
Hijo independiente
casado



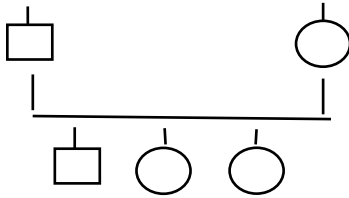
Hijo soltero
independiente



Primera generación
(antigua)

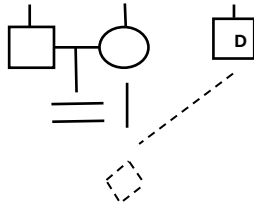


Segunda generación
(más joven)

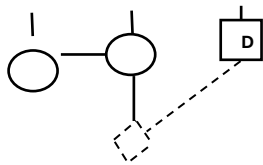


Tercera generación
(joven)

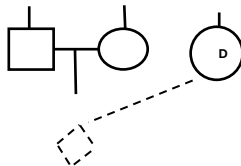
Agrupación de las
personas que
conviven (de
izquierda a derecha y
del más viejo al más
joven)



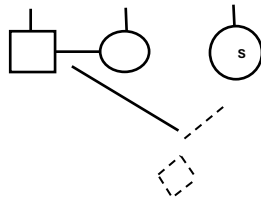
Espermadonación
(en pareja
heterosexual, se
coloca la letra D de
donación)



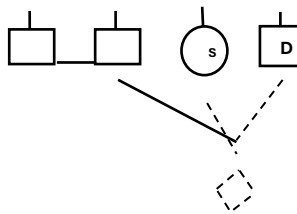
Espermadonación
(en pareja
homosexual, se
coloca la letra D de
donación)



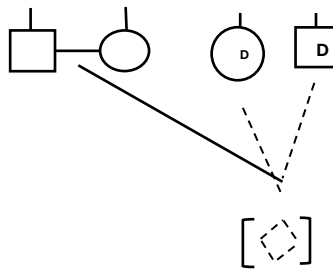
Ovodonación (en
pareja heterosexual,
se coloca la letra D
de donación)



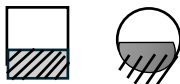
Subrogación uterina solamente (prestar o rentar el útero para que ocurra la gestación al margen de la pareja, se coloca la letra S de subrogación)



Ovodonación y subrogación uterina no relacionada con la pareja (cesión del ovulo y prestar o rentar el útero para que ocurra la gestación al margen de la pareja)



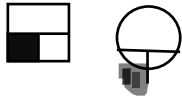
Ovodonación y Espermadonación



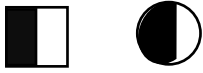
Sospecha de adicción a drogas o alcohol.



Adicción a drogas o alcohol



En rehabilitación drogas o alcohol



Problema mental o psicológico



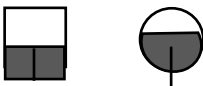
Problema mental y adicción a drogas o alcohol



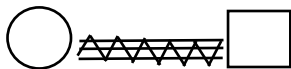
Abuso de drogas o de alcohol. Problema físico o mental grave.



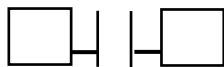
Problema mental o físico grave.



En recuperación por abuso de drogas o de alcohol.



Fusionada hostil



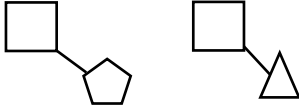
Cortada



Abuso sexual



Abuso físico



Relación de la persona con
profesionales o instituciones
(izquierda institución, derecha
profesional)



Perro



Gato



Pez



Ave



Mamífero pequeño

Reptil

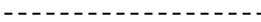
Otra

Mascota muerta

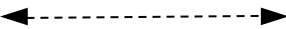
Símbolos para representar relaciones entre los integrantes del sistema familiar



Conflictivas



Distante



Reciproca negativa






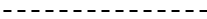

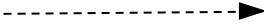
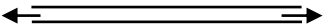
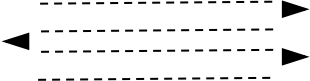







Apartada, con
distanciamiento o
separación



Unida con cercanía
afectiva



Distante y agresiva

	Agresiva violenta
	Unida conflictiva
	Positiva recíproca
	Débil, distante o contactos esporádicos
	Positiva
	Negativa
	Alianza
	Coalición
	Ambivalentes negativas y positivas
	Límites rígidos
	Límites claros
	Límites difusos
	Comunicación dirigida a un integrante de la familia
	Comunicación mutua
	Ruptura de comunicación

Instrumentos

Anexo 9. Base de datos

Fecha (1)	Hora (2)	Número de expediente (3)	Nombre del usuario (4)	Si ingreso (5)	Motivo del ingreso (6)	No ingreso (7)
Motivo del no ingreso (8)	Género (9)	Edad (10)	Clave Única de Población (11)	Escolaridad (12)	Ocupación (13)	Diagnóstico de ingreso (14)
Servicio otorgado (15)	Clasificación socioeconómica (16)	Domicilio (17)	Número telefónico (18)	Recibido apoyo de prótesis (19)	Recibido apoyo de ortesis (20)	Recibido apoyo de ayudas funcionales para la marcha (21)
Recibido apoyo de auxiliares auditivos (22)	Servicio del que fue dado de alta (23)	Motivo del alta (24)	Fecha del alta (25)			

Indicadores para la elaboración del perfil sociodemográfico de los usuarios

Fuente: Elaboración propia

Anexo 10. Canalización de servicios sociales

Dirigido	Nombre de la institución:	
	Trabajador social contacto:	
Datos del usuario	Nombre del usuario:	No. Expediente:
	Diagnóstico médico:	
	Domicilio:	
	Número teléfono:	
Estructura familiar		
Nombre	Edad	Parentesco
<p>Motivo</p> <p>Describir el objetivo de la canalización, una breve descripción de la valoración social del usuario; las intervenciones realizadas por el profesional de trabajo social, las intervenciones de los profesionales del equipo multidisciplinario, e información de interés para la atención del usuario.</p>		
<p>Fecha</p>		
<p>_____</p> <p>Firma del profesional de trabajo social</p> <p>Sello de la institución</p>	<p>_____</p> <p>Firma del usuario (nombre y apellidos)</p>	

Fuente: Elaboración propia

Anexo 11. Carta de consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____

El profesional de trabajo social informa al usuario el motivo de llevar a cabo la aplicación del estudio socioeconómico, durante la entrevista inicial o subsecuente, para lo cual es muy importante su aceptación y participación, ya que de ellos dependen la evaluación socioeconómica y familiar, para continuar con el proceso de atención establecido por la institución.

Yo

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Autorizó al profesional de trabajo social, que me aplique en este Departamento de Trabajo Social y después en mi domicilio, el estudio socioeconómico, en el entendido que toda información que otorgue es confidencial y será utilizada para mi atención médica-rehabilitatoria.

Nombre y firma del usuario o del padre o tutor

Nombre y firma del profesional de trabajo social que recibe la información

Fuente: Elaboración propia con base (Silva y Brain, 2006).

Anexo 12. Diario de campo

No. Expediente (1)
Fecha (2)
Hora (3)
Lugar (4)
Actividad (5)
Hora de cierre (6)

Descripción de la actividad y de lo observado

Registrar cronológicamente los acontecimientos, acciones y fenómenos ocurridos durante el día en el desarrollo de la intervención. Describirlas de manera que se caractericen y transmitan conocimiento, respetando la percepción del entorno a través de los sentidos.

Comentarios personales

Describir la interpretación de la intervención, incorporando las opiniones y puntos de vista que el profesional de trabajo social considere importantes.

Fuente: Elaboración propia con base (Silva y Brain, 2006).

Anexo 13. Estudio socioeconómico

1. Datos sociodemográficos del usuario

Número de expediente:	(1)
Diagnóstico:	(2)
Fecha de ingreso:	(3)

2.

Nombre (4)	Género (5)	Edad (6)	Fecha de nacimiento (7)
Estado civil (8)	Escolaridad (9)	Ocupación (10)	Clave CURP (11)
Domicilio (12)	Referencias (12)	Teléfono (13)	Correo electrónico (14)
Personas entrevistadas (15)	Parentesco con el usuario (16)	Género (17)	Edad (18)
Motivo de la aplicación del estudio socioeconómico (19)			

3. Estructura familiar

Nombre (20)	Género (21)	Parentesco (22)	Edad (23)	Estado Civil (24)	Escolaridad (25)	Ocupación (26)
-------------	-------------	-----------------	-----------	-------------------	------------------	----------------

4. Ingresos y Egresos

Aportación Mensual (27)	Egresos mensuales (28)	Necesidades y requerimientos del usuario (29)
-------------------------	------------------------	-----------------------------------------------

5. Alimentación

Tipo de Alimento (30)	Frecuencia con que lo consume				
	Diario	Una vez a la semana	Cada tercer día	Una vez al mes	Ocasionalmente

6. Vivienda

Tipo de vivienda (31)	Zona de Ubicación (32)	Tenencia de la vivienda (33)
Material de construcción (34)	Condiciones de la vivienda (35)	Distribución de la vivienda (36)
Servicios públicos con que cuenta la vivienda (37)	Mobiliario (38)	Aparatos electrodomésticos (39)
Aparatos eléctricos (40)		

1. Atención médica (41)
2. Salud (42)
3. Actividades culturales, recreativas y deportivas (43)
4. Dinámica familiar (44)
5. Diagnóstico social (45)
6. Tratamiento social (46)
7. Plan social (47)
8. Seguimiento o cierre de caso (48)
9. Cierre de caso (49)
10. Trabajador social (50)

Instructivo de llenado para el estudio socioeconómico

No.	Descripción
1	Anotar el número de expediente utilizando números arábigos.
2	Escribir el diagnóstico médico del usuario.
3	Escribir la fecha de ingreso del usuario iniciando por día/mes/año.
4	Anotar el nombre completo del usuario empezando por apellido paterno, apellido materno y nombre (s).
5	Anotar el género del usuario "M" = Masculino "F" = Femenino.
6	Anotar la edad del usuario utilizando número arábigos, iniciando por a= años, m= meses y d= días.
7	Anotar la fecha de nacimiento del usuario empezando por día/mes/año.
8	Anotar el estado civil del usuario (Soltero, Casado o Unión Libre).
9	Anotar el grado de escolaridad del usuario.
10	Anotar la actividad laboral que actualmente desempeña el usuario.

11	Anotar los 18 dígitos de la Clave CURP del usuario utilizando letras mayúsculas y números arábigos.
12	Anotar el domicilio del usuario iniciando por nombre de la calle, número exterior, número interior, colonia o barrio, localidad, municipio, estado y código postal, así como el nombre las calles transversales y paralelas a su domicilio y referencias domiciliarias.
13	Anotar los números telefónicos de casa, celular y oficina incluyendo clavelada y extensión, según sea el caso.
14	Escribir la dirección de correo electrónico del usuario, padre o tutor.
15	Escribir el nombre completo de la persona entrevistada iniciando por apellido paterno, apellido materno y nombre (s),
16	Anotar el parentesco: padre, madre, esposo, esposa, hijo, hija, hermano, sobrino o tío
17	Escribir el género de la persona entrevistada “M” = Masculino “F” = Femenino.
18	Anotar la edad de la persona entrevistada, utilizando número arábigos, iniciando por a= años, m= meses y d= días.
19	Describir el motivo de aplicación del estudio: valoración sociofamiliar o el establecido por la institución.
20	Anotar el nombre completo de los integrantes de la familia, iniciando por el apellido paterno, apellido materno y nombre (s),
21	Anotar el género del usuario “M” = Masculino “F” = Femenino.
22	Anotar el parentesco: padre, madre, esposo, esposa, hijo, hija, hermano, sobrino o tío
23	Anotar la edad de los integrantes de la familia utilizando número arábigos, iniciando por a= años, m= meses y d= días.
24	Anotar el estado civil de los integrantes de la familia: casado, soltero o unión libre
25	Anotar el grado de escolaridad de cada uno de los integrantes de la familia
26	Anotar la actividad laboral que desempeña cada uno de los integrantes de la familia.
27	Marca con una “X” quien realiza las aportaciones económicas para el gasto familiar: papá, mamá, hijo, hermano, abuelos, tíos, entre otros...
28	Anotar la cantidad mensual que destina la familia para sus necesidades de: vivienda, alimentación, salud, servicios públicos (luz, agua, gas, predial, telefonía, cable/internet...), educación y actividades recreativas.
29	Anotar la cantidad mensual que la familia aporta en la atención del usuario: alimentación (control nutricional), transporte (público o particular), tratamiento medicamentoso, rehabilitatorio ortésico-protésico, artículos de higiene personal.
30	Marca con una “X” con qué frecuencia consumen los siguientes alimentos: Carne de res, carne de pollo, carne de cerdo, carne de pescado, leche, cereales, huevo, frutas, verduras, leguminosas (frijol, habas, lentejas, alubias...
31	Anotar el tipo de vivienda: casa residencial, casa sola, casa de interés social, departamento popular, vecindad, cuarto o pensión.
32	Anotar la zona de ubicación de la vivienda: urbana, sub-urbana o rural
33	Anotar el tipo de tenencia de la vivienda: propia, rentada, prestada, interés social, hipotecada o cedida.

34	Describir el material de construcción de la vivienda: Paredes (block, tabique, cartón, adobe, madera, lamina o tabla roca. Techos (concreto, teja, lámina de cartón, lamina de asbesto...). Piso: mosaico, loseta, laminado, concreto, madera o de tierra.
35	Describir las condiciones de la vivienda: terminada con acabados, terminada sin acabos, obra negra, ampliación, entre otras.
36	Describir los espacios de distribución de la vivienda: dormitorios, sala, comedor, cocina, baño completo, medio baño, letrina, fosa séptica, cuarto de estudio, estacionamiento, zotehuela, cisterna, patio común, patio de servicios, escaleras
37	Anotar los servicios públicos con que cuenta la vivienda: alumbrado público, electricidad, agua entubada, teléfono, gas, drenaje, cable/internet, recolección de basura, entre otros.
38	Anotar el mobiliario con el que cuenta la familia en su vivienda: recamaras, sala, comedor, cocineta, cocina integral, baño con regadera, entre otros.
39	Anotar los aparatos electrodomésticos con que cuenta la familia en su vivienda: Estufa de gas o parrilla eléctrica, horno de microondas, refrigerador, calefactor, lavadora, plancha, licuadora, calentador/boiler, entre otros
40	Anotar los aparatos electrodomésticos con el que cuenta la familia en su vivienda: Televisión, reproductor de audio, reproductor de DVD, computadoras de escritorio, Lap top, teléfono fijo o celular, entre otros.
41	Anotar el tipo de servicio que utiliza la familia o el usuario para su atención médica: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM) Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), Atención Médica Particular, Atención Médica en Farmacias.
42	Anotar si algún integrante de la familia padece alguna enfermedad, si la respuesta es afirmativa, especifique el tipo
43	Anotar con qué frecuencia la familia y los usuarios realizan actividades culturales, recreativas y deportiva
44	Describir la dinámica familiar del usuario considerando los siguientes aspectos: organización, alianza, reglas de interacción como los roles, límites y comunicación entre los subsistemas familiares, intercambio de afecto, procesos de socialización y el cumplimiento de las funciones básicas.
45	Elaborar diagnóstico social identificando: las necesidades, problemas y situación de conflicto, tomando en consideración los factores casuales o determinantes, factores condicionantes, factores protectores y de riesgo, así como los recursos y medios de acción internos y externos, que permitan el establecimiento dialógico de prioridades. Además de anotar el tipo de diagnóstico (si es inicial o subsecuente, de tipo interpretativo o casual).
46	Describir el tipo de tratamiento social proporcionado al usuario, si es directo, indirecto, de orientación o de tratamiento, como se especifica en el marco teórico del documento.

47	Elaborar un plan de intervención tomando en consideración: las necesidades, problemas identificados en el diagnóstico social, a la familia, usuario, contexto y políticas institucionales, determinando los objetivos, acciones, recursos, periodo de la intervención profesional, y determinar en su caso si se considerada necesaria la participación multidisciplinaria.
48	Seguimiento: describir las acciones que contribuyan a la atención del caso, con la finalidad de promover el estado de salud e integración social del usuario.
49	Se debe llevar a cabo el cierre de caso desde la atención individualizada, por los siguientes motivos: fallecimiento del usuario, cambio de residencia, por alta voluntaria o mejoría, o deserción del usuario.
50	Anotar el nombre completo del profesional de trabajo social iniciando por apellido paterno, apellido materno y nombre (s), su número de empleado y colocando su firma en el instrumento.

Anexo 14. Ficha social

No. de Ficha:
Fecha:
No. de Expediente:
Diagnóstico:
Solicitud:

Datos de identificación del usuario			
Nombre	Género	Edad	Ocupación
Estado civil	Escolaridad		
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento	
Domicilio:			

1ª. Solicitud

Ejemplo: Valoración por el servicio de Medicina Física y Rehabilitación, por presentar amputación de miembro inferior izquierdo por debajo de rodilla, se le otorga prescripción médica con las indicaciones y características para la prótesis, quedando en cita programada para el 10 de junio de 2024, a las 12:00 hrs.

Nombre, firma y número de empleado
del profesional de trabajo social

Fuente: Elaboración propia 2024

¿En qué momento se puede utilizar la ficha social?

Cuando los usuarios son referidos de las UBRIS, URIS o CRIS y/o de otras instituciones del sector salud solicitan información, orientación o valoración en los servicios de Medicina Física y Rehabilitación, Psicología, Trabajo Social, Ortopedia, Comunicación Humana, Neuropediatría, Medicina Interna, Odontología, o tratamiento en las áreas de Terapia Física, Ocupacional o de Lenguaje, así como la realización de estudios de gabinete (como radiografías) y elaboración de ortesis y prótesis, o algún tipo de apoyo (económico o en especie), registrados con número de expediente 5000, son expedientes de índole temporal que no implica un seguimiento por parte del CREE sino de sus institución de referencia, la aplicación de este instrumento permitirá contar con información que facilitará la comunicación con los usuarios sobre la atención otorgada y los servicios que reciben.

Anexo 15. Informe social

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Fecha</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Elaborador por</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Institución/Dirigido</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Tipo de informe/motivo</td> </tr> </table>				Fecha				Elaborador por				Institución/Dirigido				Tipo de informe/motivo			
Fecha																			
Elaborador por																			
Institución/Dirigido																			
Tipo de informe/motivo																			
Datos de identificación del usuario																			
No. Expediente		Diagnóstico médico																	
Nombre	Género	Edad	Ocupación																
Estado civil	Escolaridad	Fecha de nacimiento																	
Lugar de nacimiento		Domicilio																	
Motivo del informe																			
<p>Elementos por considerar:</p> <p>Estructura familiar (datos de convivencia y relaciones dentro de la familia).</p> <p>Datos económicos y laborales</p> <p>Estado de salud del usuario y familiares</p> <p>Condiciones de vivienda</p> <p>Diagnóstico social</p> <p>Plan social.</p>																			
<hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p>Firma y número de empleado del profesional de trabajo social</p>																			

Anexo 16. Notas de seguimiento

Fecha	Hora	Seguimiento de las acciones programadas durante la intervención
10/06/2024	13:00 pm.	<p><i>Ejemplo:</i> Se le orienta al usuario que deberá acudir al Sistema Municipal DIF, a solicitar apoyo económico para la fabricación de prótesis indicada por el médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, informándole que deberá presentar copia simple de los siguientes documentos oficiales: acta de nacimiento, INF, CURP, comprobante de domicilio, así como fotografía de cuerpo completo y la prescripción médica de la prótesis, para la gestión del apoyo.</p> <p>_____</p> <p>Nombre, firma y número de empleado del profesional de trabajo social</p>

Fuente: Elaboración propia

Anexo 17. Reporte de visita domiciliaria

Datos de identificación del usuario			
No. Expediente		Diagnóstico médico y/o social	
Nombre	Género	Edad	Ocupación
Estado civil	Escolaridad		
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento	
Domicilio			
Situación sociomédica actual del usuario Fecha de nacimiento			

Objetivo de la entrevista domiciliaria

Temas tratados

Estructura y composición familiar

Relaciones entre los integrantes de la familia

Dinámica familiar (roles, normas y pautas de funcionamiento)

Características de la vivienda

Organización en el hogar

Hábitos de higiene y de salud

Características del contexto social

Servicios públicos

Relaciones de la familia en su contexto

Otras observaciones de interés.

Elaboración del diagnóstico social

Fecha: (lugar, días, mes y año)

Firma y número de empleado del profesional de trabajo social

Fuente: Elaboración propia

Reseña curricular de la autora

Diana Franco Alejandro Licenciada en Trabajo Social (UNAM-ENTS), Maestra y Doctora en Educación por la Universidad Abierta de San Luis Potosí. Perfil deseable PRODEP (2021-2025). Profesor de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias de la Conducta. Líder del Cuerpo académico: Investigación e intervención multidisciplinar en los problemas sociales contemporáneos. Presidenta del Colegio de Trabajadores Sociales del Estado de México, A. C. Ha publicado artículos en revistas nacionales y extranjeras. Ha participado como ponente a nivel nacional e internacional. Sus líneas de investigación versan en el trabajo social disciplinar, familia, discapacidad y asistencia social.

Correo de contacto
dfrancoa@uaemex.mx

ORCID
<https://orcid.org/0000-0002-8239-3594>

*Discapacidad y asistencia social:
atención individualizada*, se terminó
de imprimir en la Ciudad de Mérida
Yucatán, el 22 de noviembre de 2024.
La edición será publicada en la página
web de la Academia Nacional de
Investigación en Trabajo Social;
www.acanits.org

ISBN: 978-607-8987-11-5



La obra plantea a la discapacidad como un fenómeno médico que ha generado la necesidad de comprender los procesos históricos y las reflexiones teóricas influenciadas por la presión de diversos grupos sociales en torno a la reivindicación de los derechos de este colectivo. Su abordaje médico y conceptual ha ido evolucionando debido a los paradigmas sociales e ideológicos respecto a las personas, quienes han impulsado un cambio de mirar a la discapacidad desde un abordaje médico-social.

Desde el punto de vista social la discapacidad social es una manifestación compleja que emerge de la interacción entre las características biológicas del ser humano y las particularidades de la sociedad en la que se desenvuelve, involucra una amplia gama de factores que van desde los económicos hasta los culturales, pasando por los biológicos, sociales y educativos, elementos que juegan un papel crucial en la integración social de las personas con discapacidad.

Por ello, el tratamiento médico-social para las personas con discapacidad se fundamenta en la Ley General de Salud y en la Ley de Asistencia Social. Así pues, se ha definido al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) como la instancia normativa responsable de dicha atención. El SNDIF ha establecido convenios de colaboración con estados y municipios a fin de compartir y replicar los programas de atención a las personas con discapacidad, a través de unidades y centros de rehabilitación que cuentan con profesionales indicados para proporcionar servicios de manera multidisciplinaria, incluyendo al trabajador social.