

**INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (HUS)**



SANDRA PAOLA MORA ROJAS

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA
2011**

**INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (HUS)**

SANDRA PAOLA MORA ROJAS

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Trabajadora Social**

**Directora
INÉS VALBUENA VANEGAS
Trabajadora Social**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA
2011**

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero darle gracias a Dios, por darme la vida y por ser mi fortaleza y guía en cada uno mis pasos.

A mi madre Gloria Inés Rojas, por brindarme su amor y apoyo incondicional, además porque con su esfuerzo y dedicación ejerció el rol de padre y madre al mismo tiempo, siendo mi ejemplo a seguir.

A José Luis Chacón, por hacer parte de mi vida y apoyarme incondicionalmente durante mi formación profesional.

A mis compañeros y compañeras y ahora colegas, (Alfonso Arguello, Vanesa Álvarez, María T. Castro y Catherine Lozano), por compartir momentos que serán inolvidables y que llevaré en mi mente y en mi corazón.

A mi directora de proyecto, Inés Valbuena Vanegas, por enseñarme a ser mejor persona y mejor profesional.

A la subgerencia de servicios ambulatorios y apoyo diagnóstico del Hospital Universitario de Santander, por darme la oportunidad de realizar mi experiencia profesional allí.

Finalmente, a todas aquellas personas que creyeron y siguen creyendo en mis capacidades y fortalezas.

DEDICATORIA

Dedico este triunfo a Dios, porque sin él nada es posible y la vida no tendría sentido.

A mi madre por enseñarme el valor de la educación y por enseñarme a luchar por todos y cada uno de mis sueños y anhelos.

Y a los pacientes del área de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander, que me permitieron conocerlos y conocerlas y llevar a cabo la experiencia profesional.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL	16
1.1 MODELO BIOPSIICOSOCIAL	16
1.2 ENFOQUE PSICOSOCIAL	18
1.3 DETERMINANTES DE LA SALUD	20
1.4 DISCAPACIDAD	21
1.5 ENFOQUE DE DERECHOS	22
1.6 REHABILITACIÓN CON PERSONAS QUE PRESENTAN DISCAPACIDAD POR AMPUTACIÓN.	25
1.7 TEORÍA DE REDES SOCIALES	26
2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	29
3. CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN Y GRUPO POBLACIONAL	36
3.1 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (HUS)	36
3.2 OBJETO SOCIAL HUS	38
3.3 MODELO DE PLANEACIÓN HUS	39
3.4 PRODUCTOS O SERVICIOS	41
3.5 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	43
3.6 ESTADÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	45
3.6.1 Estadísticas por consulta externa de amputaciones año 2010	45
3.6.2 Estadísticas de amputación a personas por rango de edad durante el año 2010	46
4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	48
4.1 DIAGNÓSTICO INICIAL	48
4.1.2 Matriz DOFA del proceso de atención a pacientes del área de Rehabilitación del Servicio Ambulatorio y Apoyo Diagnóstico del HUS.	48

4.1.3	Análisis de la matriz DOFA	50
4.1.5	Evaluación y priorización de estrategias	57
4.2	JUSTIFICACIÓN DEL PROCESO DE ACCIÓN PROFESIONAL	58
4.3	PLANEACIÓN DEL PROCESO DE ACCIÓN PROFESIONAL	59
4.3.1	Objetivos de la acción profesional	59
4.3.2	Proceso metodológico de acción profesional	66
4.3.3	Descripción del proceso de acción profesional	68
4.4	GUÍA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE TRABAJO SOCIAL, PARA PACIENTES CON DISCAPACIDAD POR AMPUTACIÓN DEL ÁREA DE REHABILITACIÓN DEL HUS.	80
4.5	ANÁLISIS DEL PROCESO LLEVADO A CABO	86
5.	EVALUACIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN	90
6.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN. CREACIÓN DEL CARGO DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (HUS)	96
7.	CONCLUSIONES	105
8.	RECOMENDACIONES	107
	BIBLIOGRAFÍA	108
	ANEXOS	114

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura No. 1 Organigrama General	43
Figura N° 2 Organigrama Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Diagnóstico	44
Figura N° 3 Edad de la población con discapacidad	69
Figura N° 4 Municipio de residencia de las personas intervenidas	70
Figura N° 5 Ocupación de las pacientes con discapacidad	71
Figura N° 6 Grado de escolaridad de las personas con discapacidad	72
Figura N° 7 Tipo de tratamiento a los que asistieron las personas con discapacidad	72
Figura N° 8 Apoyo de redes sociales	73
Figura N° 9 Respuestas cuestionario de calidad de vida sf- 36	122
Figura N° 10 Respuestas por componentes cuestionario de calidad de vida sf- 36	123
Figura N° 11 Respuestas en la segunda aplicación de cuestionario de calidad de vida sf- 36	124
Figura N° 12 Respuestas por componentes en la segunda aplicación cuestionario de calidad de vida sf- 36	125

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1 Estadísticas por consulta externa de amputaciones año 2010	45
Tabla N° 2 Estadísticas de amputaciones por rango de edad	46
Tabla N° 3 Debilidades y oportunidades	48
Tabla N° 4 Diagnóstico Estratégico	56
Tabla N° 5 Atención psicosocial para pacientes con discapacidad por amputación. Objetivo estratégico 1.	60
Tabla N° 6 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Objetivo estratégico 2	62
Tabla N° 7 Capacitación al equipo interdisciplinario sobre riesgos psico-sociales. Objetivo estratégico 3	64
Tabla N° 8 Perfil profesional para Trabajo Social	99
Tabla N° 9 Presupuesto	104
Tabla N° 10 Operacionalización de las variables	128
Tabla N°11 Conceptualización de las variables	130

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF36	114
ANEXO B CALIFICACIÓN CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF36	122
ANEXO C FICHA SOCIAL	126
ANEXO D ESQUEMA BÁSICO VISITA SOCIO-FAMILIAR	133
ANEXO E TALLER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE-PROYECTO DE VIDA	136
ANEXO F FORMATO DE ASISTENCIA TALLER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	138
ANEXO G EVALUACIÓN TALLER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	139
ANEXO H TALLER GRUPAL	140
ANEXO I FORMATO DE ASISTENCIA TALLER GRUPAL	142
ANEXO J FICHA DE SEGUIMIENTO	143
ANEXO K FOLLETO ALUSIVO A CONDUCTAS DE VIDA SALUDABLE	144
ANEXO L FOLLETO ALUSIVO A DERECHOS Y DEBERES DE LOS Y LAS PACIENTES	146
ANEXO M FOLLETO ALUSIVO A LA COMUNICACIÓN ASERTIVA	148
ANEXO N FOLLETO ALUSIVO A MANEJO DEL TIEMPO	150
ANEXO O FLUJOGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO	152
ANEXO P FORMATOS DE ASISTENCIA TALLERES P Y P	158
ANEXO Q FORMATO DE ASISTENCIA CAPACITACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN NIÑOS, NIÑAS Y EN LA MUJER	165
ANEXO R REGISTRO FOTOGRÁFICO	168

RESUMEN

TÍTULO: INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (HUS)*.

AUTORA: SANDRA PAOLA MORA ROJAS**

PALABRAS CLAVE: Atención psicosocial, rehabilitación en personas con discapacidad, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, enfoque de derechos y modelo bio-psicosocial.

DESCRIPCIÓN:

El presente documento, recopila la experiencia de intervención profesional de Trabajo Social en la atención psicosocial desarrollada para pacientes con discapacidad por amputación, que asistieron al área de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander-HUS-, durante el primer período académico de 2011.

El marco referencial describe enfoques, teorías y conceptos, que fundamentaron el accionar profesional, entre ellos se encuentran: modelo bio-psicosocial, enfoque psicosocial, enfoque de derechos, teoría de redes, determinantes de la salud, discapacidad y el concepto de rehabilitación de personas con discapacidad. A su vez, la experiencia se basa en el marco legal de la Constitución Política de Colombia, Ley 100 de 1993 y la resolución 48 de 1996 que hace referencia a las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Respecto al proceso de análisis y diagnóstico, se realizó por medio de planeación estratégica, en la cual se priorizaron las estrategias de intervención y se desarrollaron los procesos de intervención en cuanto a la atención psicosocial de los pacientes con discapacidad, acciones encaminadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y, la capacitación en cuanto a la detección y atención de la violencia intrafamiliar, violencia sexual y de género.

Finalmente, se presenta la propuesta: "creación del cargo de Trabajo Social en el área de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander-HUS-, con el fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones sociales, reduciendo los traumas de la población intervenida, su núcleo familiar y social.

* Proyecto de Grado.

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Directora de Proyecto: Inés Valbuena Vanegas.

SUMMARY

TITLE: SOCIAL WORK INTERVENTION IN THE AREA OF REHABILITATION OF "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER" (HUS)*

AUTHOR: MORA ROJAS SANDRA PAOLA **

KEYWORDS: Psychosocial care, rehabilitation for people with disabilities, health promotion, disease prevention, human rights approach and bio-psychosocial model.

DESCRIPTION:

This document compiled the experience of professional intervention of Social Work in psychosocial care developed to patients with disabilities by amputation, who attended to rehabilitation are a of the Hospital Universitario de Santander-HUS, during the first term of 2011.

The reference framework described approaches, theories and concepts, who founded the professional activities, among them are: biopsychosocial model, psychosocial approach, human rights approach, network theory, determinants of health, disability and the concept of rehabilitation of people with disabilities. In turn, the experience is based on the legal framework of the "Constitucion de Colombia", Law 100 of 1993 and resolution 48 of 1996 referring to the standard rules on the equailization of opportunities por persons with disabilities.

About the process of analysis and diagnosis, was performed by of strategic planning, which were prioritized intervention strategies and developed intervention processes about psychosocial care of patients with disabilities, actions to promoting health and disease prevention, and training regarding the detection and treatment of domestic violence, sexual violence and gender. Finally, presents the proposal, "creating the post of Social Work in the area a of rehabilitation of the Hospital Universitario de Santander-HUS-, in order to contribute to the improvement of social conditions, reducing the trauma of the population operated, her family circle and social.

* Project Grade.

** Faculty of Human Sciences. School of Social Work. Project Manager: Inés Valbuena Vanegas.

INTRODUCCIÓN

El presente documento contempla de manera estructurada los elementos teórico-prácticos que constituyeron la intervención de Trabajo Social en el Hospital Universitario de Santander-HUS- en el campo de atención psicosocial, área de rehabilitación de la subgerencia de servicios ambulatorios y apoyo terapéutico, llevada a cabo durante el primer período académico del año 2011.

Los servicios en la salud han sido establecidos como derecho fundamental que implican una atención integral a la población, con el fin alcanzar una vida digna que permita desempeñarse de forma eficaz y eficiente, en las actividades ya sea de carácter escolar, laboral, familiar entre otras.

Para mantener un adecuado estado de salud se requiere de una intervención no sólo de tipo físico, sino también psicológico y social. De ahí que la intervención se haya centrado en la atención psicosocial, la cual se dirigió principalmente a las personas con discapacidad por amputación en proceso de rehabilitación.

Es importante aclarar que el HUS para optimizar sus programas de salud ha generado espacios de apoyo interinstitucional con instituciones educativas, lo que le ha permitido ser reconocido por sus estándares de calidad, especialidad en los procedimientos y tratamientos que se ejecutan, sirviendo además de alianza para el fortalecimiento a la academia, al permitir que los estudiantes universitarios lleven a la praxis su bagaje teórico y actitudinal adquirido en su formación.

En el primer capítulo se ubica el marco teórico-conceptual que describe los enfoques, teorías y conceptos que fundamentaron las acciones realizadas. El segundo, es la contextualización de la experiencia conformada por aquella normatividad y legislación que promueve la atención y protección de las personas

con discapacidad y así mismo, la promoción de la salud de la población en general.

Por consiguiente, la caracterización de la institución y grupo poblacional es lo que compone el tercer capítulo. En este apartado se hace la caracterización del HUS como empresa social del Estado e institución prestadora de servicios de salud de tercer nivel de complejidad. Se presenta el modelo de planeación de esta entidad, la misión, visión, sus objetivos corporativos, valores, productos o servicios ofertados y la estructura organizativa. Y así mismo, se describen las estadísticas epidemiológicas; particularmente de los procedimientos por amputación realizados en el año anterior.

En el cuarto capítulo se expone el proceso de planeación, el cual inicia con un diagnóstico que identifica y analiza la situación encontrada inicialmente. A partir de ello surge una serie de estrategias que son priorizadas y justificadas de acuerdo a lo observado y analizado. Luego se encuentra la descripción específica: proceso de intervención que contempla el diseño e implementación de una guía de atención psicosocial para las personas con discapacidad por amputación; la implementación de mecanismos de información, educación y comunicación, sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigidos a los pacientes que asisten al área de rehabilitación y a sus acompañantes y, el brindar capacitación al equipo interdisciplinario sobre la detección y atención de riesgos psicosociales en los y las pacientes en temáticas como violencia sexual y la violencia intrafamiliar en niños, niñas y mujeres.

En el quinto capítulo se hace la evaluación del proceso de práctica. En el sexto la propuesta de intervención profesional: creación del cargo de Trabajo Social en el área de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander-HUS-. Finalmente, se agregan las conclusiones, las recomendaciones, la bibliografía y los anexos.

1. MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL

En la rehabilitación del estado de salud para alcanzar un nivel óptimo, se requiere realizar acciones que contribuyan a ello, pero estas acciones deben tener bases que las fundamenten y justifiquen. Es por eso, que todo proceso práctico necesita soportarse en un marco de referentes para una adecuada interpretación y análisis de la realidad desde los fundamentos de la teoría, enfoques y conceptos.

1.1 MODELO BIOPSIICOSOCIAL

El modelo bio-psicosocial, surge con la necesidad de pasar de una concepción de la salud sólo de origen patológico (enfermedades específicas de tipo físico), a concepciones que integran tanto lo biológico con lo psicológico y lo social, como determinantes en el estado de salud de una persona¹. Este modelo fue “propuesto por Engel en 1977 y, se deriva de la teoría general de los sistemas”². Se define como “un acercamiento sistémico a la enfermedad que enfatiza la interdependencia de los factores físicos, psíquicos y sociales que intervienen en ella, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos sus niveles”³. Según Antonovsky⁴, entre las características de este modelo se encuentran:

a) Rechaza el reduccionismo del modelo biomédico: le brinda relevancia a los diferentes niveles (biológicos, psicológicos, y sociales) en la salud,

¹ POMODORO Cirano, Loreto. Conceptos de Atención Primaria y Modelos de Atención. [diapositivas]. [s.l] 2009

².Ibíd.

³ G.D. Bishop. (1994). Health psychology: integrating mind and body (pp. 60-61). Boston, MA: ALLYN & Bacon. En: LEÓN, José María, et al. Psicología de la salud y de la calidad de vida. P. 35 (Consultado 05 de Junio de 2011). (Disponible vía Internet) http://books.google.com/books?id=esM3UUnq9kcC&pg=PA37&lpg=PA37&dq=modelo+biopsicosocial+en+salud&source=bl&ots=YBkirUblpu&sig=KfrPk_KnQQ3IrTxaq43uSEKldA&hl=es&ei=gHjrTcLKO6b20gHyh9ivAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBkQ6AEwADgK#

⁴ Ibíd., 36-37.

recalcando su multicausalidad; ya que en el modelo biomédico, solo analiza el las patologías desde orígenes biológicos, dejando de lado otros factores que implican el desarrollo de las enfermedades.

- b) Evita el dualismo mente-cuerpo:** al recalcar la existencia de interdependencia de los diferentes sistemas. Una alteración o cambio en algún nivel de jerarquía (superiores o inferiores), influye en todos los demás. Por ejemplo, un tumor maligno (cambio en el tejido) afecta a nivel inferior (sistema celular) como a nivel superior (personal, familiar y social). De esta manera, se reconoce que en el contexto y las condiciones de vida, existen factores que son variables y que inciden en el inicio y desarrollo de una enfermedad.

- c) Introduce el concepto de autorregulación:** cada sistema busca un equilibrio en su funcionamiento, otorgando al sujeto un papel activo en lo todo lo relacionado con su estado de salud, se interesa por promover estrategias para que el sujeto logre comportamientos idóneos, para mantener un adecuado estado en su salud.

- d) Enfatiza tanto la salud como la enfermedad:** ya que estos dos aspectos conforman un mismo proceso, le otorga gran relevancia a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad. Por ende, promueve la multi-interdisciplinariedad en el momento de afrontar los problemas de la salud y tiene en cuenta a su vez los contextos de la salud.

- e) El modelo bio-psicosocial alude a lo social y a lo político:** sus planteamientos y soluciones, necesariamente requieren de la participación activa de las personas y las comunidades.

1.2 ENFOQUE PSICOSOCIAL

En concordancia con el anterior modelo, durante el proceso de intervención profesional de Trabajo Social, se buscó la atención desde un enfoque psicosocial, explicado por Fernando Arias⁵: como la forma de interpretar los diferentes fenómenos humanos, desde un punto de vista relacional, en lo que tiene que ver con la persona y el contexto que considera importante, en el cual se crean significados, significantes y símbolos, de manera interactiva; comprendiendo los hechos humanos desde lo subjetivo y desde lo social, lo que a su vez permite establecer parámetros de intervención por medio de herramientas que incluyen estos dos ámbitos.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud “es un estado físico, mental y social y, no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”⁶, por lo anterior, la atención no sólo va dirigida al estado físico únicamente, sino que se requiere una atención que integre otras características y ámbitos del ser humano, como lo es lo biológico, lo psicológico y lo social, para lograr de esta forma un verdadero bienestar en el estado de salud de las personas.

Se ha tomado una nueva orientación al respecto, que es la promoción de salud y la prevención de la enfermedad. Al hacer referencia a este concepto, necesariamente se debe aludir a la Carta de Ottawa, aprobada en la Conferencia Internacional de Ottawa en el año 1986. Allí se definió que la promoción de la salud, es “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”⁷ y que según esta misma carta, implica un proceso político y

⁵ ARIAS M, Fernando Jiovani. Desplazamiento forzado en Colombia, reflexiones sobre su implicación emocional. Revista Palimpsesto, Universidad Nacional de Colombia. Nº 2. Bogotá D. C., 2002. En: HANDICAP INTERNACIONAL. Minas antipersonal en Colombia: El camino hacia la rehabilitación e inclusión social. Colombia 1 ed. Bogotá. Octubre, 2007. P. 69.

⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Agenda de Investigaciones. (Consultado, 06 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) <http://www.who.int/peh-emf/research/agenda/es/index.html>

⁷ *Ibíd.*

social, que constituyen el fortalecimiento de habilidades y capacidades de las personas, y a su vez requiere acciones que modifiquen las condiciones sociales, ambientales y económicas, que logre atenuar el impacto en la salud pública e individual. Y que además es fundamental la participación, permitiendo así mantener las acciones encaminadas hacia la promoción de la salud.

Dentro de esta carta se identificaron tres estrategias que son básicas para la promoción de la salud; éstas son las siguientes: “abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas; facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud y mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad”⁸. Las estrategias son apoyadas por cinco áreas: “establecer una política pública saludable; crear entornos que apoyen la salud; fortalecer la acción comunitaria para la salud; desarrollar las habilidades personales y reorientar los servicios sanitarios”⁹.

Años más tarde en 1997, se realizó la Declaración de Yakarta¹⁰, que orienta la promoción de la salud hacia el siglo XXI identifica cinco prioridades las cuales son: “Promover la responsabilidad social para la salud; incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud; expandir la colaboración para la promoción de la salud; incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos; garantizar una infraestructura para la promoción de la salud”¹¹.

Como complemento de la promoción de la salud mencionada anteriormente, se encuentra la prevención de la enfermedad, haciendo alusión a ella como “las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales

⁸ *Ibíd.*

⁹ *Ibíd.*

¹⁰ *Ibíd.*

¹¹ *Ibíd.*

como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”¹².

La prevención de la enfermedad implica actividades distintas a las de la salud, ya que, “la acción que normalmente emana del sector sanitario y, que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables, suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo”¹³. De ahí, la importancia de actuar en correspondencia con éstas dos concepciones: promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para contribuir al bienestar de las personas que asisten al área de rehabilitación de los servicios ambulatorios y de apoyo terapéutico del Hospital.

1.3 DETERMINANTES DE LA SALUD

Otros de los aspectos a tener en cuenta, son los determinantes sociales (DSS), definidos de acuerdo con Jeanette Vega, Orielle Solar, Alec Irwin, como aquellas condiciones sociales, en donde viven y trabajan las personas¹⁴; pues en la mayoría de las situaciones, no basta sólo con la asistencia médica, para lograr un proceso o mejoramiento en la salud de las personas. Se requiere comprender todas las esferas que hacen parte de la vida, como son las características sociales como su relacionamiento o convivencia con su familia, núcleo de amigos, su estilo de vida; las condiciones de vivienda; su educación; es decir, todo aquel engranaje de determinantes que permiten alcanzar un nivel y calidad de vida óptima.

Por consiguiente, dentro de los determinantes de la salud, que influyen en el proceso de rehabilitación de las personas con discapacidad, se definieron los siguientes:

¹²Ibíd.

¹³Ibíd.

¹⁴ VEGA, Jeanette, SOLAR Orielle y IRWIN Alec. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. [s.n]. Chile; [c.a]. p. 9.

-Ocupación: “la clase de trabajo que efectúa una persona ocupada (o que desempeñaba antes si está cesante) durante el período de referencia adoptado, independientemente de la rama económica a la que pertenezca o la categoría de empleo que tenga”¹⁵.

-Educación: “un derecho de la persona y un servicio que tiene una función social: con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, a los demás bienes y valores de la cultura”¹⁶.

-Estilos de vida saludable: “forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones Sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”¹⁷.

-Autonomía: “refiere a aquella capacidad que ostentan los seres humanos de poder tomar decisiones sin la ayuda del otro”¹⁸.

1.4 DISCAPACIDAD

Parte de la población objeto de intervención durante la práctica, fueron las personas que asistieron al área de rehabilitación del HUS, pero específicamente aquellas que se encontraron en estado de discapacidad, el cual ha sido originado, por la explosión de una mina antipersonal, accidente de tránsito y/o enfermedad general. De acuerdo a la OMS, “discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la

¹⁵ MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL. Gobierno de Chile. (Consultado, 27 de Abril 2011). (Disponible vía Internet). <http://www.trabajoinfantil.cl/definiciones.html>

¹⁶ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. De los derechos, las garantías y los deberes: Los derechos sociales, económicos y culturales. P 27-28.

¹⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD .Op cit.

¹⁸ [Anónimo].Definición de Autonomía. (Consultado, 27 de Mayo de 20011). (Disponible vía internet). <http://www.definicionabc.com/general/autonomia.php>

participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas y, las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales”¹⁹.

En cuanto a las deficiencias, se presentan como aquellas dificultades o impedimentos según el miembro del cuerpo amputado, ya sea para caminar, agarrar objetos con las manos o realizar otro tipo de actividades que solía hacer antes de la amputación. En lo referente a las limitaciones de la actividad, son las transformaciones o cambios, en las acciones cotidianas que la persona antes del accidente o amputación realizaba y, que ahora son más difíciles de ejecutar²⁰.

Por otra parte, en lo que tiene que ver con las restricciones, son aquellas que también dificultan el que estas personas participen plenamente en situaciones que son vitales para ellas, como por ejemplo: el realizar ejercicio físico, actividades de recreación, o el disfrutar de las labores que comprendían su ocupación antes de encontrarse en este estado²¹.

1.5 ENFOQUE DE DERECHOS

El proceso llevado a cabo con las personas objeto de intervención, se enmarca en el enfoque de derechos, haciendo referencia a éste, según Guendel como aquel que:

procura construir un orden centrado en la creación de relaciones sociales basadas en el reconocimiento y respeto mutuo y en la transparencia, de modo que la satisfacción de las necesidades materiales y subjetivas de todas las personas y colectividades, sin excepción alguna, constituya una obligación jurídica y social. (.....)

¹⁹ Ibíd.

²⁰ Ibíd.

²¹ Ibíd.

buscando construir mecanismos jurídicos y políticos que transformen las instituciones, y consecuentemente la vida social y cotidiana de las personas con base en una nueva ética del desarrollo humano²².

De acuerdo con este enfoque, se ha determinado la modificación a la definición de las personas en estado de discapacidad, pues desde lo descrito en el Plan Nacional en Discapacidad²³, siempre había estado vinculado un paradigma únicamente médico, sin llegar a tener en cuenta las situaciones sociales, culturales y económicas que conforman las circunstancias que dificultan o amplían las barreras de la discapacidad. Debido a esto “algunos Estados propusieron que se adoptara la misma definición establecida en la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con Discapacidad”²⁴, pero de acuerdo a este mismo Plan Nacional de Discapacidad en Colombia, aún esta definición no satisfacía a las personas con discapacidad que hacían parte de la International Disability Caucus (en español Comité Internacional de discapacidad), puesto que dicha definición todavía estaba muy influenciada por el paradigma médico y esencialmente procuraba definir la discapacidad y no la persona con discapacidad.

La relevancia “de este cambio de paradigma radica en que la sola definición de la discapacidad sirve para situar a la persona con discapacidad (PCD) como un “objeto” del derecho y, en cambio, la definición de persona con discapacidad sirve para situarlas como “sujetos” del derecho”²⁵. Por lo tanto, la definición se dimensiona como se relaciona a continuación: “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir

²² UMAÑA, Sonia Solís. El enfoque de derechos: aspectos teóricos y conceptuales. (Consultado, 07 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000133.pdf

²³ PODER LEGISLATIVO DE COLOMBIA. Plan Nacional de Discapacidad en Colombia. (Consultado, 07 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) www.lazarum.com/2/articulos/articulos_ver.php

²⁴ *Ibíd.*

²⁵ *Ibíd.*

su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás..”²⁶

Al referirse a un enfoque de derechos, indiscutiblemente se debe hablar de los derechos humanos, los cuales se caracterizan por ser “universales, políticos, civiles, económicos, sociales y culturales, pertenecen a todos los seres humanos, incluyendo a la personas con distintas discapacidades. Las personas con discapacidad deben gozar de sus derechos humanos o libertades fundamentales en términos iguales con otros en la sociedad, sin discriminación de ningún tipo. Ellos también disfrutan de ciertos derechos específicamente ligados a su status”²⁷.

Los derechos que se mencionan son los siguientes:

Los derechos humanos para las personas con discapacidad incluyen los siguientes derechos indivisibles, interdependientes e interrelacionados:

- El derecho a la no distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en su condición de discapacidad en el efecto de deteriorar el disfrute de los derechos humanos y libertades fundamentales.
- El derecho a la igualdad de oportunidades.
- El derecho a una completa igualdad y protección ante la Ley.
- El derecho a un alto estándar de salud para un tratamiento médico, psicológico y funcional. De igual manera, a una rehabilitación médica y social y otros servicios necesarios para el máximo desarrollo de las capacidades, habilidades y auto-confianza.
- El derecho a trabajar, de acuerdo con sus capacidades, a recibir salarios igualitarios que contribuyan a un estándar de vida adecuado.

²⁶ *Ibíd.*

²⁷ MOVIMIENTO DE LOS PUEBLOS PARA LA EDUCACIÓN EN DERECHOS HUMANOS (PDHRE). Derechos Humanos y Personas con Discapacidad. (Consultado, 10 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) <http://www.pdhre.org/rights/disabled-sp.html>

- El derecho a ser tratado con dignidad y respeto²⁸

Con lo anterior, es evidente que las personas independientemente del origen de su discapacidad, son sujetos de derechos, derechos que son inalienables, y deben ser respetados y aplicados en cualquier lugar del mundo.

1.6 REHABILITACIÓN CON PERSONAS QUE PRESENTAN DISCAPACIDAD POR AMPUTACIÓN.

Según la concepción de Naciones Unidas en el año 1994, por medio de las Normas Uniformes²⁹, acerca de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, se definió como:

un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuente con medios para modificar su propia vida y ser más independiente. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional³⁰.

De acuerdo con este concepto, se busca que la atención durante el proceso de rehabilitación las personas logren alcanzar (refiriendo de forma general), en primera instancia la adaptación a este nuevo estado y en segundo lugar, lograr mejorar la capacidad física y psicosocial para que estas personas puede realizar cada una de las actividades de la vida cotidiana y que por ende se logre contribuir al bienestar de las mismas.

²⁸ *Ibíd.*

²⁹ Las Normas Uniformes consisten en 22 normas relativas a las personas con discapacidad que resumen el mensaje del Programa de Acción Mundial e incorporan la perspectiva de derechos humanos que se ha desarrollado a lo largo del Decenio (1983-1992).

³⁰ ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, ONU. Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Resolución 48/96, aprobada por la Asamblea General, en su cuadragésimo octavo período de sesiones, de 20 de diciembre de 1993. Citado por: HANDICAP INTERNATIONAL. Minas Antipersonal en Colombia: El camino hacia la rehabilitación e inclusión social. La institución. Bogotá; octubre 2007. P. 72.

1.7 TEORÍA DE REDES SOCIALES

Una de las teorías aplicables a la intervención, es la teoría de redes sociales. Esta teoría, la cual surge, según Ainhoa de Federico de la Rúa³¹, a inicios de los años 30 en Estados Unidos, con el trabajo de Jacob Moreno, quien era psicólogo social y el cual definió como “átomo social”, no sólo a la persona, sino a la persona y a las relaciones interpersonales, que pueden ser tanto de afinidad, atracción, y rechazo que se establecen en su contexto o entorno social.

Por consiguiente, para hablar de redes sociales, es importante apropiarse un concepto idóneo, encontrando validez en la definición de Carlos Lozares³², quien expresa que una red social, es una estructura social, compuesta de personas (organizaciones u otras entidades), las cuales están conectadas por uno o varios tipos de relaciones, tales como amistad, parentesco, intereses comunes, intercambios económicos, relaciones sexuales, o que comparten creencias, conocimiento o prestigio.

Existen tres tipos de redes que son:

- ❖ **Redes primarias:** hace referencia a las relaciones más próximas que establecen los integrantes de la familia; se convierte en lazo fuerte de unión, afecto y apoyo para el sostenimiento familiar.
- ❖ **Redes secundarias:** Corresponde a los vínculos que las familias establecen en el contexto comunitario y social. En este tipo de redes se construyen lazos y relaciones de auto ayuda, cooperación y solidaridad, con el propósito de alcanzar solución a dificultades compartidas, sueños conjuntos o proyectos en común.

³¹ DE LA RÚA, Federico de Ainhoa. Análisis de Redes Sociales y Trabajo Social. En: Portuaria. 23 de Agosto de 2008. Vol. III. P 1-14. (Consultado, 06 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) <http://revista-redes.rediris.es/webredes/portularia/01.Ainhoa%20federico.pdf>

³² LOZARES, Carlos. La teoría de Redes Sociales. (Consultado, 06 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) <http://webs2002.uab.es/antropologia/ars/paperscarlos.rtf>

- ❖ **Redes institucionales:** estas redes circunscriben los servicios y apoyo de tipo institucional con que cuentan las familias ya sea para superar sus dificultades o para alcanzar mejores niveles de vida³³.

De a lo anterior, se puede deducir que lo que las personas piensan y hacen, tiene su origen y se manifiesta en las pautas de las relaciones situacionales que se dan entre ellas, lo que quiere decir, que no solo el factor individual influye en el sentir de los seres humanos, sino también todos aquellos atributos de su relacionamiento con los demás. Estos puntos de referencia se convierten en significativos y a su vez hacen que afecten su vida directa o indirectamente.

Ainhoa Federico de la Rúa, realizó un análisis de redes sociales y la aplicación en el Trabajo Social dentro del área de apoyo social. Dicho

apoyo social se suele referir a la ayuda recibida de redes sociales informales, pero ésta puede también proceder de redes formales de profesionales como los propios trabajadores sociales, médicos, enfermeras, psicólogos, psicoterapeutas o profesionales de la terapia ocupacional. Los profesionales de la intervención social han utilizado la perspectiva del análisis de redes para examinar las redes de apoyo social, ya sean profesionales, informales o mixtas³⁴.

De acuerdo al apoyo social que se menciona anteriormente, y relacionándolo para el caso del proceso de práctica, se analizó las redes existentes para estas personas, que permitieron ser el acompañamiento dentro de su proceso de rehabilitación, como pueden ser los profesionales que realizaron las terapias requeridas, las instituciones a las que asistieron, sus familias o los grupos de pares, las cuales comprenden ese apoyo social, el cual contribuye al momento de definir o redefinir un proyecto de vida de inclusión laboral, o al momento de realizar el proceso de aceptación de este nuevo estado.

³³ Tipos y funcionamientos de las redes sociales. [Anónimo]. (Consultado, 06 de Noviembre de 2011). (Disponible vía Internet) www.shinealight.org/spanish/DVDcontents/TiposdeRedes.pdf

³⁴ DE LA RÚA, Federico de Ainhoa. Análisis de Redes Sociales y Trabajo Social. En: Portuaria. 23 de Agosto de 2008. Vol. III. P 15. (Consultado, 06 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) <http://revista-redes.rediris.es/webredes/portularia/01.Ainhoa%20federico.pdf>

1.8 ESTRATEGIA IEC: Según la OPS (Organización Panamericana de la Salud):

El conjunto de Información, Educación y Comunicación, (Componente IEC), también conocido en la actualidad como Comunicación para el cambio de comportamiento (componente CCC), es el eje articulador de toda acción destinada a: elevar los niveles de conocimiento, modelar actitudes, inducir a prácticas saludables/favorables.

Su objetivo es promover o consolidar cambios de comportamiento o actitudes en determinadas audiencias, a través de la combinación de tecnologías, enfoques comunicacionales y procesos de socialización, primordialmente en áreas del desarrollo tales como salud y educación³⁵.

³⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Estrategias de Comunicación Micronutrientes. Citado por: NACIONES UNIDAS, Programa Mundial de Alimentos. (Consultado, 17 de Junio 2011). (Disponible vía Internet). <http://www.ops.org.bo/sociedad/rct/2006/20060502/IEC2.5.06.pdf>

2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Dentro de las normas que promueven la atención y protección de las personas con discapacidad se encuentran, “la resolución 48/96 de la Asamblea General, de 20 de diciembre de 1993, en la que se aprobaron las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad y, la resolución 56/115, de 19 de diciembre de 2001 sobre la aplicación del Programa de Acción Mundial para los Impedidos”³⁶. Estas normas aprobadas tuvieron como finalidad “garantizar que niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad, en su calidad de ciudadanos de sus respectivas sociedades, puedan tener los mismos derechos y obligaciones de los demás”³⁷.

A su vez, dentro de la Carta de Ottawa se describe un punto sobre la promoción de la salud, que es acerca de “desarrollar las habilidades personales” y en donde textualmente se escribe lo siguiente:

La promoción de la salud apoya el desarrollo individual y colectivo, aportando información, educación para la salud, y potenciando las habilidades para la vida. De este modo, aumentan las opciones disponibles para que la gente ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre sus ambientes, y para que hagan unas selecciones que conduzcan a la salud.

Es esencial capacitar a la población para que aprenda, a lo largo de su vida, a prepararse de cara a todas y cada una de las etapas de la misma, y a afrontar las enfermedades y lesiones crónicas. Esto ha de hacerse posible en los ambientes escolares, hogareños, laborales y comunitarios. Son necesarias acciones mediante los cuerpos

³⁶ NACIONES UNIDAS. Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. 2003. (Consultado, 10 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=1352>

³⁷ *Ibíd.*

educativos, profesionales, comerciales y de voluntariado, y dentro de las propias instituciones³⁸.

Lo anterior, se refiere a aquellas habilidades que deben tener las personas con discapacidad; que en el caso específico de la población con que se interactuó durante el proceso de la práctica, debió afrontar: primero la pérdida de algún miembro del cuerpo y además desarrollar actitudes que comprendan acciones para mejorar su estado de salud y potencializar su calidad de vida y el bienestar de sí mismos, pero junto con la ayuda y el apoyo de las personas que los rodean.

Así mismo, dentro del contexto nacional, también se cuenta con una serie de normas, que protegen los derechos de las personas con discapacidad en el territorio colombiano, lo cual está escrito en la Constitución Política de 1991, en donde se encuentran artículos que hacen alusión a la protección, atención, apoyo e integración social de las personas con discapacidad:

Artículo 13: "...El Estado protegerá especialmente a las personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan".

Artículo 47: "El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran".

Artículo 54: "El Estado debe garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud".

Artículos 48 y 49: en los cuales se prescribe que la seguridad social es un servicio público, obligatorio y a la vez un derecho irrenunciable de todos los habitantes, además "se garantiza a todas las personas el

³⁸ EL MOVIMIENTO HACIA UNA NUEVA SALUD PÚBLICA. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Canadá; 1986. P 21. (Consultado, 10 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>

acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud...”³⁹.

A su vez, en concordancia con la Carta Magna constitucional y según el Plan Nacional de Discapacidad en Colombia⁴⁰, se encuentra la Ley 361 de 1997 “por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones”. Esta Ley, hace conexión con los derechos fundamentales de las personas con discapacidad y así mismo, determina las obligaciones y responsabilidades que tiene el estado en los diferentes niveles, para que las personas, logren una completa realización personal y una total integración social, ocupándose también de la prevención, la educación, la integración laboral, la rehabilitación, la accesibilidad y el bienestar social.

En lo que tiene que ver con el nivel sectorial, se han establecido las siguientes determinaciones:

En salud, empleo y protección social:

Mediante el Decreto 205 de 2003 se fusionan los Ministerios de Salud y de Trabajo en el Ministerio de Protección Social, a quien se le atribuye la competencia, específica de “proponer y promover la ejecución de políticas de readaptación profesional y generación de empleo para personas con discapacidad, en coordinación con las demás Direcciones Generales del Ministerio, es decir con las Direcciones de Salud Pública, de Riesgos profesionales, de Empleo, entre otras⁴¹”.

Por consiguiente en la legislación colombiana se encuentra la Ley 1349 de 2009, “por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de la Naciones

³⁹ PODER LEGISLATIVO DE COLOMBIA. Plan Nacional de Discapacidad en Colombia. (Consultado, 10 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) www.lazarum.com/2/articulos/articulos_ver.php?

⁴⁰ *Ibíd.*

⁴¹ *Ibíd.*

Unidas el 13 de diciembre de 2006”⁴², está compuesta por un preámbulo y cincuenta artículos, describiendo como propósito principal “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”⁴³, haciendo referencia a las personas con discapacidad, como aquellas con deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial a largo plazo, y que interaccionar con diversas barreras, impiden la participación acorde y efectiva en la sociedad, en condiciones de igualdad con las otras personas.

En el tema de salud, la Ley 100 de 1993 crea el “Sistema de Seguridad Social Integral”, “...cuyo objeto es garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten”⁴⁴; con esta Ley se establece que toda la población Colombiana, debe contar con la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y, a su vez, indica que las personas con discapacidad, y que no cuenta con la capacidad de pago estarán como beneficiarios del régimen subsidiado (Art. 157), y para el caso de las personas que tiene Régimen Contributivo, la cobertura de su familia incluirá a aquellas personas con discapacidades permanentes y que tiene mayoría de edad (Art. 163). Dentro de este marco, se encuentra las “resoluciones 5261 de 1994 que adopta el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema de Seguridad Social en Salud, en el que se incluyen las actividades y procedimientos de rehabilitación; la resolución 4288 de 1996 define el Plan de Atención Básica que contiene acciones de promoción de la

⁴² CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1346 de 2009. (Consultado, 13 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet). http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2009/ley_1346_2009.html

⁴³ *Ibíd.*

⁴⁴ PODER LEGISLATIVO DE COLOMBIA. Plan Nacional de Discapacidad en Colombia. (Consultado, 10 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) www.lazarum.com/2/articulos/articulos_ver.php?

salud y prevención de la enfermedad para toda la población”⁴⁵, estos lineamientos muestran un carácter de aplicabilidad dentro del proceso de práctica que se lleva a cabo.

En este orden de ideas y de acuerdo a la población a intervenir, son aquellas personas, con discapacidad por amputación originada por explosión de mina antipersonal, accidente de tránsito o enfermedad general. Debido a la magnitud de esta problemática, se requiere hacer referencia a la normatividad, particularmente de aquellas que son víctimas de minas antipersonal, por ende “el Gobierno Colombiano, fijó como unos de sus lineamientos de Política de Derechos Humanos, y Derecho internacional Humanitario, la humanización del conflicto armado interno”⁴⁶.

En tal sentido, Acción Contra Minas Antipersonal (map)⁴⁷, el Ministerio de la Protección Social, diseñó una Ruta de Atención Víctimas de Minas Antipersonal, en ella se contemplan cinco etapas de atención a las cuales tienen derecho las víctimas de Minas Antipersonal (MAP), Municiones sin Explotar (MUSE) y Artefactos Explosivos Improvisados (AEI) en Colombia y que están contempladas descritas en la Ley 418 de 1997 y en el Decreto 3990 de 2007. Estas etapas son: (i) prehospitalaria; (ii) de urgencias y hospitalaria; (iii) de rehabilitación médica, física y psicológica; (iv) atención continuada; y, (v) reintegración psicosocial, escolar y laboral. Como se logra observar dentro de esta Ruta la etapa de Rehabilitación, no sólo comprende el aspecto médico, y físico, sino también, el psicológico y el social, los cuales permite que este sea un proceso de atención realmente integral para estas personas.

⁴⁵ *Ibíd.*

⁴⁶ VICEPRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Programa Presidencial de Derechos Humanos, Programa de Prevención de Accidentes por Minas Antipersonal y Atención a Víctimas, Observatorio de Minas Antipersonal. Colombia; [ca]. P 2. (Consultado, 10 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) discapacidadcolombia.com/.../GUIA_DE_ATENCION_A_VICTIMAS_POR_MINAS_ANTIPERSONAL.doc

⁴⁷ MAP. Acción contra minas antipersonal. Colombia; [c.a]. (Consultado, 12 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) http://www.antioquiasinmap.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=108&Itemid=66

Por otra parte, es importante mencionar en el aspecto legal, la ley de víctimas, puesto que los pacientes, quienes presentan discapacidad por amputación, la mayoría se debe a la explosión de minas antipersonal, una situación que los convierte como víctimas del conflicto armado en Colombia. Conforme a esta ley se consideran víctimas:

aquellas personas que individual o colectivamente y con anterioridad a la sanción de la presente ley, hayan sufrido menoscabo en sus derechos como lesiones transitorias o permanentes que ocasionen algún tipo de discapacidad física o psíquica o menoscabo de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones realizadas por los miembros de los grupos armados organizados al margen de la ley durante y con ocasión de su pertenencia a los mismos que hayan transgredido la legislación penal o constituyan una violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos⁴⁸.

Por la anterior descripción, las personas que son pacientes del HUS, y que cumplen con estas características, son definidas como víctimas que las acoge esta ley, conformada por 214 artículos y que tiene como finalidad “establecer un conjunto de medidas judiciales, administrativas, sociales y económicas en beneficio de las víctimas, que permita hacer efectivo el goce de sus derechos a la verdad, la justicia y la reparación, de modo que se reconozca su condición de víctimas y se dignifiquen a través de la recuperación del ejercicio de sus derechos constitucionales, promoviendo igualdad de oportunidades y la eliminación de cualquier forma de discriminación, dentro del marco de la justicia transicional”⁴⁹.

Dentro de esta ley se encuentra el concepto de rehabilitación que refiere a aquellas “acciones jurídicas, médicas, psicológicas y sociales para el restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de la víctima”⁵⁰,

⁴⁸ INSTITUTO DE ESTUDIOS PARA EL DESARROLLO Y LA PAZ – INDEPAZ. Los complejos debates de la ley de víctimas. (Consultado, 13 de Julio de 2011). (Disponible vía Internet). http://www.indepaz.org.co/attachments/190_Ley%20de%20v%C3%ADctimas.pdf

⁴⁹ CONGRESO DE COLOMBIA. (Consultado, 13 de Julio de 2011). (Disponible vía Internet). <http://www.derechoshumanos.gov.co/Programa/Documents/Ley-Victimas-2011.pdf>

⁵⁰ MESA NACIONAL DE VÍCTIMAS PERTENECIENTES A ORGANIZACIONES SOCIALES. Preguntas fundamentales sobre la Ley de Víctimas. Bogotá, 2011. P. 29.

aspecto que fue muy importante, ya que en el proceso de intervención profesional se buscó el ejercicio y goce de los derechos de esta población.

3. CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN Y GRUPO POBLACIONAL

3.1 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (HUS)

El Hospital Universitario de Santander (HUS), ha tenido importantes cambios a lo largo de su desarrollo. Éste inició como el Hospital Ramón González Valencia, el cual nació “por la necesidad de tener en la ciudad un hospital que diera cubrimiento en salud a todo el Nororiente Colombiano bajo el decreto presidencial N° 0793 del 13 de abril de 1951 firmado por el Ex-presidente Fernando Laureano Gómez”⁵¹.

Durante el año de 1981, se concedió cesión de todo el patrimonio del Hospital San Juan de Dios (HSJD), debido a que la infraestructura y las edificaciones del mismo no eran suficientes para la demanda de diseño e innovación, que se requería, para la atención de algunas urgencias⁵². A su vez, “la Facultad de Medicina de la UIS en ese momento realizaban sus prácticas en el Hospital San Juan de Dios, pero dado que la Universidad había construido sus instalaciones contiguas al Hospital Ramón González Valencia (HRGV), se decidió que el nuevo hospital sería más conveniente para ellos”⁵³.

De acuerdo a lo encontrado en los archivos históricos, desde el mes de diciembre de 1972, el HRGV, asumió las obligaciones, deudas, responsabilidades y funciones de HSJD. La inauguración del HRGV, fue realizada en el año de 1973, por el presidente Misael Pastrana Borrero, en memoria del ex-presidente Ramón

⁵¹ E. S. E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. Programa de inducción. [diapositivas]. [s.l].

⁵² RUEDA, Néstor José Gómez. Universidad Santo Tomas. Memoria histórica y nuevos retos del Hospital Ramón González Valencia. Bucaramanga, 2003. Pg. 15. En: BAYONA, Contreras Mileydi. Informe final práctica: Caracterización Institucional. Colombia, 2010. P. 21.

⁵³ E. S. E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. Op cit.

González Valencia, siendo éste el primer Hospital Universitario que operó costos hospitalarios⁵⁴.

Posteriormente, en el texto realizado por Rueda acerca de la memoria histórica del HUS⁵⁵ plantea que el Hospital Ramón González Valencia, fue creado como una institución de disposición nacional, adscrita al Ministerio de Salud, en virtud del Sistema Nacional de Salud, que imperaba en el año de 1975. Durante el Ministerio de Orejuela Bueno, el Hospital es entregado al Departamento de Santander y continuó el mismo problema de déficit hospitalario. En el año de 1996 se convierte en Empresa Social del Estado, como consecuencia de la Ley 100 que transformó el subsidio de la oferta, al subsidio de la demanda.

En lo descrito por Aguirre Echeverría⁵⁶, el Hospital Ramón González Valencia, estaba transitando por un proceso crítico, puesto que los balances que se realizaron arrojaban resultados negativos, ya que los ingresos eran inferiores a los egresos y, esto se debía específicamente a que no se cancelaba la cuenta por atenciones a la población sin seguridad social. Por lo tanto, las transferencias realizadas en ese momento por el Sistema General de Participaciones, de acuerdo a la Ley 715, y los dineros correspondientes transferidos desde el departamento por rentas, no eran los suficientes para la cancelación del total de la población atendida.

En este orden de ideas y debido a los conflictos laborales y la falta de recursos, se decidió liquidarlo y, se firmó un acuerdo en el cual se estableció: que la dirección político-administrativa y el apoyo financiero quedaba a cargo del departamento, y

⁵⁴ *Ibíd.*

⁵⁵ RUEDA, Néstor José Gómez. Universidad Santo Tomas. Memoria histórica y nuevos retos del Hospital Ramón González Valencia. Bucaramanga, 2003. p. 15. *En:* BAYONA, Contreras Mileydi. Informe final práctica: Caracterización Institucional. Colombia, 2010. p. 21.

⁵⁶ ECHEVERRÍA, Aguirre. Liquidado Hospital Ramón González Valencia para convertirlo en Hospital Universitario de Santander: De cuidados intensivos a sala de recuperación. (Consultado, 18 de Abril de 2011). (Disponible vía internet). <http://www.periodicoelpulso.com/html/mar05/general/general-04.htm>

lo que tenía que ver con el área científica y técnica fue asumida por la Universidad Industrial de Santander. El Hospital debió garantizar a la Universidad los campos de práctica docente-asistenciales que se requieran para el desarrollo académico y profesional de los programas de pre y posgrado de salud que ofrece el centro de educación superior⁵⁷.

De acuerdo a lo mencionado por Aguirre Echeverría⁵⁸, fue para el año 2004 que el Gobernador del departamento de Santander decidió para el año 2004 hacer el proceso de liquidación del Hospital Ramón González Valencia, y dar comienzo al nuevo proyecto que fue creado mediante la resolución 0025 expedida el 4 de febrero de 2005. Por consiguiente, se crea el nuevo hospital denominado Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, HUS, como entidad descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaría de Salud Departamental, que se rige los Estatutos Básicos, que menciona que el Hospital funcionará de conformidad con la Ley 100 de 1993, el Decreto 1298 de 1994 y las normas legales y reglamentarias que los modifiquen, adicionen o complementen.

El Hospital Universitario de Santander se clasifica como de alta complejidad, caracterizado por la incorporación de profesionales especialista y un alto nivel tecnológico para realizar los procedimientos en las diferentes áreas de salud.

3.2 OBJETO SOCIAL HUS

Dentro de la gestión de la prestación de los servicios de salud en el departamento de Santander y según la normatividad colombiana respecto al tema de salud, el objeto social del HUS, por consiguiente es “la prestación de servicios de salud del segundo y tercer nivel y alta complejidad, operando como centro de referencia y

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Ibid.

contra-referencia de la red de hospitales del departamento, entendido como servicio público a cargo del departamento y como parte integrante del sistema de seguridad social en salud”⁵⁹

Conforme a su objeto, el HUS, “servirá como campo de práctica docente asistencial de la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander, y de otras Instituciones de educación superior con las que celebre convenios para dicho efecto”⁶⁰. Además, se encuentra “facultado para celebrar todos los actos y contratos permitidos por la legislación colombiana, de carácter civil, mercantil, administrativo o laboral”⁶¹.

3.3 MODELO DE PLANEACIÓN HUS

En el modelo de planeación del Hospital Universitario de Santander, se plantea el direccionamiento de las acciones llevadas a cabo, junto con la proyección a corto plazo, y a mediano plazo, la importancia de su quehacer y el alto impacto de esta institución en el Nororiente Colombiano, ya que se presenta como una empresa comprometida con la salud y el bienestar de las personas que allí ingresan, y con la servicios de calidad, eficiencia, y profesional altamente calificado debido a su carácter de alto nivel de complejidad.

Misión: “Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad del Nororiente Colombiano, mediante el trabajo de un equipo humano calificado, con apoyo tecnológico, a través de un proceso administrativo transparente y el compromiso con la academia, apoyado en la investigación y generación de conocimiento”⁶².

⁵⁹ E. S. E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. Programa de inducción. [diapositivas]. [s.l].

⁶⁰ *Ibíd.*

⁶¹ *Ibíd.*

⁶² *Ibíd.*

Visión: “ser una organización consolidada y Líder del Sector Salud en el Nororiente Colombiano y el modelo de Hospital Público Universitario para el País, mediante la integración de procesos asistenciales y académicos, la administración eficiente con rentabilidad social y viabilidad financiera”⁶³.

Objetivos corporativos:

- **Responsabilidad Social:** ofrecer servicios de salud y educación de alto nivel científico con calidad humana, tecnológica y compromiso social, para el área del Nororiente Colombiano.
- **Competitividad:** disponer de recurso humano idóneo y de alto perfil científico que, apoyado en equipo tecnológico moderno, permita a la Institución liderar el sector.
- **Calidad del Servicio:** garantizar servicios de salud competitivos y apoyo a la formación académica, que lleven al crecimiento continuo de la empresa y generen confianza en los usuarios, con base en eficiencia, efectividad, eficacia y oportunidad.
- **Transparencia:** la labor de las personas de la empresa se caracterizará por la congruencia en el pensar, actuar y decir, en el ejercicio y desarrollo de su profesión
- **Financiero:** consolidar una empresa de crecimiento continuo, económicamente sólida, que garantice la satisfacción de sus clientes internos y externos⁶⁴.

Valores corporativos:

Los valores corporativos del HUS, están determinados como “virtudes del ser humano”, la “solidaridad, ética, profesionalismo, compromiso y conocimiento”⁶⁵; que poseen cada uno de los profesionales que allí laboran, sin importar el nivel jerárquico o la función que desempeñe. Estos valores contienen la capacidad de

⁶³ Ibid.

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ Ibid.

atender a los pacientes con criterios éticos que implican profesionalismo, compromiso, solidaridad y conocimiento.

3.4 PRODUCTOS O SERVICIOS

Los servicios se encuentran conformados por subgerencias, las cuales cuentan con profesionales especializados de acuerdo a las mismas, y también con la tecnología requerida según el tipo de intervenciones y tratamientos que se llevan a cabo. Estos servicios son prestados a la población que posee un régimen contributivo, como también, para aquella que no lo tiene. El HUS, se caracteriza por su nivel de mediana y alta complejidad y por ende la capacidad de competitividad frente a las otras instituciones prestadoras de servicios de salud del Nororiente Colombiano.

Dentro de las subgerencias se encuentran:

- **Subgerencia de Servicios de la Mujer y la Infancia:** (Sala de Partos, Ginecología, Unidad de Medicina Materno Fetal, Pediatría y Urgencias Pediátricas).
- **Subgerencia de Servicios de Enfermería:** (Asistencia a Pacientes de cada Subgerencia y el HUS en su hogar).
- **Subgerencia de Servicios de Apoyo Diagnóstico:** (Imágenes Diagnósticas, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Patología, Medicina Nuclear y Unidad De Hematología Especializada).
- **Subgerencia de Servicios Quirúrgicos:** (Presenta las distintas especialidades).
- **Subgerencia de Servicios Médicos:** (Medicina Interna y Urgencias Adultos).
- **Subgerencia de Servicios de Alto Costo:** (Cirugía Plástica y Quemados, Unidad Renal, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica y Programa VIH/Sida).

- **Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico:** (Consulta Externa, Consulta Médica Especializada y Sub-especializada, Rehabilitación, Nutrición Clínica y Alimentación)⁶⁶.

⁶⁶ E. S. E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. Programa de inducción. [diapositivas]. [s.l].

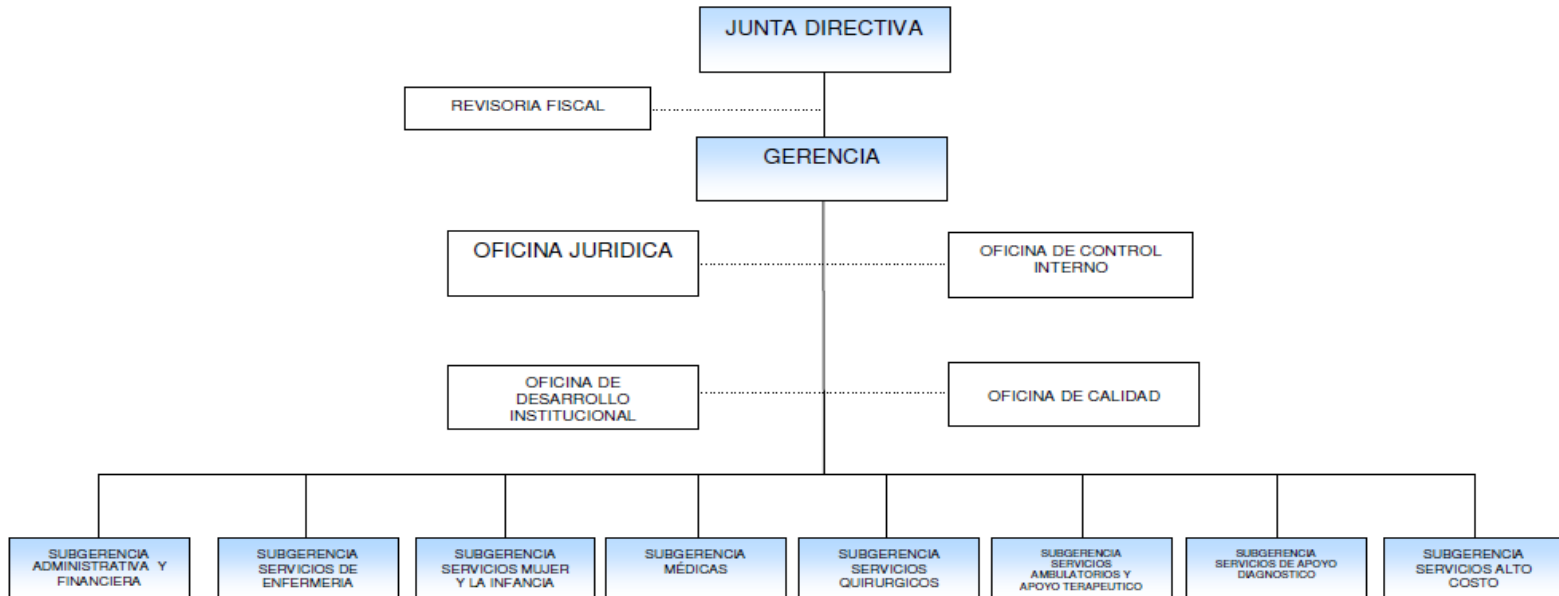
3.5 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

Figura No. 1 Organigrama General



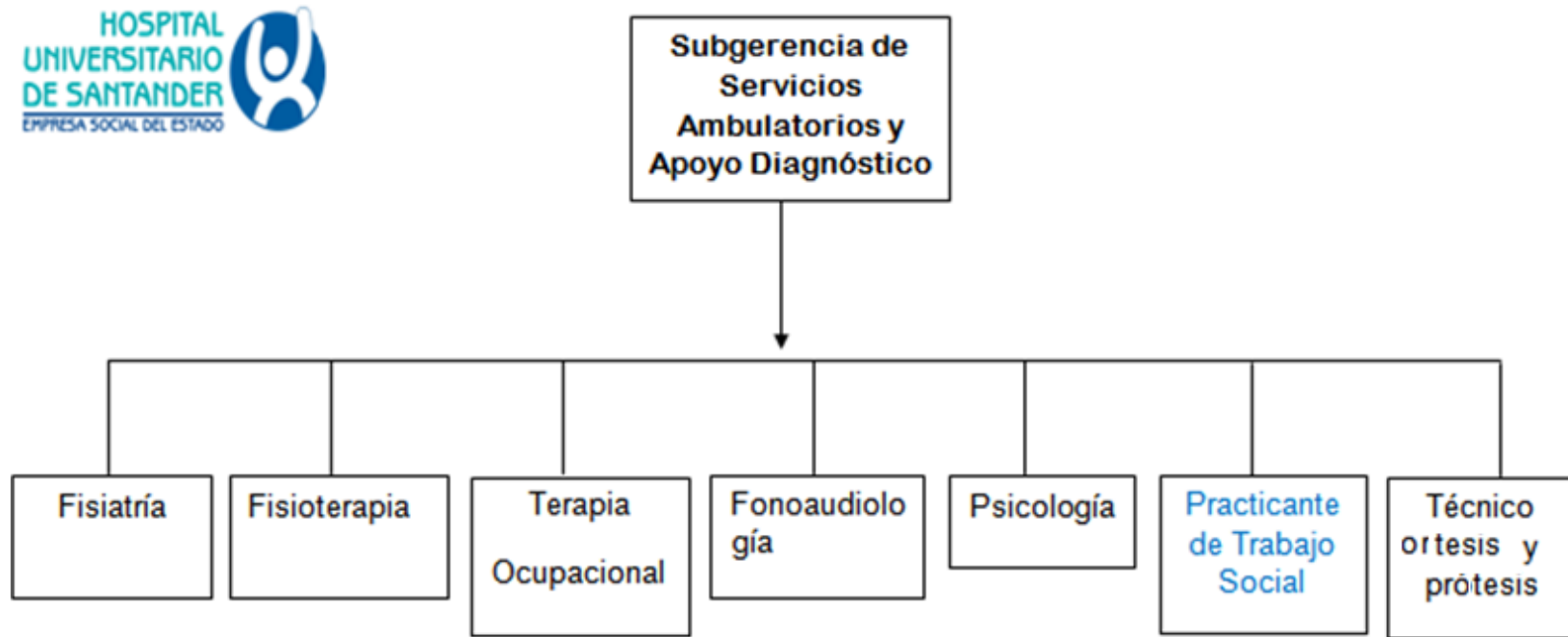
**ORGANIGRAMAS
ESTRUCTURA ORGANICA**
(Aprobados mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 010
de Mayo 05 de 2006).

ORGANIGRAMA GENERAL



Fuente: E. S. E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. Programa de inducción. [Diapositivas]. Área de desarrollo institucional. Año 2011.

Figura N° 2 Organigrama subgerencia de servicios ambulatorios y apoyo diagnóstico



Fuente: MORA Rojas, Sandra Paola. HUS. Área de rehabilitación. Primer semestre académico de 2011.

Como se muestra en el organigrama, el Hospital Universitario de Santander, cuenta con siete subgerencias, entre ellas, la Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico, en donde se encuentra el área de rehabilitación, en la que se llevó a cabo el proceso de práctica profesional, apoyando el proceso de rehabilitación psicosocial que se brinda. Allí se encuentran profesionales en fisiatría, fisioterapia, fonoaudiología, (profesionales y practicantes), terapia ocupacional, psicología y durante el primer semestre de 2011 la estudiante de Trabajo Social y, por último, el técnico del taller de órtesis y prótesis, quien se encuentra dependiente de la subgerencia y del área de rehabilitación, aunque su locación no está dentro del área de tratamiento.

3.6 ESTADÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

3.6.1 Estadísticas por consulta externa de amputaciones año 2010

Tabla N° 1 Estadísticas por consulta externa de amputaciones año 2010

Clases de Amputación	Cantidad
Amputación del pie, nivel no especificado.	6
Amputación Traumática a nivel entre el codo y la muñeca.	1
Amputación Traumática de cadera y muslo, nivel no especificado.	2
Amputación Traumática de la articulación de la cadera.	2
Amputación Traumática de la muñeca de la mano, nivel no especificado.	1
Amputación Traumática de la Oreja.	5
Amputación Traumática de la pierna, nivel no especificado	5
Amputación Traumática de miembro inferior, nivel no especificado.	2
Amputación Traumática de miembro superior, nivel no especificado.	1
Amputación Traumática de otro dedo único (Completa) (Parcial)	2
Amputación Traumática del pie a nivel del Tobillo.	2

Clases de Amputación	Cantidad
Amputación Traumática en algún nivel entre la cadera y la rodilla.	32
Amputación Traumática en algún nivel entre la rodilla y el tobillo.	14
TOTAL GENERAL	75

Fuente: Hospital Universitario de Santander. Área administrativa. Oficina de estadística. Mayo de 2011.

En el Hospital Universitario de Santander en el año de 2010, se realizaron 75 cirugías de amputación, correspondiendo 46 a miembros inferiores de las cuales 32 se originaron en traumas entre la cadera y la rodilla y 14 en traumas entre la cadera y el tobillo. Este tipo de amputación por los efectos posteriores implica la remisión al área de rehabilitación.

3.6.2 Estadísticas de amputación a personas por rango de edad durante el año 2010

Tabla Nº 2 Estadísticas de amputaciones por rango de edad

RANGO DE EDAD	CANTIDAD
1-10 Años	10
10-20 Años	6
20-30 Años	15
30-40 Años	13
40-50 Años	16
50-60 Años	11
60-70 Años	3
80-90 Años	4

Fuente: Hospital Universitario de Santander. Área administrativa. Oficina de estadística. Mayo de 2011.

De la población intervenida se destaca que la mayor afectación se focaliza en población entre los 40 y 50 años, con 16 casos y entre los 20 y 30 años con 15 casos, evidenciando una alta concentración de amputaciones en el rango de edad de 20 a 60 años con 55 casos de los 75 presentados. Sin embargo, se torna

preocupante el hecho que se haya presentado, 10 amputaciones en menores de 10 años.

4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

4.1 DIAGNÓSTICO INICIAL

La intervención profesional de Trabajo Social, se realizó en el área de servicios ambulatorios y apoyo diagnóstico, específicamente en el área de rehabilitación. En la planeación de la experiencia, se tuvo previsto utilizar la metodología de Matriz DOFA, la cual permitió analizar desde lo interior, las Debilidades y Fortalezas, en la atención del equipo de trabajo hacia los y las pacientes que se encontraron en rehabilitación y, hacia el exterior, las Oportunidades y Amenazas que permitan visualizar condiciones para el establecimiento de políticas de desarrollo del área en el mediano y largo plazo. Esta metodología se aplicó por considerarla coherente con la línea de gerencia estratégica que tiene el Hospital Universitario de Santander.

4.1.2 Matriz DOFA del proceso de atención a pacientes del área de Rehabilitación del Servicio Ambulatorio y Apoyo Diagnóstico del HUS.

Tabla N° 3 Debilidades y oportunidades

DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
La no existencia de procesos de Trabajo Social. El reporte de datos es netamente de carácter clínico, omitiendo información social de los pacientes. No se han realizado estudios de los riesgos sociales de las personas que asisten a los procesos de rehabilitación. Bajo nivel en la promoción de los factores protectores de la salud y atención de los	El cambio de paradigmas de atención de las personas sólo desde lo biológico, hacia una atención que involucre lo bio-psicosocial. La no existencia de un proceso de Trabajo Social, en el área de Rehabilitación, ni cómo proceso de práctica, ni cómo profesional ya egresado. Índice de demanda de Servicios Ambulatorios y Apoyo Diagnóstico, de población con requerimientos de proceso

DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
<p>factores de riesgo en la morbilidad de las personas que asisten al área de rehabilitación del HUS.</p> <p>Ausencia de un proceso de rehabilitación que involucre tanto al paciente como a su familia y/o acompañantes.</p> <p>Desconocimiento por parte de los profesionales de acciones a realizar en caso de detección u observación de posibles situaciones de riesgo en los pacientes.</p> <p>No existe vigilancia epidemiológica que defina el comportamiento de la discapacidad atendida.</p> <p>No existen parámetros de acción profesional en cuanto a la atención de los riesgos psicosociales, y el mejoramiento de la calidad de vida especialmente de las personas que son discapacitadas por amputación.</p>	<p>de rehabilitación por discapacidad física.</p> <p>En el HUS, existen comités de atención y prevención de riesgos psicosociales.</p> <p>La existencia de marco legal a nivel nacional e internacional, que protege y brinda herramientas de derechos para las personas con discapacidad.</p> <p>Vínculo con la organización Handicap Internacional para la atención de personas con discapacidad por amputación de mina antipersonal.</p> <p>Redes Sociales, como fundaciones a nivel nacional, que brindan apoyo a personas con discapacidad.</p> <p>La normatividad legal vigente promueve una rehabilitación integral para las personas con discapacidad.</p>

FORTALEZAS	AMENAZAS
<p>El alto grado de reconocimiento del HUS en el Nororiente Colombiano.</p> <p>Equipo de profesionales calificados y especialistas en la atención clínica y terapéutica de los pacientes que ingresan al área de rehabilitación.</p> <p>Apoyo por parte del equipo interdisciplinario, hacia el proceso de práctica profesional de Trabajo Social que se llevará a cabo en el área de Rehabilitación del HUS.</p> <p>Posibilidad de la estudiante en práctica, en</p>	<p>La situación de violencia y conflicto armado en el país, incide en el auge cada vez mayor de la problemática de población con discapacidad.</p> <p>Bajo índice de ejecución de programas de promoción de la salud y prevención con personas que presentan algún tipo de discapacidad.</p> <p>Los pacientes atendidos en el área de rehabilitación en su mayoría son de bajo nivel educativo.</p>

FORTALEZAS	AMENAZAS
<p>participar en cada una de las juntas médicas que se realicen, para los pacientes que requieran o estén en control de prótesis.</p> <p>El ingreso de un profesional del área social, como lo es la psicóloga.</p> <p>Los planes de tratamiento proveen la asistencia continua por cierto lapso a los pacientes del área de rehabilitación.</p> <p>Disponibilidad de espacio físico, recurso tecnológico y humano para una intervención adecuada.</p>	

Fuente: MORA Rojas, Sandra Paola. Trabajo Social. Área de rehabilitación HUS. Primer semestre de 2011.

4.1.3 Análisis de la matriz DOFA. De la matriz DOFA se desprende que el HUS, cuenta con un portafolio de servicios, en el cual se hallan los Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico⁶⁷ y donde existe un área específica de rehabilitación para aquellas personas con lesiones o traumatologías tales como: traumas craneoencefálicos (TCE) ya sea en adultos, jóvenes y niños y/o niñas; trauma raquimedular (TRM) también en adultos, jóvenes y niños y/o niñas; enfermedad cerebro vascular (ECV) que a su vez se puede presentar en la población ya mencionada; enfermedad de origen motriz (EMOC) en niños y/o niñas con hidrocefalia; lesiones de mano y pie en adultos; discapacidades por retraso psicomotor, retraso en el desarrollo de lenguaje y de aprendizaje en niños y/o niñas y discapacidad por amputación de algún miembro del cuerpo en adultos y jóvenes⁶⁸.

⁶⁷ E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. Subgerencia. (Consultado, 19 de abril de 2011). (Disponible http://www.hus.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=27 vía Internet)

⁶⁸ Información suministrada por la Terapeuta Ocupacional del Hospital Universitario de Santander. Área de rehabilitación. Entrevista. Mayo 02 de 2011.

Para la práctica profesional de pregrado en esta área del HUS, fue necesario efectuar el análisis de la DOFA -referida en párrafos que anteceden-, a fin de determinar la planeación estratégica pertinente. Dentro de las debilidades encontradas, se observa que no existe una visión integral de los y las pacientes, pues el reporte que se hace de los datos (historias clínicas) es netamente clínico, omitiendo información social que puede ser de gran utilidad para el proceso de tratamiento de las personas que asisten.

Por otra parte, se evidencia la ausencia de estudios sobre los riesgos sociales de la población que ingresa al área de rehabilitación, los que son relevantes, pues brindan información sobre las características específicas que sirven de base para la estructuración de diferentes estrategias que apoyen el tratamiento integral que deben tener los pacientes que acuden a ésta.

A su vez, hay un bajo nivel en cuanto a la promoción de factores protectores de la salud y atención de los factores de riesgo que eviten la presencia o la complejidad en la morbilidad de las personas que asisten diariamente al área de rehabilitación. Entre ellas, se encuentran los y las personas con discapacidad y sus acompañantes.

En cuanto a los procesos de tratamiento y rehabilitación, especialmente de los y las pacientes con discapacidad por amputación, se observa la ausencia de acciones que involucren dentro de estos procesos la participación de sus familias y/o acompañantes, aspecto que es relevante, ya que para un adecuado proceso de rehabilitación, se requiere de inclusión social -que comience con su familia-.

Otra debilidad observada, es el desconocimiento por parte de los profesionales, sobre las acciones a realizar en caso de detección u observación de posibles situaciones de riesgo en los y las pacientes, como es la violencia sexual y la violencia intrafamiliar en los niños, niñas y en la mujer.

De otro lado, en la información epidemiológica encontrada por consulta externa en cuanto a las amputaciones en el año 2010, se evidencia 13 clases de amputaciones (entre ellas la amputación traumática en algún nivel entre la cadera y la rodilla, amputación traumática en algún nivel entre la rodilla y el tobillo, y amputación del pie, nivel no especificado). En lo que tiene que ver con las estadísticas por rango de edad se encontró que el 4% de las intervenciones realizadas fueron a niños o niñas, entre 1 a 10 años. La tasa más alta de amputaciones se da en personas entre los 40 a 50 años (20%). Entonces, los datos estadísticos manejados por el HUS sugieren que la vigilancia epidemiológica se encamina básicamente a brindar información de las intervenciones quirúrgicas.

Otra de las debilidades que se presentan, es la no existencia de parámetros de acción profesional (desde Trabajo Social), en cuanto a la atención de los riesgos psicosociales, especialmente de las personas que presentan discapacidad por amputación, situación que requiere una especial atención, debido a las consecuencias que se pueden generar en los diferentes ámbitos de la vida de una persona. Es decir, tanto a nivel físico, psicológico, social, familiar, laboral, entre otros. Pues, una persona que vivencia una experiencia como ésta (ya sea a causa de una enfermedad, accidente o por explosión de mina antipersonal), tiene un cambio que indiscutiblemente es significativo, ya que pueden presentarse rupturas a nivel de relaciones intrafamiliares, interpersonales, cambios en la perspectiva de vida en cuanto a sus proyectos o metas, cambios en su autoimagen, bajo nivel de autoestima, suicidio, entre otros. Aspectos o situaciones, que si no se proveen o se intervienen obstaculizan en el bienestar y la calidad de vida de estas personas.

Ahora bien, dentro de las oportunidades definidas como “los elementos que evaluamos como capacidades positivas que nos ayudarían a lograr el objetivo”⁶⁹, se puede encontrar el cambio de paradigmas de atención de las personas desde

⁶⁹ ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL. Administración Social III. Guía de planeación estratégica. [s.n] Bucaramanga; 2002. P. 13.

lo netamente biológico, hacia una atención que involucre lo biopsicosocial (lo biológico, lo psicológico y lo social). Aspectos importantes en la atención adecuada e idónea para los y las pacientes en los diferentes ámbitos que hacen parte de su vida.

Adicionalmente, en el área de rehabilitación no se cuenta con un profesional en Trabajo Social pero si con estudiante en práctica académica de pregrado, pues por la complejidad de la problemática tratada, requiere su intervención en aras de mejorar las condiciones de vida de la población tratada.

Otro aspecto a mencionar, es el índice de demanda de los Servicios Ambulatorios y Apoyo Diagnóstico de la población con requerimientos de proceso de rehabilitación terapéutica en discapacidad por amputación, debido al nivel de atención que tiene el HUS, lo que implica una amplia área en donde se puede realizar acciones relevantes que promuevan no sólo la rehabilitación física, sino una rehabilitación que tenga en cuenta los aspectos psicosociales de los y las pacientes.

Así mismo, se analiza que en el HUS existen comités de atención y prevención de riesgos. Entre éstos está el comité de atención de la violencia sexual y la violencia intrafamiliar en niños, niñas y en la mujer, temática que por su relevancia es transversal a todos los programas.

Por otro lado, es importante resaltar el vínculo que tiene el HUS con la organización Handicap Internacional para la atención de personas con discapacidad por amputación por mina antipersonal, organización que ha procurado trascender del conocimiento de la Ruta de Atención a Víctimas de Minas Antipersonal (MAP) y Munición sin Explotar (MUSE), a diseñar y ejecutar proyectos que brindan información y promueven la comprensión de los procedimientos y trámites, para el ejercicio y/o reivindicación de los derechos de

las víctimas. Este vínculo y trabajo es relevante para el tratamiento terapéutico integral, a fin de superar la situación traumática generada por la pérdida de una parte del cuerpo.

También, existen otras redes sociales secundarias como fundaciones y organizaciones a nivel nacional e internacional (Gran Fundación, Hándicap Internacional, entre otras) que apoyan a las personas con discapacidad, con quienes se puede realizar un trabajo mancomunado, para brindar otras opciones y oportunidades de acuerdo a las acciones que ellas desarrollan para la población con discapacidad por amputación.

A su vez, la normatividad legal vigente promueve y fundamenta una rehabilitación integral hacia las personas con discapacidad por amputación. El Plan Nacional en Discapacidad en Colombia⁷⁰, se fundamenta en la Ley 361 de 1997 que establece los “mecanismos de integración social de las personas con limitación...”, en la “resolución 48/96 de la Asamblea General, de 20 de diciembre de 1993, en la que se aprobaron las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad y la resolución 56/115, de 19 de diciembre de 2001 sobre la aplicación del Programa de Acción Mundial para los Impedidos”⁷¹, la Carta de Ottawa y la Constitución Política de 1991 (Arts. 13, 47, 48, 49, 54). Con estas normas argumenta la importancia de la intervención con población inmersa en esta problemática.

Por otra parte, se encuentran las fortalezas, presentadas como las habilidades, destrezas que cuenta el área de rehabilitación del HUS. Entre estas están el

⁷⁰ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, ONU. Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Resolución 48/96, aprobada por la Asamblea General, en su cuadragésimo octavo período de sesiones, de 20 de diciembre de 1993. Citado por: HANDICAP INTERNATIONAL. Minas Antipersonal en Colombia: El camino hacia la rehabilitación e inclusión social. La institución. Bogotá; octubre 2007. P. 72.

⁷¹ NACIONES UNIDAS. Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. 2003. (Consultado, 10 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=1352>

prestigio y reconocimiento del HUS en el Nororiente Colombiano por su trayectoria y su nivel de complejidad.

Dentro de las fortalezas, también se observa el compromiso y la existencia de un equipo de profesionales calificados y especialistas en la atención clínica y terapéutica de los pacientes que ingresan al área de rehabilitación. Así mismo se observa el apoyo por parte del equipo interdisciplinario, hacia la estudiante en proceso de práctica y formación profesional de Trabajo Social, especialmente de la psicóloga, que ingresó simultáneamente con ésta.

Otra fortaleza que se considera relevante, es la posibilidad que tiene la estudiante en práctica, de participar en las juntas médicas que se realicen para los y las pacientes que requieran o estén en control de prótesis.

Es de mencionar, que los planes de tratamiento, proveen la asistencia continúa por cierto lapso a los y las pacientes del área de rehabilitación, lo que permite que el apoyo terapéutico tenga continuidad y se logre ayudar en el proceso de adaptación conforme a las nuevas condiciones de vida.

Igualmente, se evidencia como fortaleza la disponibilidad de espacio físico, que brinda la posibilidad de realizar intervenciones a nivel individual y/o grupal y se tiene el recurso tecnológico y humano necesario para tal fin.

Ahora bien, dentro de las amenazas percibidas, están la situación de violencia y conflicto armado que incide en el auge cada vez mayor de la problemática de la población con discapacidad, sumado a ello, el fenómeno de desplazamiento y la marginación social, que han estado mediadas por la vulneración de derechos.

El bajo nivel socioeconómico, también puede llegar a dificultar el proceso, ya que en ocasiones las personas no cuentan con los recursos económicos para asistir a las terapias, interrumpiendo su proceso de rehabilitación.

Finalmente, los y las pacientes atendidos en el área de rehabilitación en su mayoría son de bajo nivel educativo, por lo que la perspectiva de vida y las posibilidades de encontrar una ocupación en condiciones dignas es mínima, lo que afecta su estado de salud y bienestar.

4.1.4 Estrategias para el mejoramiento del área de rehabilitación. Teniendo en cuenta los resultados del análisis DOFA, se han planteado, estrategias de mejoramiento para el área, utilizando como metodología el cruce de variables, lo cual se presenta en la tabla 6 (Diagnostico estratégico). Estas estrategias son priorizadas en el epígrafe 4.1.3, como paso fundamental en la atención de las condiciones que permiten una mayor eficiencia en el área de rehabilitación.

Tabla Nº 4 Diagnóstico Estratégico

ESTRATEGIAS	
DO	DA
<p>Realización de una investigación que indague los riesgos en la morbilidad de las personas que asisten al área de rehabilitación del HUS.</p> <p>Implementación de mecanismos de información, educación y comunicación, sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigidos a los y las pacientes que asisten al área de rehabilitación y sus acompañantes.</p> <p>Vigilancia epidemiológica continua y oportuna sobre el comportamiento de la discapacidad en el HUS.</p>	<p>Realización de visitas domiciliarias para conocer el contexto socio-familiar de los y las pacientes.</p>

ESTRATEGIAS	
DO	DA
<p>Ejecución de capacitaciones dirigidas al equipo interdisciplinario, sobre la detección y atención de algunos de los riesgos psicosociales posibles a presentarse en esta población.</p> <p>Diseño e implementación de una guía de atención psicosocial para las personas con discapacidad por amputación.</p>	

ESTRATEGIAS	
FO	FA
<p>Creación del cargo de Trabajo Social en el área de rehabilitación.</p>	<p>Diseño de un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en situaciones que puedan ocasionar algún tipo de discapacidad física y con quienes ya la presentan.</p>

Fuente: MORA Rojas, Sandra Paola. Trabajo Social. Área de rehabilitación HUS. Primer semestre de 2011.

4.1.5 Evaluación y priorización de estrategias. De acuerdo al análisis del diagnóstico realizado, en el área de rehabilitación del HUS, se priorizaron las siguientes estrategias a trabajar:

- Diseño e implementación de una guía de atención psicosocial para las personas con discapacidad por amputación.
- Implementación de mecanismos de información, educación y comunicación, sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigidos a los y las pacientes que asisten al área de rehabilitación y sus acompañantes.

- Ejecución de capacitaciones dirigidas al equipo interdisciplinario, sobre la detección y atención de riesgos psicosociales posibles a presentar en los y las pacientes. Entre ellos, la violencia sexual y la violencia intrafamiliar en niños, niñas y en la mujer.

4.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROCESO DE ACCIÓN PROFESIONAL

Un proceso de rehabilitación implica no sólo la atención física de una persona, sino también una intervención que sea integral. Es decir, que incluya el aspecto físico, psicológico y social. Por consiguiente, se hizo relevante realizar el proceso de práctica profesional en esta área, ya que no cuentan con un profesional de Trabajo Social ni había participado un estudiante en proceso de formación.

Una de las estrategias que se desarrollaron fue el diseño e implementación de una guía de atención psicosocial para las personas con discapacidad por amputación causada por accidente de tránsito, mina antipersonal o enfermedad general. Esta estrategia se priorizó debido a que no se contaba con parámetros o lineamientos para el accionar profesional con esta población desde el ámbito psicosocial, y se sustenta en el marco normativo de la constitución política colombiana⁷² en sus artículos 47 y 49, en los que se promueve la protección y recuperación de salud. Así mismo, se han establecido los derechos de las personas con discapacidad, que también buscan el bienestar y la atención de estas personas, con el fin que mejoren su calidad de vida. A su vez, se tuvo en cuenta que estas personas que fueron amputadas por mina antipersonal, también son víctimas de la violencia y han sido vulnerados sus derechos.

Por otra parte, dentro de las estrategias implementadas se encuentra el desarrollo e implementación de mecanismos de información, educación y comunicación,

⁷² PODER LEGISLATIVO DE COLOMBIA. Plan Nacional de Discapacidad en Colombia. (Consultado, 10 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) www.lazarum.com/2/articulos/articulos_ver.php?

sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigidos a pacientes que asisten al área de rehabilitación y sus acompañantes. Aunque, por las especialidades del Hospital, sus funciones se dirigen a una atención de tercer y cuarto nivel; es relevante realizar acciones sobre p y p, que logren brindar una atención terapéutica integral, evitando patologías y permitiendo el alcance de un adecuado bienestar físico y psicosocial.

Y otra de las estrategias fue la capacitación dirigida al equipo interdisciplinario, sobre la detección y atención de riesgos psicosociales posibles a presentar en los y las pacientes, entre ellos, la violencia sexual y la violencia intrafamiliar en niños, niñas y en la mujer, tema transversal para todo profesional de la salud, dado que es una problemática que se ha venido presentando cada vez más, y es una responsabilidad ética y profesional denunciar, educar e informar a la población atendida.

4.3 PLANEACIÓN DEL PROCESO DE ACCIÓN PROFESIONAL

4.3.1 Objetivos de la acción profesional

Función Básica

Fortalecer la atención profesional desde el ámbito psicosocial en el área de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander, mediante estrategias educativas, que fomenten comportamientos, hábitos saludables y el desarrollo de habilidades para la vida.

Objetivos Estratégicos:

- Realizar el proceso de atención psicosocial para pacientes con discapacidad por amputación que asisten al área de rehabilitación del HUS; a través del diseño e implementación de una guía de atención psicosocial.

- Desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para el mejoramiento de la salud de las personas que asisten al área de rehabilitación en el HUS.
- Brindar capacitación al equipo interdisciplinario sobre la detección y atención de riesgos psicosociales en los y las pacientes, en temáticas como violencia sexual y la violencia intrafamiliar en niños, niñas y mujeres.

4.3.2 Planeación y ejecución de la intervención

Tabla N° 5 Atención psicosocial para pacientes con discapacidad por amputación. Objetivo estratégico 1.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1:			
Realizar el proceso de atención psicosocial para pacientes con discapacidad por amputación que asisten al área de rehabilitación del HUS; a través del diseño e implementación de una guía de atención psicosocial.			
ESTRATEGIA:			
Diseño e implementación de una guía de atención psicosocial para las personas con discapacidad por amputación.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	META	INDICADOR	ALCANCE
Aplicar el cuestionario de calidad de vida SF36, a los pacientes con discapacidad por amputación antes de la intervención profesional y después ella; con el fin de evaluar el	Aplicar el cuestionario de calidad de vida SF36, a la totalidad de los pacientes con discapacidad por amputación, antes de la intervención profesional y	# de cuestionarios aplicados / # de personas con discapacidad por amputación, y que asisten al área de proceso de rehabilitación del HUS.	Esta meta se alcanzó en un 80%. La aplicación del cuestionario se dio con las personas que asistieron a los talleres. En la segunda aplicación

mejoramiento de la calidad de vida de la persona.	después ella.		faltaron 2 participantes que estuvieron en la primera.
Realizar la tabulación y análisis de los resultados arrojados por el cuestionario.	La tabulación y análisis de los resultados se llevará a cabo del 15 al 22 de Junio de 2011.	Tener la tabulación completa para el 22 de Junio de 2011.	Esta meta se cumplió, pero se debió postergar su realización.
Diseñar la guía de atención psicosocial, para los pacientes con discapacidad por amputación.	Para el 15 de Junio 2011, tener diseñada la guía de atención psicosocial.	Guía de atención psicosocial diseñada y terminada.	Se logró cumplir el 100% de esta meta.
Aplicar la guía de atención psicosocial, a las personas con discapacidad por amputación.	Aplicar la guía de atención psicosocial, al 100% de las personas con discapacidad por amputación y que asisten al proceso de rehabilitación en el HUS.	# de personas que se les aplicó la guía de atención psicosocial a pacientes con discapacidad / # de pacientes con discapacidad por amputación y quienes asisten al área de rehabilitación.	Esta meta se alcanzó en un 80%, pues las intervenciones no se realizaron en su totalidad por ubicación de las personas (distancia en km. al HUS).
Realizar el contacto con otras instituciones, las cuales permitan apoyar a los pacientes con discapacidad por amputación; brindando	Para la segunda semana de Junio, tener ya el vínculo con las instituciones.	Número de instituciones contactadas.	Se logró realizar el contacto institucional con Hogar de Nazarenos y Gran Fundación.

oportunidades, en lo referente a la vinculación laboral de las mismas.			
Hacer el contacto de los pacientes con discapacidad por amputaciones hacia las instituciones que les puedan brindar algún tipo de apoyo, y contribuyan al bienestar de estas personas.	Hacer el vínculo al 100% de las personas quienes requieren este contacto.	# de personas a quienes se les hizo el contacto con las instituciones / # de personas que requerían este contacto.	La meta se alcanzó en un 100%.

Fuente: MORA Rojas, Sandra Paola. Trabajo Social. Área de rehabilitación HUS. Primer semestre de 2011.

Tabla Nº 6 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Objetivo estratégico 2

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2:			
Desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para el mejoramiento de la salud de las personas que asisten al área de rehabilitación en el HUS.			
ESTRATEGIA:			
Implementación de mecanismos de información, educación y comunicación, sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigidos los pacientes que asisten al área de rehabilitación y a sus acompañantes.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	META	INDICADOR	ALCANCE
Indagar con las terapeutas físicas y ocupacionales, por medio de entrevistas	En la tercera semana de mayo, realizar las entrevistas informales con	Información suministrada por parte de cada una de las	La meta se alcanzo en un 100%

informales; cuales son los requerimientos en acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, que generen enfoques temáticos que puedan contribuir en el proceso de rehabilitación de los pacientes que asisten a las terapias.	las terapeutas.	terapeutas.	
Definir y diseñar los talleres de aplicación de acuerdo a las temáticas de p y p.	Para la segunda semana del mes de Junio de 2011, tener definidos y diseñado los talleres.	# de talleres diseñados.	Se diseñaron e implementaron 4 talleres.
Diseñar los mecanismos de información y comunicación a utilizar en cada uno de los talleres informativos sobre p y p.	Para la segunda semana del mes de Junio de 2011, tener definidos y diseñado los talleres.	# de mecanismos diseñados/ # de talleres diseñados.	Se realizaron los folletos y se entregaron a los y las pacientes que asistieron a los talleres de capacitación. Por lo tanto, la Meta se cumplió en un 100%.
Desarrollar los talleres diseñados sobre p y p, para las personas que asisten a las terapias de	A partir de la segunda semana del mes de Junio a la tercera semana del	# de talleres realizados /# de talleres programados.	La meta se alcanzó en un 100%

rehabilitación.	mes de Julio del año 2011, realizar los talleres en donde sea una temática por semana.		
-----------------	--	--	--

Fuente: MORA Rojas, Sandra Paola. Trabajo Social. Área de rehabilitación HUS. Primer semestre de 2011.

Tabla Nº 7 Capacitación al equipo interdisciplinario sobre riesgos psicosociales. Objetivo estratégico 3

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3:			
Brindar capacitación al equipo interdisciplinario sobre la detección y atención de riesgos psicosociales en los y las pacientes en temáticas como violencia sexual y la violencia intrafamiliar en niños, niñas y mujeres.			
ESTRATEGIA:			
Ejecución de capacitación dirigida al equipo interdisciplinario, sobre la detección y atención de algunos de los riesgos psicosociales posibles a presentar en los y las pacientes como lo es la Violencia Sexual y la Violencia Intrafamiliar en Niños, Niñas y en la Mujer.			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	META	INDICADOR	ALCANCE
Coordinar con el apoyo del comité de Atención de la Violencia Sexual y la Violencia Intrafamiliar en Niños, Niñas y en la Mujer, una capacitación sobre la detección y la ruta de acción	Para la cuarta semana del mes de Mayo de 2011, coordinar con el comité y los profesionales que laboran en los Servicios Ambulatorios y de Apoyo Terapéutico del	Establecimiento del lugar, fecha y hora de la capacitación.	Sí se logró coordinar la fecha, pero no fue en el tiempo estipulado, pues se debió tener en cuenta los tiempos tanto del personal del área de rehabilitación, como de la disponibilidad del Comité de

frente a este tipo de situaciones posibles a presentar en los y las pacientes que asisten a los Servicios Ambulatorios y de Apoyo Terapéutico del HUS.	HUS, el lugar, la fecha, y la hora de capacitación sobre este tema.		Atención de la Violencia Sexual y la Violencia Intrafamiliar en Niños, Niñas y en la Mujer.
Llevar a cabo la capacitación establecida, sobre la detección y la ruta de acción frente a este tipo de situaciones posibles a presentar en los y las pacientes que asisten a los Servicios Ambulatorios y de Apoyo Terapéutico del HUS.	Desarrollar en la fecha definida, la capacitación.	Capacitación desarrollada.	Se efectuó la capacitación el día 24 de Junio de 2011.
Diseñar e implementar de plegables alusivos al tema de la Violencia Sexual y la Violencia Intrafamiliar en Niños, Niñas y en la Mujer, dirigidos.	Para la cuarta semana del mes de Junio implementar los carteles en los sitios visibles y estratégicos del área de rehabilitación.	# de carteles diseñados / # de carteles implementados.	Se diseñaron y elaboraron 3 carteles que fueron ubicados en diferentes carteleras del área de rehabilitación.

Fuente: MORA Rojas, Sandra Paola. Trabajo Social. Área de rehabilitación HUS. Primer semestre de 2011.

4.3.2 Proceso metodológico de acción profesional. Para el alcance de la función básica se debe dar cumplimiento a las acciones planeadas dentro de cada objetivo estratégico. Respecto al objetivo estratégico 1 *“realizar el proceso de atención psicosocial para pacientes con discapacidad por amputación que asisten al área de rehabilitación del HUS; a través del diseño e implementación de una guía de atención psicosocial”* lo cual se planeó por acciones estratégicas:

- Aplicar el cuestionario de calidad de vida SF36, a los pacientes con discapacidad por amputación antes de la intervención profesional y después ella; con el fin de evaluar el mejoramiento de la calidad de vida de la persona.
- Realizar la tabulación y análisis de los resultados arrojados por el cuestionario.
- Diseñar la guía atención psicosocial, para los pacientes con discapacidad por amputación.
- Aplicar la guía de atención psicosocial, a las personas con discapacidad por amputación.
- Realizar el contacto con otras instituciones, las cuales permitan apoyar a los pacientes con discapacidad por amputación; brindando oportunidades, en lo referente a la vinculación laboral de las mismas.
- Hacer el contacto de los pacientes con discapacidad por amputaciones hacia las instituciones que les puedan brindar algún tipo de apoyo, y contribuyan al bienestar de estas personas.

En cuanto al objetivo estratégico 2 *“desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para el mejoramiento de la salud de las personas que asisten al área de rehabilitación en el HUS”*, se encuentran las siguientes acciones estratégicas:

- Indagar con las terapeutas físicas y ocupacionales, por medio de entrevistas informales; cuales son los requerimientos en acciones de

promoción de salud y prevención de enfermedades, que generen enfoques temáticos que puedan contribuir en el proceso de rehabilitación de los pacientes que asisten a las terapias.

- Definir y diseñar los talleres de aplicación de acuerdo a las temáticas de p y p.
- Diseñar los mecanismos de información y comunicación a utilizar en cada uno de los talleres informativos sobre p y p.
- Desarrollar los talleres diseñados sobre p y p, para las personas que asisten a las terapias de rehabilitación.

En el tercer objetivo estratégico 3 *“brindar capacitación al equipo interdisciplinario sobre la detección y atención de riesgos psicosociales en los y las pacientes en temáticas como violencia sexual y la violencia intrafamiliar en niños, niñas y mujeres”*, se diseñaron las acciones estratégicas:

- Coordinar con el apoyo del comité de Atención de la Violencia Sexual y la Violencia Intrafamiliar en Niños, Niñas y en la Mujer, una capacitación sobre la detección y la ruta de acción frente a este tipo de situaciones posibles a presentar en los y las pacientes que asisten a los Servicios Ambulatorios y de Apoyo Terapéutico del HUS.
- Llevar a cabo la capacitación establecida, sobre la detección y la ruta de acción frente a este tipo de situaciones posibles a presentar en los y las pacientes que asisten a los Servicios Ambulatorios y de Apoyo Terapéutico del HUS.
- Diseñar e implementar de plegables alusivos al tema de la Violencia Sexual y la Violencia Intrafamiliar en Niños, Niñas y en la Mujer, dirigidos.

4.3.3 Descripción del proceso de acción profesional. En relación con el objetivo estratégico 1 *“realizar el proceso de atención psicosocial a los y las pacientes amputados que asisten al proceso de rehabilitación de los Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico del HUS, a través del diseño e implementación de una guía de atención psicosocial para las personas con discapacidad por amputación”*, se ejecutó cada una de las acciones propuestas.

Aplicación Cuestionario de calidad de vida SF36.

En primera instancia se optó por aplicar el cuestionario de calidad de vida SF36⁷³ (ver anexo A), teniendo como objetivo evaluar los aspectos de la calidad de vida en los y las pacientes con discapacidad por amputación. La aplicación de este cuestionario fue decisión tomada a través de consenso entre fisiatras y psicóloga. Se aplicó en dos momentos. Uno antes de realizar la intervención, por lo que se constituyó en el primer contacto con la persona y el otro, cuando ya se hubiera efectuado la intervención por parte de fisioterapia y de otras áreas acorde a los procedimientos que requiriera el paciente. Es decir, luego de la realización de terapias, de adaptar o mejorar su prótesis, recibir el tratamiento psicológico y socio-familiar, entre otros, a fin de analizar los resultados y cambios obtenidos con la atención.

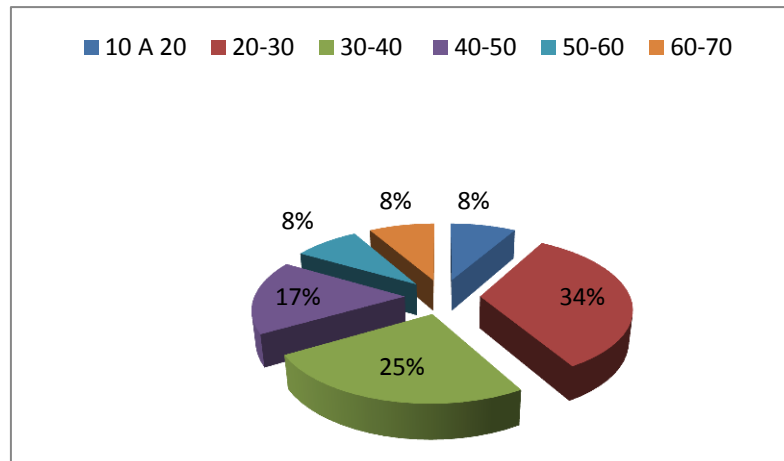
Algunas de las personas a quienes se les aplicó el cuestionario, por cuestiones de tratamientos, debían volver dos o tres meses después, lo que generó una ruptura en el proceso de intervención que imposibilitó el cumplimiento en el 100% de la meta. Sin embargo, en los resultados encontrados de quienes participaron en los dos momentos del cuestionario (ver anexo B), se observa que la calificación es directamente proporcional a la intervención tanto médica como psicosocial,

⁷³ SUPERINTENDENCIA DE ISSAPRES. Perfil del estado de salud de beneficiarios de ISSAPRES: informe preliminar. Chile. (Consultado, 21 de Mayo de 2011). (Disponible vía internet). http://www.supersalud.cl/documentación/569/articles-1068_recurso_1.pdf

evidenciándose en las puntuaciones obtenidas en los diversos componentes al hacer la comparación de la primera aplicación con respecto a la segunda.

La aplicación de dicho cuestionario arrojó los siguientes resultados:

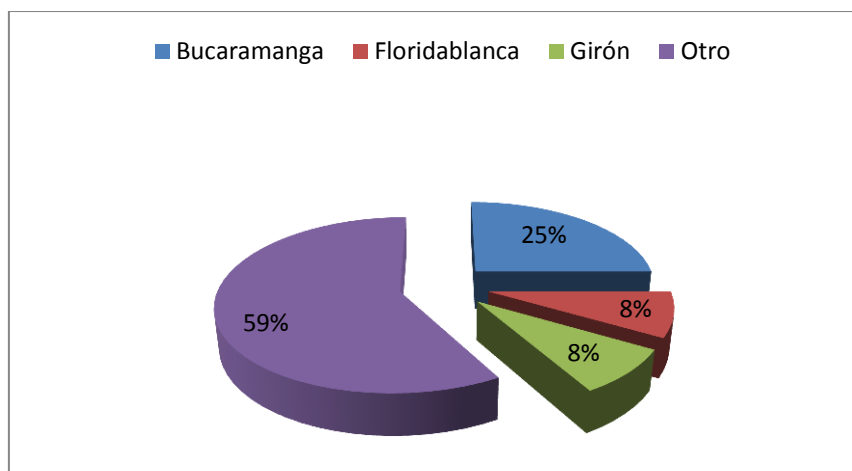
Figura Nº 3 Edad de la población con discapacidad



Fuente: Cuestionario de calidad de vida SF-36. HUS. Área de rehabilitación. Trabajo Social. Primer semestre de 2011.

En cuanto al rango de edad de la población con discapacidad por amputación, se encontró que un 8% hace parte de las personas entre los 10 a los 20 años, 8% entre los 60 y los 70 años, 8% entre los 50 a 60, 17% está entre los 40 a 50 años, un 25% entre los 30 a 40 y el 34% restante de los 20 a los 30 años. Lo que demuestra que la población afectada se encuentra en el rango de edad de población adulta temprana.

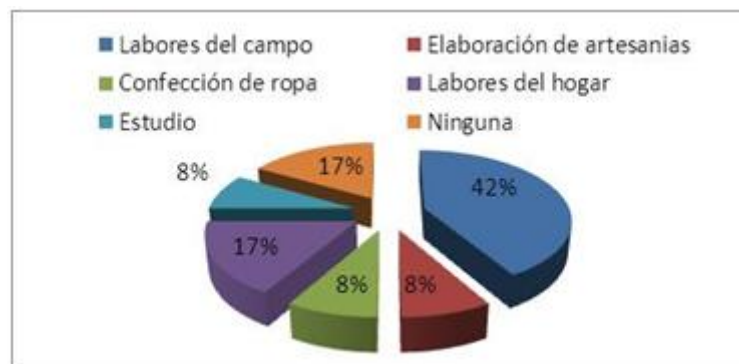
Figura N° 4 Municipio de residencia de las personas intervenidas



Fuente: Cuestionario de calidad de vida SF-36. HUS. Área de rehabilitación. Trabajo Social. Primer semestre de 2011.

En cuanto al lugar de domicilio se encontró que un 8% vive en Girón, otro 8% vive en Floridablanca, un 25% vive en Bucaramanga y más de la mitad, un 59% de las personas viven en otros municipios. La mayoría en los y las pacientes residen en sitios lejanos al HUS, lo que imposibilitó la asistencia de éstos a las diversas actividades programadas en el marco del plan de intervención.

Figura Nº 5 Ocupación de las pacientes con discapacidad

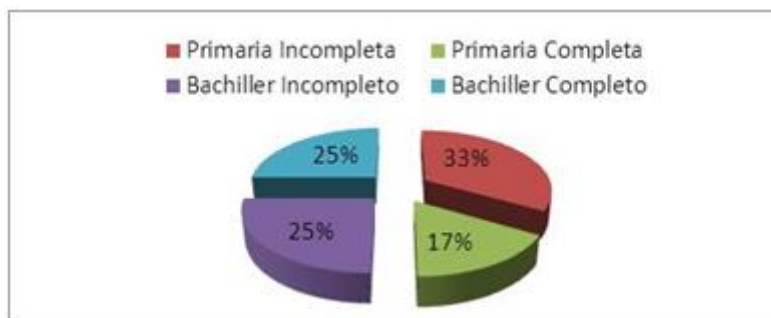


Fuente: Cuestionario de calidad de vida SF-36. HUS. Área de rehabilitación. Trabajo Social. Primer semestre de 2011.

De acuerdo a la ocupación por parte de los y las pacientes que fueron atendidos en el HUS, la mayor parte, un 42%, mencionó realizar labores del campo, en lo cual se puede analizar frente a las demás labores también mencionadas, como una actividad que se ejecuta con más esfuerzo físico debido al estado de discapacidad de las personas. Impidiendo de esta manera mantener o mejorar el bienestar en la salud.

La población restante dijo: 17% se dedica al hogar, un 8% se encuentra estudiando, otro 8% trabaja en confección de ropa interior, un 8% trabaja elaborando artesanías y el 17% restante no realiza ninguna actividad. Para este último porcentaje, es importante tenerlo presente pues respecto a las respuestas obtenidas, dijeron estar sin ocupación porque les era difícil conseguir un trabajo estable ya que por su condición los rechazaban. Lo que influyó en la decisión de las temáticas (derechos, estilos de vida saludable y proyecto de vida), a tratar en los talleres ejecutados.

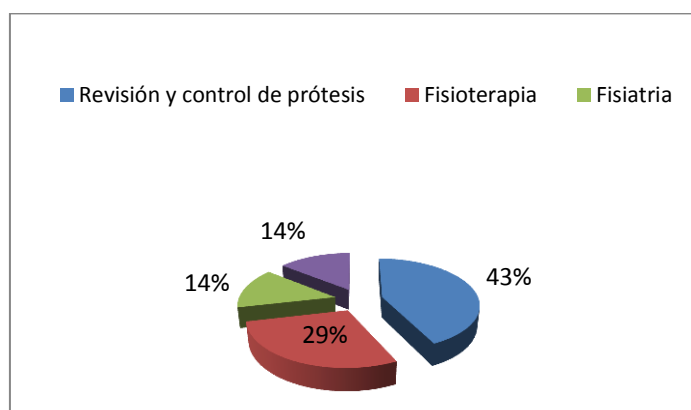
Figura N° 6 Grado de escolaridad de las personas con discapacidad



Fuente: Cuestionario de calidad de vida SF-36. HUS. Área de rehabilitación. Trabajo Social. Primer semestre de 2011.

Respecto al grado de escolaridad, la mayor proporción tiene un primaria incompleta (33%), el 17% primaria completa, un 25% tiene bachiller incompleto, y el 25% faltante terminaron su bachiller. El grado de escolaridad es otro de los determinantes que influyen en el proceso de rehabilitación de una persona, pues a mayor grado de escolaridad, las personas logran adquirir mayores conocimientos que les podrían facilitar la consecución de empleo.

Figura N° 7 Tipo de tratamiento a los que asistieron las personas con discapacidad

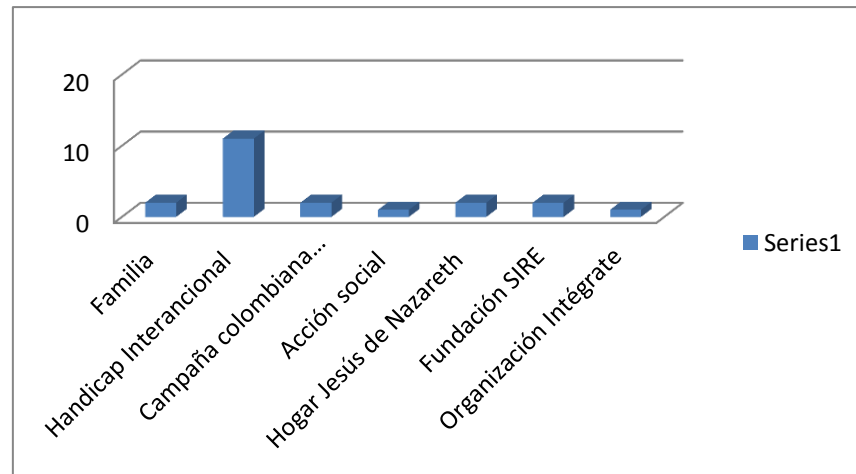


Fuente: Cuestionario de calidad de vida SF-36. HUS. Área de rehabilitación. Trabajo Social. Primer semestre de 2011.

Por el tipo de tratamiento que proporciona el área de rehabilitación del HUS, se evidenció que la mayoría de las personas asisten para revisión y control de

prótesis (43%), un 29% va a fisioterapia, un 14% a fisiatría y otro 14% a oftalmología. Ninguno mencionó la atención psicosocial, que dentro de un proceso de rehabilitación se requiere, tal vez porque a nivel institucional no se le ha dado el reconocimiento a dicho tratamiento.

Figura N° 8 Apoyo de redes sociales



Fuente: Cuestionario de calidad de vida SF-36. HUS. Área de rehabilitación. Trabajo Social. Primer semestre de 2011.

En lo referente a las redes sociales, se encontró que 11 de las doce personas reciben apoyo de la organización Hándicap Internacional, quien les brindó un subsidio para el transporte lo cual les permitía asistir a citas médicas, controles, terapias y comprar de medicamentos. Así mismo, dos personas mencionaron recibir ayuda de la Campaña colombiana contra minas, ofreciéndoles residir en la granja adscrita al Comité Nacional de la Cruz Roja en Girón (Santander). Allí les brindaban hospedaje y alimentación, mientras se encontraban en proceso de rehabilitación.

Dos pacientes más manifestaron recibir aportes del Hogar Jesús de Nazaret -hogar de paso-. Dos personas de las intervenidas, dijeron recibir protección de su familia, en lo que tiene que ver con vivienda y alimentación. Otras dos personas

expresaron haber recibido de CIREC⁷⁴ la donación de la prótesis. Otra persona indicó que la organización Intégrate le donó un guante cosmético necesario para su proceso de rehabilitación. Y una última, señaló que Acción Social le había dado un subsidio de reparación administrativa.

☑ Guía de atención psicosocial de Trabajo Social para pacientes con discapacidad por amputación se estipularon dos momentos⁷⁵

Se esbozó inicialmente a partir de dos momentos. El primero fue dedicado al diseño de la guía; se realizó una revisión documental para dimensionar los referentes teóricos–conceptuales: enfoque psicosocial, rehabilitación en personas con amputación, discapacidad y estrategia IEC. Éstos sustentaron el accionar profesional, la metodología adecuada para una óptima intervención y las técnicas acordes a la problemática tratada. La guía fue diseñada por fases de acuerdo a la dinámica observada en el área de rehabilitación y a los requerimientos de los y las pacientes, se definieron los lineamientos en los que se enmarcaría el área social y se vio pertinente que la intervención se diera mediante la estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC), pues se busca el fortalecimiento de las capacidades y habilidades para mejorar el bienestar individual, familiar y social de estas personas.

El segundo momento fue la aplicación de la guía. En la primera fase, se priorizaron e identificaron los pacientes a intervenir, con la participación de la junta médica. En la segunda fase, se aplicó la ficha social (ver anexo C) para conocer datos socio-demográficos del paciente con discapacidad por amputación, actividad que se hizo a través de entrevista individual.

⁷⁴CIREC. Organización privada, sin ánimo de lucro dedicada a la prestación de servicios médicos en el área de ortopedia y rehabilitación en la investigación, diseño, producción y suministro de elementos ortopédicos y en el desarrollo de actividades de promoción, educación, prevención y sensibilización. Bogotá, Colombia. (Consultado, 21 de Julio de 2011). (Disponible vía internet). <http://www.cirec.org/programas/inicio.html>.

⁷⁵ Esta guía de atención se presenta en detalle en el punto 4.4

Con esta ficha social se observó que adicionalmente a la situación de discapacidad de estas personas, la mayoría fueron desplazados por la violencia. Situación que vulnera aún más sus derechos, su dignidad como seres humanos, al ser despojados de sus bienes y tierras, viéndose limitadas sus oportunidades y sus vidas.

Es importante mencionar, que de la fase dos se pasó a la cuatro, dado que la institución no brindó los recursos necesarios para la realización de las visitas domiciliarias -fase III- (ver anexo D). Con la información obtenida se estructuró el diagnóstico social ya referido, que permitió elaborar el plan de intervención individual y grupal. En él se describieron las acciones a realizar de acuerdo a lo observado y analizado y se remitió a otros profesionales si el caso lo ameritaba.

En la fase cinco, que implicó la implementación de las acciones plasmadas en el plan de intervención, se identificaron aspectos comunes entre los y las pacientes, aunque cada caso tenía particularidades. Se trabajaron a nivel grupal temáticas como estilos de vida saludable, derechos humanos, comunicación asertiva, autoestima y proyecto de vida, en consideración a las condiciones de tiempo y recursos proporcionados por la entidad. Estas condiciones se convirtieron en una limitante para la atención individual, por lo que no fue posible llevar a cabo.

En este marco, fue favorable el trabajo ligado a la Organización Internacional Hándicap, que suministró los recursos materiales y económicos, para que asistieran las personas con discapacidad por minas antipersonal a las diversas actividades programadas.

Se efectuaron dos talleres, sobre el auto-cuidado y los estilos de vida saludable (ver anexo E). En el primero, participaron 3 pacientes, uno por amputación causada por enfermedad general acompañándolo allí un familiar y dos pacientes por mina antipersonal (ver anexo F). El taller fue participativo, se evidenció el

interés por las temáticas, opinaron y desarrollaron las actividades propuestas. Al finalizar el taller, este se evaluó (ver anexo G) y la calificación dada fue excelente y bueno en cada uno de los componentes a evaluar y en las observaciones y/o recomendaciones sugirieron que: “debería darse más frecuente donde asistan más víctimas” y “...sería bueno que lo hicieran seguido muy bueno y aporta para mi vida personal”.

El segundo taller (ver anexo H) que se desarrolló fuera de las instalaciones del HUS, en el seminario de la Consolata, fue dirigido a los y las pacientes víctimas de minas antipersonal, invitados de Hándicap que no eran pacientes del HUS y familiares de los y las pacientes. Las temáticas tratadas fueron: derechos, comunicación asertiva, proyecto de vida y comportamientos de vida saludable, que buscan mejorar las relaciones con la red de apoyo primaria y secundaria. El taller se desarrolló conjuntamente con la psicóloga.

En el taller los y las asistentes participaron activamente y se generaron propuestas frente al tema de los derechos, como “crear una organización consolidada por ellos mismos, en donde se pudiera elegir un representante al Concejo quien tuviera alguna discapacidad, ya que, son ellos quienes verdaderamente conocen sus necesidades y así se pueda velar por los derechos que ellos tienen, y en donde esta organización sea de todos y para todos, contando de esta manera con la veeduría correspondiente para su efectivo desarrollo”. Al finalizar el taller también se aplicó el formato de evaluación, la calificación estuvo entre excelente y bueno.

En la fase seis, que corresponde al proceso de seguimiento, se empleó una ficha con tal fin (ver anexo I), que describe las actividades realizadas con la persona, observaciones, avances y dificultades en el tratamiento terapéutico. Esta ficha fue aplicada a las personas con las que no se logró desarrollar la intervención, a fin de referir las dificultades presentadas.

☑ Contacto con instituciones para gestionar vinculación laboral de los y las pacientes con discapacidad por amputación

De acuerdo a las características e intereses de los y las pacientes, se logró establecer contacto con un funcionario de la Secretaría de Desarrollo Social de la Alcaldía de Bucaramanga, quien informó que en el Hogar de los Nazarenos se estaba brindando capacitaciones sobre panadería y proporcionaban ayudas técnicas (muletas, prótesis y sillas de ruedas) para personas con discapacidad. Información que se dio oportunamente en caso que alguien estuviera interesado.

Igualmente, se contactó Gran Fundación, entidad que apoya a población con discapacidad, tiene convenios con empresas a nivel nacional y ofrece oportunidades de empleo para estas personas “promoviendo la inclusión social y productiva de las poblaciones vulnerables”⁷⁶. Los datos proporcionados se entregaron a los y las pacientes para el envío de hojas de vida y de cumplir el perfil requerido en las vacantes, suplirlas.

Es preciso mencionar, que esta guía fue planteada desde el “deber ser”. En la implementación por diversos inconvenientes (recursos económicos, tiempo de permanencia reducido en las terapias, lugar de residencia –alejada del HUS o fuera de la ciudad-, falta de recursos para el desarrollo de las visitas domiciliarias), se limitó el quehacer profesional en la atención psicosocial. No obstante, debe reiterarse que tales acciones son importantes y relevantes en el tratamiento integral del paciente para lograr su bienestar.

En el marco del segundo objetivo *“desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para el mejoramiento de la salud de las personas*

⁷⁶ GRAN FUNDACIÓN. Quienes somos. (Consultado, 21 de Julio de 2011). (Disponible vía internet). <http://www.granfundacion.org/index.php/es/quienes-somos.html>

que asisten a las terapias o tratamientos de rehabilitación en el HUS” se implementaron las siguientes acciones estratégicas:

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Para el desarrollo de las acciones encaminadas hacia la promoción y prevención de la enfermedad, se diseñaron cuatro talleres informativos con temáticas transversales tanto para pacientes como familiares y/o acompañantes. Los talleres se realizaron en la sala de espera del área de rehabilitación y como mecanismo de información y comunicación, se entregaron folletos alusivos a los temas:

* *Conductas de vida saludable* (ver anexo K). Se trabajaron los comportamientos que influyen a corto y largo plazo en el bienestar físico y mental de las personas, como son: practicar un deporte, hacer ejercicio físico, tener una alimentación adecuada e higiene personal (piel, cabello, manos, pies, boca, ojos, oído, nariz, partes genitales e higiene en el vestuario y el calzado), descansar lo suficiente y hacer planes caseros, son actividades recomendadas por los terapeutas a los y las pacientes atendidos. En el evento participaron 27 personas.

* *Derechos y deberes de los y las pacientes* (ver anexo L). Participaron 33 personas. Es un tema de gran relevancia, pues permite a los y las pacientes que conozcan y exijan sus derechos, cumplan sus deberes, y puedan a su vez replicar y retroalimentar este conocimiento con sus familias, amigos, vecinos, entre otros.

* *Comunicación asertiva* (ver anexo M). Como se ha mencionado, la salud comprende el estado físico y psicosocial de la persona; es decir, una persona con una adecuada comunicación mantiene adecuadas relaciones interpersonales, evita conflictos, que puedan llevar a enfermedades de tipo coronario, estrés, migraña, entre otras. En este taller participaron 12 personas.

* *Manejo del tiempo* (ver anexo N). Este tópico influye en la salud de una persona, ya que un manejo adecuado del tiempo, permite alcanzar metas y actividades propuestas, lo que contribuye a evitar enfermedades causadas por la fatiga, la angustia, el estrés, entre otras. A este taller asistieron 13 personas.

En cada taller se diligenciaba un formato de asistencia (ver anexo O) y se contestaba el formato de evaluación del taller. Las calificaciones obtenidas fueron excelente y bueno.

El tercer objetivo estratégico *“brindar capacitación al equipo interdisciplinario sobre la detección y atención de riesgos psicosociales en los y las pacientes, en temáticas como violencia sexual y la violencia intrafamiliar en niños, niñas y mujeres”*, se cumplió mediante las siguientes actividades:

Coordinación e implementación de capacitación con el Comité de Atención de la Violencia Sexual y la Violencia Intrafamiliar en Niños, Niñas y en la Mujer dirigida al área de rehabilitación (Servicios Ambulatorios y de Apoyo Terapéutico)

Con el apoyo del Comité de Atención de la Violencia Sexual y la Violencia Intrafamiliar en Niños, Niñas y en la Mujer se programó una capacitación para el día 24 de Junio. Una vez señalada la fecha, con una semana de antelación se entregaron las invitaciones al personal profesional del área de rehabilitación, incluidos los profesionales en formación. Se efectuó un conversatorio en mesa redonda, inició con la presentación del Comité y la entrega de un documento que contenía el “flujograma de vigilancia epidemiológica para casos de violencia intrafamiliar, sexual y de género” (ver anexo P), las responsabilidades de cada área, los exámenes pertinentes a realizar en caso de violencia sexual, los 10 pasos a tener en cuenta en las instituciones, en caso de atención a víctimas de violencia sexual, el instructivo y la ficha epidemiológica a diligenciar.

Luego de revisar el texto, se prosiguió con el taller que se desarrolló a partir de preguntas, los asistentes iban preguntando y el Comité respondía, enfocándose en mostrar a los profesionales cómo pueden detectar y denunciar hechos relativos a la temática tratada y se reiteró lo importante de no dejar pasar desapercibida esta problemática.

☑ Diseño y elaboración de plegables alusivos al tema de la Violencia Sexual y la Violencia Intrafamiliar en Niños, Niñas y en la Mujer

Para complementar la información suministrada en la capacitación dada se diseñaron tres plegables (ver anexo Q), referidos al tema de prevención y atención de la violencia intrafamiliar, sexual y de género. Estos se colocaron en las carteleras del área, previo visto y autorización de la oficina de prensa en el Área de Desarrollo Institucional.

4.4 GUÍA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE TRABAJO SOCIAL, PARA PACIENTES CON DISCAPACIDAD POR AMPUTACIÓN DEL ÁREA DE REHABILITACIÓN DEL HUS.

OBJETIVO

Definir lineamientos para apoyar desde el área social el proceso de rehabilitación psicosocial que se brinda en el HUS a los y las pacientes con discapacidad por amputación; mediante la estrategia IEC (Información, Educación y Comunicación), que fomente el fortalecimiento de las capacidades y habilidades y mejore el bienestar individual, familiar y social de estas personas.

JUSTIFICACIÓN

En el HUS, se cuenta con un portafolio de servicios, en el cual se hallan los Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico y en donde existe un área específica de rehabilitación para aquellas personas con lesiones o traumatologías tales como: traumas craneoencefálicos (TCE), trauma raquímedular (TRM), enfermedad cerebro vascular (ECV), enfermedades que se presentan en adultos, jóvenes y niños y/o niñas; enfermedad de origen motriz (EMOC) que se da en niños y/o niñas con hidrocefalia; lesiones de mano y pie en adultos; discapacidades por retraso psicomotor, retraso en el desarrollo de lenguaje y de aprendizaje en niños y/o niñas; y discapacidad por amputación de algún miembro del cuerpo en adultos, y jóvenes⁷⁷.

Dentro de los procesos que se llevan a cabo para la población con discapacidad, se encuentra la atención física, que inicia desde el diseño, la adecuación de la prótesis y las terapias físicas que ello implica, para lo cual cuenta con profesionales como: fisiatras, fisioterapeutas, técnico en ortesis y prótesis, también se cuenta con un profesional de psicología. Teniendo en cuenta que la persona se encuentra en un estado de discapacidad, se requiere una atención integral; es decir, que integre tanto lo físico, lo psicológico y el socio-familiar.

En tal sentido, se hace importante crear y ejecutar una guía de atención que integre tanto los aspectos psicológicos, como los socio-familiares. Es decir, una guía de atención psicosocial, pues una persona que ha sido amputada, evidentemente presenta cambios en su aspecto físico, que pueden llevar a alteraciones a nivel emocional y social, que si no se interviene de manera adecuada e integral, pueden conducir a situaciones complejas que influyan de

⁷⁷Entrevista informal a la terapeuta ocupacional. Área de rehabilitación. Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga. Mayo 02 de 2011.

manera negativa en la calidad de vida y el bienestar tanto de éstas como de aquellas que hacen parte de su contexto social, presentando alteraciones en su vida como: baja autoestima, pensamientos de autodestrucción, falta de claridad en su proyecto de vida, rupturas en las relaciones sociales, filiales, familiares, afectivas, emocionales, entre otras.

Adicionalmente, es relevante mencionar que no se ha contado con la participación de un profesional de Trabajo Social, lo que implica la necesidad de establecer parámetros que definan la intervención frente a la demanda de la población con discapacidad que ingresa al área de rehabilitación en el HUS.

POBLACIÓN OBJETO

Pacientes con discapacidad por amputación, que asisten a las terapias en el área de rehabilitación y al taller de ortesis y prótesis en el HUS.

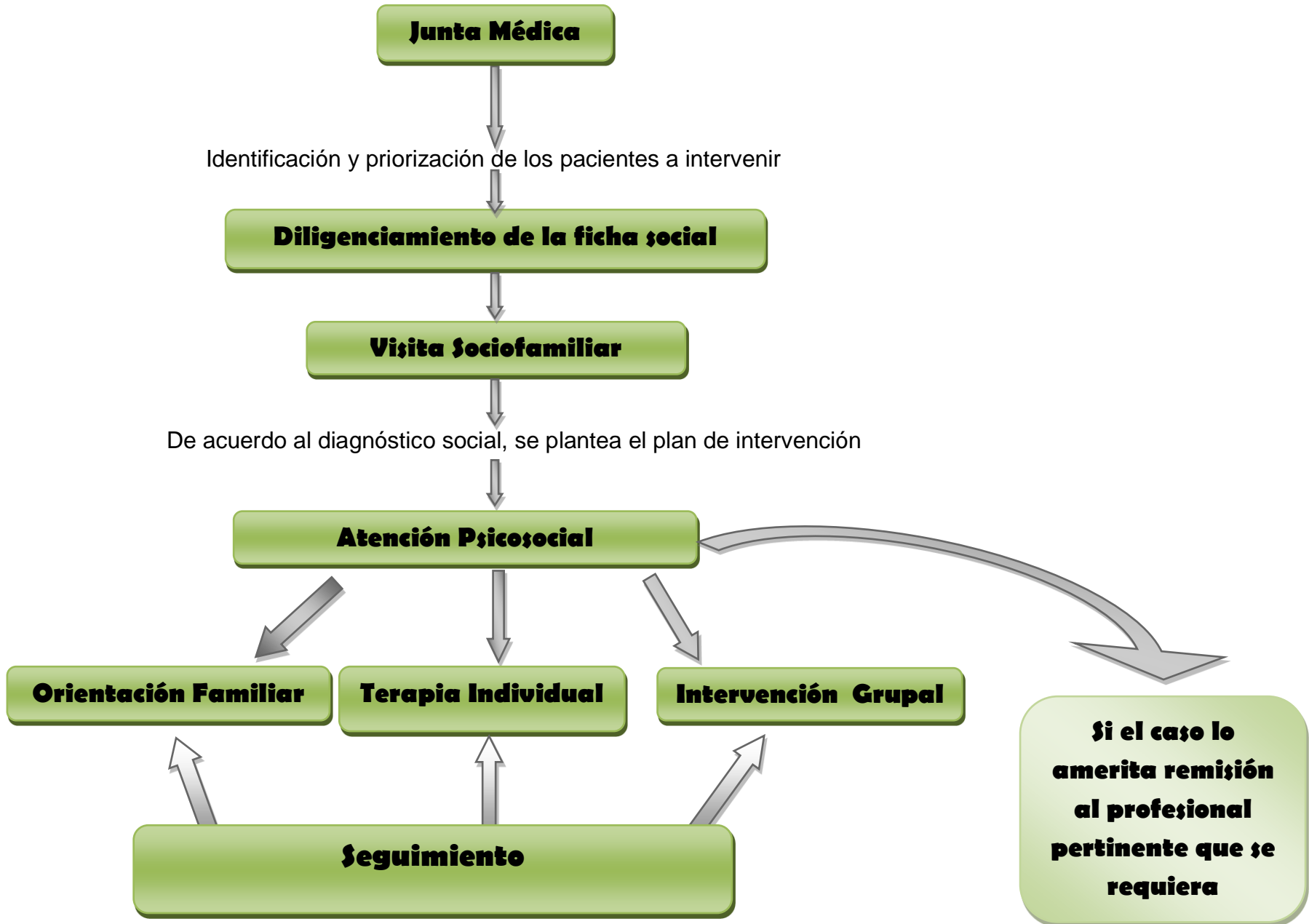
ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL O TRABAJADORA SOCIAL

El profesional de Trabajo Social deber ser gestor(a), planificador(a) y coordinador(a) facilitador(a)-concientizador(a) en procesos socio-familiares, que permitan el fortalecimiento de las capacidades de autodeterminación y habilidades en el desarrollo personal de aquellos pacientes con discapacidad, por medio de estrategias edu-comunicativas, que brinden herramientas para el empoderamiento de las personas frente a sus derechos, y se contribuya al mejoramiento de su bienestar personal, familiar y social.

ALCANCE

El desarrollo del tratamiento de rehabilitación, contará con el requerimiento según sea el caso y a su vez la disponibilidad (en tiempo y recursos) que tenga la persona en asistir al HUS.

PROCEDIMIENTO:



FASE I:

La primera fase es en la Junta Médica, espacio en donde se encuentran los y las pacientes, los médicos especialistas en ortopedia, el técnico del taller de prótesis y órtesis, el o la profesional de psicología y el Trabajador o Trabajadora Social. Allí, los médicos especialistas hacen lectura de la historia clínica y se evalúa las condiciones físicas y el nivel de amputación “del miembro” para el proceso de asignación y adaptación de la prótesis. En caso que la persona ya tenga la prótesis, el equipo interdisciplinario hace el control y seguimiento de adaptación de la misma.

En la Junta Médica, se observan y analizan los datos relevantes para el proceso de intervención y se priorizan los requerimientos de los y las pacientes.

FASE II:

En el segundo momento, a manera individual, se realiza el diligenciamiento de la ficha social (ver anexo C), para conocer datos sociodemográficos del paciente con discapacidad por amputación. Esto, se hace a través de una entrevista, indagando con el paciente y tomando notas en la ficha conforme las respuestas dadas por éste.

FASE III:

Posteriormente, se realiza la visita socio-familiar (ver anexo D), por medio de un esquema básico, que permite observar puntos claves de interrelación en la familia.

FASE IV:

De acuerdo a lo observado y analizado en la visita y a la información obtenida en la ficha social, se realiza el diagnóstico social y se plantea el plan de intervención a ejecutar.

FASE V:

En esta fase, se observa y analiza la necesidad de hacer o no, una remisión a otro profesional. Luego se realiza lo que se ha denominado como atención psicosocial; es decir, si se evidencian problemas y/o conflictos intrafamiliares durante la visita socio-familiar, se elaborará un plan de intervención acorde a ello. Sin embargo, dicho plan puede enfocarse en temáticas como: relaciones intrafamiliares, resolución de conflictos intrafamiliares, manejo de emociones, comunicación inadecuada u otras problemáticas que puedan presentarse y requieran ser intervenidas o trabajadas, y que son originadas o fortalecidas, por la condición de discapacidad dada por la amputación realizada al paciente. Las situaciones que se identifiquen, son importantes abordarlas desde el ámbito familiar o desde la red de apoyo social con que cuente la persona, ya que, las redes sociales pueden y deben apoyar el proceso de rehabilitación físico, psicológico y social.

Dicha intervención puede darse a manera individual con la realización de terapias o de forma grupal, ya sean con técnicas tales como: talleres grupales, convivencias, cine foros, entre otros, que permitan abordar temáticas que requiera la población objeto de intervención.

Una de las temáticas relevantes y de prioridad para abordar durante todas las sesiones, terapias o trabajos grupales, es lo referente al tema de los derechos y la legislación que favorece a la población con discapacidad por amputación.

Además, de acuerdo a lo analizado en los y las pacientes y su situación, es necesario indagar, identificar y posteriormente hacer el vínculo con otras instituciones que permitan brindar apoyo desde diferentes ámbitos, para el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de estas personas.

FASE VI:

Finalmente, es importante realizar el proceso de seguimiento desde que inicia la intervención y durante todo el proceso de rehabilitación, especialmente mientras los y las pacientes se encuentren en adaptación y ajuste de la prótesis (tiempo aprox. 1 año y 6 meses). En este lapso, él o ella, deben asistir al área de rehabilitación del HUS.

Dicho seguimiento deberá hacerse por medio de una ficha (ver anexo J), en donde se encuentre inscrito el nombre de la persona, teléfono, fecha y las observaciones, avances y dificultades del proceso, a fin de buscar el método para su mejoramiento.

4.5 ANÁLISIS DEL PROCESO LLEVADO A CABO

El tema de la salud es un tema transversal para todas las poblaciones, pues como derecho se encuentra adscrito a todas las personas, independientemente de su origen, clase social, raza, sexo u otras. En tal sentido, el proceso de práctica académica permitió contrastar los conocimientos aprendidos desde la academia con la realidad, pues desde la ubicación la estudiante en formación, se enfrentó a nuevos retos profesionales y personales, por las diversas problemáticas a intervenir.

La experiencia profesional de pregrado se realizó en el área de rehabilitación del HUS. Allí no se había efectuado ningún proceso desde Trabajo Social, pues no

cuenta con profesional trabajador social y era la primera vez que se llevaba a cabo un proceso de práctica, por lo que evidenciaron varias opciones para la intervención, entre ellas con personas con discapacidades por retraso psicomotor, retraso en el desarrollo de lenguaje y de aprendizaje en niños/niñas u otros.

El proceso se desarrolló en el marco del enfoque de derechos, con un modelo bio-psicosocial, pues el estado de salud no sólo depende del estado físico de una persona, sino de lo psicológico y lo social. De acuerdo a ello, se dispuso realizar la intervención desde un enfoque psicosocial que permitiera la atención en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los y las pacientes que ingresan al área, por medio de la estrategia IEC (Información, Educación y Comunicación) en el marco de planeación estratégica.

Dicha planeación se estructuró sobre la base de objetivos estratégicos que requirieron de observación y análisis no sólo de las condiciones, características y necesidades de la población objeto de intervención, sino la dinámica del área como tal, pues debe ser coherente con el trabajo del equipo profesional y que apoye verdaderamente los procesos de rehabilitación y mejoramiento del estado de salud y bienestar general de los y las pacientes.

Se optó en el primer objetivo estratégico por trabajar con la población con discapacidad por amputación causada por enfermedad general, accidente de tránsito y/o mina antipersonal. Población que requiere intervención de diversa índole, pues esta condición lleva rupturas familiares, sociales, baja autoestima y en la mayoría de los casos a la exclusión social, desigualdad y falta de oportunidades, aspectos que fueron reiterados por los pacientes con quienes se ejecutaron las actividades. Dentro de este objetivo, la acción estratégica se encaminó a evaluar la calidad de vida de estas personas antes y después de la intervención. Evaluación relevante en el proceso de reflexión y reconocimiento de los componentes tanto físicos, como psíquicos y sociales, interrelacionados entre sí, y que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida.

La intervención se dio a través del diseño e implementación de una guía de atención, que permitió definir líneas de acción útiles para el accionar profesional de Trabajo Social en esta área a nivel interdisciplinario y con los y las pacientes con discapacidad por amputación.

Ahora bien, en cuanto a la ejecución de las actividades establecidas en esta guía y de acuerdo con los planes de intervención estipulados, es rescatable la participación y receptividad por parte de los y las participantes, quienes como sujetos de derechos se reconocieron a sí mismos. Igualmente las temáticas como estilos de vida saludable, proyecto de vida, comunicación asertiva, autoestima trabajadas a partir de la técnica del taller grupal permitieron retroalimentar y destacar su importancia y aplicabilidad tanto a nivel individual como socio-familiar identificando redes sociales de apoyo que contribuyen al fortalecimiento de capacidades y habilidades, que redundan en bienestar y la calidad de vida.

Por otra parte, en cuanto al segundo objetivo, referido a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, los asistentes fueron a su vez participativos y mostraron interés en cada uno de los talleres informativos realizados. Se evidenció como necesario desarrollar estas acciones, ya que, es favorable tanto para las instituciones como para las personas, (en cuanto a costos, tiempo y bienestar), prevenir las enfermedades y promocionar la salud, (p y p), argumentos que se dan no sólo por la normatividad que lo sustenta, sino también por los estudios e investigaciones que lo han concluido. Aunque el HUS, es una institución de alta complejidad, se analiza que si se trabaja allí el tema de la p y p, se avanza en el tema del mejoramiento del estado de la salud de la población en general.

En cuanto al tercer objetivo, se analizó que los y las profesionales adscritos a esta área, por la labor que desarrollan y el trabajo diario con niños, niñas y mujeres, requerían conocimientos puntuales y herramientas acerca de la detección de

riesgos psicosociales posibles a presentarse, entre ellos, la Violencia Sexual y la Violencia Intrafamiliar en esta población.

Para culminar, la rehabilitación integral en salud, requiere del compromiso y del trabajo en equipo por parte de los y las profesionales, teniendo en cuenta que cada caso es particular y que su quehacer adicionalmente va encaminado a velar por la protección de los derechos de los y las pacientes, propiciar el desarrollo de habilidades y capacidades a fin de lograr una verdadera calidad de vida.

Finalmente, la atmósfera en cada taller fue de empatía y escucha entre los asistentes, lo que permitió una adecuada interacción e intervención.

5. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

Evaluación del campo de intervención profesional

Realizar el proceso de intervención en el área de rehabilitación brindó posibilidades en el accionar profesional, puesto que no se había llevado ningún proceso por parte de Trabajo Social, logrando de esta manera tener autonomía desde la fase de planeación, ejecución y evaluación.

En la subgerencia de servicios ambulatorios y apoyo terapéutico, el equipo profesional que labora en el área de rehabilitación, permitió la participación de la estudiante en práctica profesional en las juntas médicas realizadas. Espacio relevante, que brinda mayor conocimiento en cuanto a la perspectiva que tienen los médicos fisiatras hacia los pacientes en proceso de rehabilitación por amputación, contextualizando los tratamientos que se requieren para cada uno de ellos.

La colaboración y apoyo brindado por la Organización Internacional Hándicap, como red social terciaria, proporcionó a través de un trabajo interdisciplinario la implementación de acciones en pro de las personas con discapacidad por mina antipersonal, al suministrar los recursos materiales (impresiones y fotocopias) y económicos (subsidio de transporte). Aportes que permitieron que las iniciativas y talleres planeados se llevaran a cabo en la búsqueda de la reivindicación de derechos, capacidades y habilidades para la vida de la población intervenida.

En esta área del Hospital, también se logró coordinar e implementar junto con el comité que trabaja en el tema de la atención de la violencia sexual y la violencia intrafamiliar en niños, niñas y en la mujer, una capacitación sobre este tema. Esta capacitación se dirigió a los terapeutas, tanto profesionales como estudiantes (que

realizaban en ese momento su intervención en el área de rehabilitación). Allí se brindaron las herramientas para atender oportunamente esta problemática, entre ellas fueron: el flujograma de vigilancia epidemiológica, las responsabilidades de cada área, los diez pasos a tener en cuenta en las instituciones, el instructivo y la ficha epidemiológica a diligenciar.

Por otro lado, se estructuró e implementó una guía de atención psicosocial para pacientes con discapacidad por amputación, dejando un referente de orientación profesional para la intervención con esta población, pues anteriormente no se había realizado ningún proceso de atención desde Trabajo Social en el área de rehabilitación del Hospital, lo cual sirve de apoyo y sustento para próximos estudiantes y/o profesionales.

Ahora bien, respecto al rol profesional de Trabajo Social desempeñado en este campo de salud fue: el de educadora, orientadora, coordinadora, facilitadora-concientizadora en los procesos sociales en los que se participó, permitiendo el fortalecimiento de las capacidades de autodeterminación y habilidades en el desarrollo personal, por medio de estrategias edu-comunicativas, brindando herramientas para el empoderamiento de derechos y contribuyendo al mejoramiento del bienestar personal, familiar y social.

Evaluación respecto a los pacientes intervenidos

Al evaluar la calidad de vida por medio del cuestionario SF36 antes de la intervención y después de ella en los pacientes con discapacidad, se observa que la atención por parte de fisioterapia, psicología y Trabajo Social, contribuye en el fortalecimiento de la calidad de vida y por ende en los componentes físicos, psicológicos y sociales.

En cuanto a la aplicación de la guía psicosocial, permitió realizar un proceso con pacientes que anteriormente no se habían atendido por Trabajo Social. Aunque no se logró ejecutar, la fase de la visita socio-familiar, la cual se analiza como relevante para el proceso, pues con su aplicación permite comprender puntos claves de la interrelación familiar y profundizar en el contexto de la vida de los pacientes. En cuanto a las demás fases, sí se lograron ejecutar.

Entre las fases que se llevaron a cabo, se encuentra la junta médica; espacio en donde los fisiatras evalúan a los pacientes sobre sus procesos de rehabilitación en cuanto a las prótesis y terapias que han sido asignadas. Allí se puede comprender el sentir de las personas acerca de sus tratamientos; los malestares físicos y la afectación de éstos para el desempeño de su vida cotidiana.

En el diligenciamiento de la ficha social, se obtuvo mayor conocimiento de cada una de las personas, profundizando la información e indagando en las problemáticas de las mismas. Con lo anterior, se logró elaborar un diagnóstico social, se hizo la remisión a psicología si el caso lo ameritaba. Debido al tiempo de permanencia de estos pacientes en el Hospital. Para el desarrollo de los planes de acción, se decidió utilizar la metodología grupal.

Por consiguiente, se diseñaron e implementaron dos talleres con temáticas de necesidades en común, como lo fueron: estilos de vida saludable, comunicación asertiva, autoestima, proyecto de vida y derechos humanos. En estos talleres las personas fueron participativas y se logró promover el auto-reconocimiento de seres humanos con derechos, evitando que ellos mismos permitan su vulneración. Además, se promovieron conductas de vida saludable, mediadas por el respeto y el amor propio, así como también la estructuración o reestructuración de un proyecto de vida.

La fase de seguimiento se decidió aplicar, a las personas con quienes no se logró desarrollar la intervención, esto con el objetivo de referir las dificultades presentadas.

De acuerdo a la acción estratégica del contacto con instituciones, se logró establecer contacto con la Secretaria de Desarrollo Social, en donde informaron que existe un hogar que brindan a personas con discapacidad, capacitaciones de panadería y proporcionan ayudas técnicas (muletas, prótesis y sillas de ruedas). Ésta información se dio oportunamente en el caso que alguien estuviera interesado.

Otra institución contactada fue la Gran Fundación, quien tiene convenios con empresas en el contexto nacional, ofreciendo oportunidades de empleo para las personas con discapacidad. La información fue suministrada a los pacientes en caso de que quisieran postular sus hojas de vida.

Por otro lado, se logró implementar el 100% de los talleres diseñados, los cuales estuvieron orientados hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, para los pacientes y sus acompañantes que se encontraban en la sala de espera del área. Las temáticas fueron: conductas de vida saludable (participando 27 personas), derechos y deberes de los y las pacientes (participaron 33 personas), comunicación asertiva (participaron 12 personas) y manejo del tiempo (participaron 13 personas). En cada uno se entregaron folletos alusivos a las temáticas.

Estas acciones fueron estratégicas, porque permitieron brindar herramientas para el desarrollo de conductas saludables, que influyeran en la efectividad de los tratamientos proporcionados por los terapeutas. Además, en el tema de derechos es importante, para que estas personas no permitan que se les vulnere sus derechos como pacientes.

Y respecto al tema de la prevención de la violencia sexual, violencia intrafamiliar en niños, niñas y en la mujer, se diseñaron e implementaron en diferentes espacios del área de rehabilitación, tres carteles alusivos al tema, dirigidos a las personas que a diario asisten allí para prevenir este tipo de violaciones contra la dignidad humana.

Evaluación de la experiencia

Esta experiencia práctica, aportó importantes conocimientos y permitió el desarrollo de habilidades tanto para la vida personal como profesional, enriqueciendo los saberes adquiridos en la academia a través del desarrollo de las acciones estratégicas planteadas de acuerdo a los objetivos propuestos.

El área de salud, brinda diversos espacios de intervención, en donde un profesional de Trabajo Social puede desempeñarse y llevar a cabo procesos para el bienestar de la población que día a día ingresa a estas instituciones prestadoras de servicios de salud.

El respaldo y la autonomía que brindó la subgerencia de servicios ambulatorios y apoyo terapéutico del Hospital Universitario de Santander, fue de gran relevancia en la formulación de los objetivos, en la planeación y ejecución de cada una de las acciones estratégicas que se llevaron a cabo.

Durante este proceso se contó con el acompañamiento y asesoría continua de la supervisora quien fue de gran apoyo en el desarrollo de la experiencia. Pues ella, orientó siempre el proceso de manera oportuna en cada una de las fases; guiando y resolviendo las dudas e inquietudes que se presentaban en el desarrollo de la intervención profesional.

Aunque se presentaron ciertas limitantes como la falta de recursos económicos, el poco tiempo de los y las pacientes para asistir frecuentemente al Hospital, la programación se ajustó y se ejecutó eficazmente respecto a lo planeado.

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN. CREACIÓN DEL CARGO DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER (HUS)

JUSTIFICACIÓN

Desde la Constitución Política de Colombia de 1991, la salud se encuentra relacionada no con la asistencia pública, sino con la Seguridad Social⁷⁸. Por tanto, la Seguridad Social se encuentra descrita como “un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección y control del Estado, en sujeción a los principios de la eficiencia, la universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley”⁷⁹. La prestación de los servicios en salud se convierte en un proceso que requiere de una atención integral apoyada por todos y cada uno de los profesionales que laboran en este ámbito. Es así, como el profesionalismo, la perspicacia requerida de acuerdo a los casos y el trabajo interdisciplinario, requieren de compromiso en la labor ejercida en las instituciones en donde se prestan estos servicios.

Por consiguiente, “el proceso de atención a la salud comprende las esferas biológica, psicológica, social y ambiental del individuo, la familia y la población en aspectos de prevención primaria, secundaria y terciaria”⁸⁰, es por esto que se observa la necesidad de la intervención social en los pacientes que asisten diariamente al área.

⁷⁸ RAMÍREZ, Uva. Perfil Profesional del Trabajador Social que se Desempeña en el área de Salud. En: Revista Colombiana de Trabajo Social, CONETS. p. 80.

⁷⁹ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. De los derechos, las garantías y los deberes: Los derechos sociales, económicos y culturales. p. 22.

⁸⁰ Modelo de atención a la salud IMSS. En: “La intervención social en salud desde la gerencia”. (Consultado, 06 de Noviembre de 2011). (Disponible vía internet). www.salud.gob.mx/unidades/pediatria/intersoci.pdf

El Trabajador Social en el área de la salud, es un profesional que participa en los procesos de atención abordando factores sociales en la dinámica de salud-enfermedad como parte de la intervención integral a la salud de la persona y su familia, realizando como función principal la identificación de problemáticas y necesidades, aplicando respecto a ellas, técnicas y herramientas que promuevan la conservación, recuperación y rehabilitación de la salud⁸¹.

Es por lo anteriormente mencionado, que se hace relevante la creación del cargo de Trabajo Social en el área de rehabilitación, lo cual conllevaría a beneficios en la atención que incorpora: lo biológico (por parte de los terapeutas y fisiatras), lo psicológico (profesional de psicología) y lo social (por el profesional de Trabajo Social), comprendiendo de esta manera una atención integral e interdisciplinaria. De esta forma, se lograría mayor efectividad en los procesos y tratamientos que se desarrollan en esta área, buscando como fin el bienestar de la población atendida.

OBJETIVOS

Objetivo General

Crear el cargo de Trabajo Social en el área de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander, para contribuir al mejoramiento de las condiciones sociales, reduciendo los traumas de la población intervenida, su núcleo familiar y social.

⁸¹ Guía de Apoyo Técnico para el Área de Trabajo Social en Unidades Médicas, agosto 2002. En: "La intervención social en salud desde la gerencia". (Consultado, 06 de Noviembre de 20011). (Disponible vía internet). www.salud.gob.mx/unidades/pediatria/intersoci.pdf

Objetivos Específicos

- Definir el perfil profesional de Trabajo Social, para delimitar el conjunto de capacidades y competencias requeridas para el cargo.
- Ejecutar programas sociales en materia de salud, acordes a las patologías y tratamientos de rehabilitación que se presentan en el área.
- Implementar un portafolio de servicios, con técnicas y procedimientos adecuados, acordes a los requerimientos de los y las pacientes en el aspecto personal y familiar.
- Realizar estudios epidemiológicos que permitan complementar las estadísticas, para la creación de nuevos programas.

REFERENTE TEÓRICO DE LA PROPUESTA

Enfoque Diferencial

La prestación de los servicios respecto al cargo de Trabajo Social se orienta bajo el principio del enfoque diferencial en donde se “reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación”⁸².

⁸² SECRETARIA DEL SENADO. Ley 1438 de 2011. Principios del Sistema de Seguridad Social en Salud. (Consultado, 10 de Octubre de 2011). (Disponible vía Internet). http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2011/ley_1438_2011.html

Por ende, todos los programas y acciones realizadas, serán diseñadas y ejecutadas, siempre de acuerdo a las características de la población atendida y éstas, a su vez, se regirán en el marco de los derechos humanos.

POBLACIÓN OBJETO DE INTERVENCIÓN

La población objeto de intervención son los y las pacientes y las familias de las misma, que ingresan al área rehabilitación del Hospital Universitario de Santander.

PERFIL PROFESIONAL PARA TRABAJO SOCIAL

Tabla Nº 8 Perfil profesional para Trabajo Social

DENOMINACIÓN DEL CARGO: Trabajador Social o Trabajadora Social.	
COMPETENCIAS	DESCRIPCIÓN
<u>CONOCIMIENTOS</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Haber cursado la carrera de Trabajo Social en un ente de educación superior, reconocido por el Estado y que certifique este título como profesional. -Cumplir con el código de ética profesional de las y los Trabajadores Sociales en Colombia. -Tener conocimiento sobre la legislación en lo que respecta al Sistema de Salud y Seguridad Social en Colombia, incluyendo lógicamente, actualizarse en las modificaciones que en ellas se hagan. -En materia de derechos, conocer y aplicar la Declaración Universal de los Derechos Humanos. -Conocer a cabalidad la Constitución Política Colombiana, pues está a nivel nacional es ley de leyes. -Además, se deben tener conocimientos básicos en materia de psicología evolutiva, diagnósticos médicos en cuanto a las diferentes patologías que allí son atendidas.
<u>CAPACIDADES</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar un trabajo interdisciplinario con los demás profesionales que laboran en el área. -Gestionar, planear, organizar y coordinar, los

DENOMINACIÓN DEL CARGO: Trabajador Social o Trabajadora Social.	
COMPETENCIAS	DESCRIPCIÓN
	<p>programas sociales en el área.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Atención y razonamiento rápido, en la solución de los problemas inmediatos que se presenten; es decir, prontitud en las respuestas a las situaciones ya sea, en cuestiones de recursos humanos, materiales o institucionales los cuales estén dentro de su deber. -Adecuado manejo de las relaciones sociales que se establezcan. -Liderazgo en los procesos o en las dinámicas que se presenten. -Aplicación de las técnicas, para los procesos con grupos o para procesos de tipo individual (caso). -Agilidad y concentración en cada proceso de atención al usuario, pues éstos se caracterizan por ser de diferente índole. -Sistematizar las labores realizadas, para retroalimentar su ejercicio profesional con colegas de otras áreas del HUS.
<u>DESTREZAS Y HABILIDADES</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Este profesional debe poseer dinamismo al momento de llevar a cabo cualquiera de sus acciones. -Ser eficaz y eficiente en cada uno de los procesos o acciones que se lleven a cabo. -Realizar con prontitud los diagnósticos de los usuarios. -Otorgar la información a sus respectivos responsables o quien lo requiera de forma oportuna y asertiva. -Realizar las intervenciones consecuentemente con las técnicas y procedimientos adecuados, estas deben claras y precisas de acuerdo a la caracterización de la población. -Tener destreza en la producción escrita.
<u>ACTITUDES</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Tener respeto hacia las personas que conforman su entorno. Es decir, respetar la dignidad de los usuarios que allí ingresan, como tener una delimitación respecto a su campo de trabajo y su desempeño en la institución.

DENOMINACIÓN DEL CARGO: Trabajador Social o Trabajadora Social.	
COMPETENCIAS	DESCRIPCIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> -Saber o tener, la autonomía suficiente para la toma de decisiones correspondientes a su labor. - Tener un conocimiento y respeto por las directrices de funcionamiento de la institución y velar porque estas se cumplan a cabalidad, pero teniendo como eje central el bienestar de las personas. -Realizar un servicio a la comunidad objetivo, justo y con responsabilidad. -Ser creativo o creativa, para la solución de problemas o para la organización de cualquiera de sus acciones y procesos, logrando integrar a la comunidad de interés en los mismos. - Mantener el secreto de confidencialidad de los usuarios o en cualquier caso que así se requiera. -Saber entender y hacerse entender en la comunicación con quienes labora, pues no todas las personas tienen el mismo nivel de interpretación y abstracción de lo que se le comunica. -Guiar a las personas en la soluciones de sus problemas, pero no intervenir en sus decisiones, pues estas se deben respetar.
<u>FUNCIONES</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Estudiar las características socio-familiares, culturales y económicas de los usuarios para diagnosticar y determinar los procesos a llevar a cabo. -Desarrollar y evaluar las acciones planeadas de acuerdo a los programas sociales diseñados para la educación, comunicación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, los cuales sean dirigidos tanto para los y las pacientes como para la familia sobre temáticas que pueden ser: hábitos de vida saludable, manejo de la enfermedad, adherencia al tratamiento, derechos y deberes de los usuarios, cuidado del paciente, orientación en cuanto a la utilización de los servicios y los diferentes procedimientos que se deben realizar, entre otras, que permitan contribuir al mejoramiento del estado de salud y bienestar de la población.

DENOMINACIÓN DEL CARGO: Trabajador Social o Trabajadora Social.	
COMPETENCIAS	DESCRIPCIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> -Participar en las actividades que fortalezcan su accionar profesional. -Ejecutar estudios que sirvan como apoyo en los nuevos programas que se diseñen. -Reportar a la Secretaria de Salud, al ICBF y/o a la institución pertinente, de acuerdo a los casos que se presenten y hacer la oportuna atención a los mismos. -Promover en el profesional médico las consultas por Trabajo Social. -Diseñar y realizar estudios epidemiológicos que permitan complementar las estadísticas y que sean sustento para el diseño de nuevos programas que se planeen y desarrollen.

Fuente: MORA, Rojas Sandra Paola. HUS. Área de rehabilitación. Trabajo Social. Primer semestre de 2011.

PROGRAMAS SOCIALES EN SALUD

Se requiere que el profesional de Trabajo Social tenga la capacidad de gestionar, diseñar, ejecutar y evaluar, programas sociales en materia de salud, acordes a las patologías, tratamientos y a las características de la población atendida en el área; por medio de estrategias de educación y comunicación, ya que de esta manera se contribuye a la efectividad de los procesos y tratamientos que desarrollan para las personas que son atendidas allí y se promueven estilos de vida saludable y por lo tanto se contribuye a una óptima calidad de vida.

Portafolio de servicios para la atención integral de la población que a diario ingresa al área de rehabilitación HUS.

Construir e implementar un portafolio que oferte los servicios de Trabajo Social que sea incluyente y que permita atender a cabalidad lo demandado por la población, en donde esta atención sea oportuna, eficaz, efectiva y la cual tenga un seguimiento de los casos que se presentan; implementando las técnicas y

procedimientos adecuados para los mismos. Además, este portafolio debe contar con los recursos necesarios para su ejecución, así como también con un trabajo interdisciplinario con los demás profesionales que ejercen su labor allí.

Proceso de implementación del cargo de Trabajo Social

Selección y contratación del profesional. El ente encargado realiza la solicitud de hojas de vida que cumplan con el perfil establecido anteriormente, luego realiza el estudio y análisis de las hojas de vida y se selecciona la que cumpla a cabalidad con este perfil. Una vez seleccionada se pasa al procedimiento de contratación el cual será de la modalidad de contrato de prestación de servicios.

Asignación del espacio físico. Se asigna el espacio físico; es decir la oficina dentro del área de rehabilitación del HUS para el cargo de Trabajo Social. Este lugar debe contar con las condiciones y recursos necesarios para la efectiva labor del profesional.

Promoción y ejecución del cargo. Por medio de mecanismos de comunicación se promueve la utilización de los servicios ofertados por Trabajo Social, dirigidos tanto a los pacientes como al profesional de la salud y a su vez se ejecutan las acciones de acuerdo a la competencia del cargo.

PRESUPUESTO

Tabla Nº 9 Presupuesto

COMPONENTE	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL
Recurso humano			
Profesional de Trabajo Social	\$1.900.000	1	\$1.900.000
Subtotal			\$1.900.000
Equipos			
Computador	\$1.500.000	1	\$1.500.000
Impresora	\$300.000	1	\$300.000
Video beam	\$2.500.00	1	\$2.500.00
Cámara fotográfica	\$800.000	1	\$800.000
Grabadora	\$300.000	1	\$300.000
DVD	\$400.000	1	\$400.000
Subtotal			\$5.800.00
Papelería			
Papelería global	\$300.000	varios	\$300.000
Subtotal			\$300.000
Total			\$6.100.000

7. CONCLUSIONES

- Trabajo Social dentro del contexto de la salud tiene como eje en su accionar profesional, intervenir en los procesos de tratamientos terapéuticos para lograr mejorar las condiciones en la rehabilitación, contribuyendo de esta manera en el bienestar de la población; por medio de acciones que promuevan estilos de vida saludable y habilidades para la vida. Fortaleciendo los factores protectores y eliminando los factores de riesgo.
- Debe procurarse en la intervención profesional, diseñar y ejecutar acciones en donde participe la familia de cada uno de los pacientes, pues ésta es la primera red de apoyo con la cual cuentan las personas y son pilar fundamental en los procesos y tratamientos que se llevan a cabo.
- Aunque el Hospital Universitario de Santander, es de mediana y alta complejidad, es importante seguir realizando acciones sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad, puesto que esto permite contribuir en el mejoramiento del estado de salud y previene conductas que pueden ser riesgosas para bienestar de las personas.
- Es fundamental, que Trabajo Social promueva su intervención en las instituciones de salud. Referenciando en el personal médico los beneficios de la prestación de sus servicios, pues la mayoría no conoce la importancia de lo que la profesión realiza y su influencia en los procesos de rehabilitación en salud.
- Realizar el proceso con la población con discapacidad por amputación, permitió conocer más afondo las problemáticas que giran en torno a la discapacidad, pues en la mayoría de los casos estas personas son

discriminadas y excluidas por su condición. El proceso de rehabilitación para ellos en muchos casos es difícil, pues les cuesta adaptarse a este nuevo estado. Por lo tanto, es necesario seguir fortaleciendo las acciones encaminadas hacia la atención de esta población en particular.

- El área de rehabilitación ofrece un importante espacio, para ejecutar procesos, dirigidos hacia los diferentes grupos poblacionales que son atendidos. Esto permite enriquecer los conocimientos y fortalecer las habilidades ya adquiridas.
- En cuanto a los y las pacientes en general, fueron receptivos y participativos en cada una de las actividades, esta es una población que permite un amplio espacio de intervención. Sin embargo, aunque ellos o ellas deben asistir al HUS para los diferentes procedimientos médicos durante ciertos lapsos de tiempo, estos deben ser considerados al momento de planear las actividades, con el fin que se pueda trabajar con estas personas y dar una oportuna intervención.

8. RECOMENDACIONES

Escuela de Trabajo Social – Universidad Industrial de Santander

- Mantener vigente el convenio establecido entre la Universidad y el Hospital, puesto que esta institución permite un amplio espacio de intervención, el desarrollo de aptitudes y habilidades para el desempeño de la profesión en el área de la salud.

Área de rehabilitación del Hospital Universitario de Santander

- Ejecutarse la propuesta planteada en cuanto a la creación del cargo de Trabajo Social en el área.
- Establecerse un espacio físico que cuente con los equipos básicos para el desarrollo de la práctica profesional.

Próximos estudiantes en práctica

- Seguir implementándose la guía de acción profesional establecida para los pacientes con discapacidad.
- En el tema de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, debe darse continuidad, ello permite contribuir al bienestar y a la calidad de vida de las personas que asisten al área.

BIBLIOGRAFÍA

- [Anónimo].Definición de Autonomía. (Consultado, 27 de Mayo de 2011). (Disponible vía internet). <http://www.definicionabc.com/general/autonomia.php>
- ARIAS M, Fernando Jiovani. Desplazamiento forzado en Colombia, reflexiones sobre su implicación emocional. Revista Palimpsesto, Universidad Nacional de Colombia. Nº 2.Bogotá D.C, 2002. En: HANDICAP INTERNACIONAL. Minas antipersonal en Colombia: El camino hacia la rehabilitación e inclusión social. Colombia 1 ed. Bogotá. Octubre, 2007.
- CIREC. Organización privada, sin ánimo de lucro dedicada a la prestación de servicios médicos en el área de ortopedia y rehabilitación en la investigación, diseño, producción y suministro de elementos ortopédicos y en el desarrollo de actividades de promoción, educación, prevención y sensibilización. (Consultado, 21 de Julio de 2011). (Disponible vía internet). <http://www.cirec.org/programas/inicio.html>.
- CONGRESO DE COLOMBIA. (Consultado, 13 de Julio de 2011). (Disponible vía Internet). <http://www.derechoshumanos.gov.co/Programa/Documents/Ley-Victimas-2011.pdf>
- _____ . Ley 1346 de 2009. (Consultado, 13 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet). http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2009/ley_1346_2009.html

- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. De los derechos, las garantías y los deberes: Los derechos sociales, económicos y culturales. 202
- DE LA RÚA, Federico de Ainhoa. Análisis de Redes Sociales y Trabajo Social. En: Portuaria. 23 de Agosto de 2008. Vol. III. P 1-14. (Consultado, 06 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) <http://revista-redes.rediris.es/webredes/portularia/01.Ainhoa%20federico.pdf>
- E. S. E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. Programa de inducción. [diapositivas]. [s.l].
- ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL. Administración Social III. Guía de planeación estratégica. [s.n] Bucaramanga; 2002.
- EL MOVIMIENTO HACIA UNA NUEVA SALUD PÚBLICA. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Canadá; 1986. P 21. (Consultado, 10 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
- G.D. Bishop. (1994). Health psychology: integrating mind and body (pp. 60-61). Boston, MA: ALLYN & Bacon. En: LEÓN, José María, et al. Psicología de la salud y de la calidad de vida. P. 35 (Consultado 05 de Junio de 2011). (Disponible vía Internet) http://books.google.com/books?id=esM3UUnq9kcC&pg=PA37&lpg=PA37&dq=modelo+biopsicosocial+en+salud&source=bl&ots=YBkirUblpu&sig=KfrPk_KnQ Q3lrTxaq43uSEKcldA&hl=es&ei=gHjrTcLKO6b20gHyh9ivAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBkQ6AEwADgK#
- GRAN FUNDACIÓN. Quienes somos. (Consultado, 21 de Julio de 2011). (Disponible vía internet). <http://www.granfundacion.org/index.php/es/quienes-somos.html>

- INSTITUTO DE ESTUDIOS PARA EL DESARROLLO Y LA PAZ – INDEPAZ. Los complejos debates de la ley de víctimas. (Consultado, 13 de Julio de 2011). (Disponible vía Internet). http://www.indepaz.org.co/attachments/190_Ley%20de20%c3%ADctimas.pdf
- LOZARES, Carlos. La teoría de Redes Sociales. (Consultado, 06 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) <http://webs2002.uab.es/antropologia/ars/paperscarlos.rtf>
- MAP. Acción contra minas antipersonal. Colombia; [c.a]. (Consultado, 12 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) http://www.antioquiasinmap.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=108&Itemid=66
- MESA NACIONAL DE VÍCTIMAS PERTENECIENTES A ORGANIZACIONES SOCIALES. Preguntas fundamentales sobre la Ley de Víctimas. Bogotá, 2011.
- MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL. Gobierno de Chile. (Consultado, 27 de Abril 2011). (Disponible vía Internet). <http://www.trabajoinfantil.cl/definiciones.html>
- MOVIMIENTO DE LOS PUEBLOS PARA LA EDUCACIÓN EN DERECHOS HUMANOS (PDHRE). Derechos Humanos y Personas con Discapacidad. (Consultado, 10 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) <http://www.pdhre.org/rights/disabled-sp.html>
- NACIONES UNIDAS. Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. 2003. (Consultado, 10 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=1352>

- _____ . Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Resolución 48/96, aprobada por la Asamblea General, en su cuadragésimo octavo período de sesiones, de 20 de diciembre de 1993. Citado por: HANDICAP INTERNATIONAL. Minas Antipersonal en Colombia: El camino hacia la rehabilitación e inclusión social. La institución. Bogotá; octubre 2007.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Agenda de Investigaciones. (Consultado, 06 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) <http://www.who.int/peh-emf/research/agenda/es/index.html>
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, ONU. Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Resolución 48/96, aprobada por la Asamblea General, en su cuadragésimo octavo período de sesiones, de 20 de diciembre de 1993. Citado por: HANDICAP INTERNATIONAL. Minas Antipersonal en Colombia: El camino hacia la rehabilitación e inclusión social. La institución. Bogotá; octubre 2007.
- PODER LEGISLATIVO DE COLOMBIA. Plan Nacional de Discapacidad en Colombia. (Consultado, 07 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) www.lazarum.com/2/articulos/articulos_ver.php?
- POMODORO Cirano, Loreto. Conceptos de Atención Primaria y Modelos de Atención. [diapositivas]. [s.l.] 2009.
- RAMÍREZ, Falla Uva. Perfil Profesional del Trabajador Social que se desempeña en el área de salud. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. Bogotá D.C. 2005. P 76-95.

- RUEDA, Néstor José Gómez. Universidad Santo Tomas. Memoria histórica y nuevos retos del Hospital Ramón González Valencia. Bucaramanga, 2003. Pg. 15. En: BAYONA, Contreras Mileydi. Informe final práctica: Caracterización Institucional. Colombia, 2010.
- SECRETARIA DEL SENADO. Ley 1438 de 2011. Principios del Sistema de Seguridad Social en Salud. (Consultado, 10 de Octubre de 2011). (Disponible vía Internet). http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2011/ley_1438_2011.html
- SUPERINTENDENCIA DE ISSAPRES. Perfil del estado de salud de beneficiarios de ISSAPRES: informe preliminar. (Consultado, 21 de Mayo de 2011). (Disponible vía internet). http://www.supersalud.cl/documentación/569/articles-1068_recurso_1.pdf
- UMAÑA, Sonia Solís. El enfoque de derechos: aspectos teóricos y conceptuales. (Consultado, 07 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet) www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000133.pdf
- VEGA, Jeanette, SOLAR Orielle y IRWIN Alec. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. [s.n]. Chile; [c.a].
- VICEPRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Programa Presidencial de Derechos Humanos, Programa de Prevención de Accidentes por Minas Antipersonal y Atención a Víctimas, Observatorio de Minas Antipersonal. Colombia; [ca]. P 2. (Consultado, 10 de Mayo de 2011). (Disponible vía Internet)

discapacidadcolombia.com/.../GUIA_DE_ATENCION_A_VICTIMAS_POR_
MINAS_ANTIPERSONAL.doc

ANEXOS

ANEXO A

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF 36

OBJETIVO

Es un instrumento que busca evaluar aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas mayores de 14 de años de edad. Está compuesto por 36 ítems, que abarcan dos componentes: salud física y salud mental y exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental⁸³.

DESCRIPCIÓN DE ESCALAS DE SALUD A MEDIR

Función Física (FF): Limitaciones para realizar todo tipo de actividad física, tales como, bañarse, vestirse, caminar, agacharse, subir escaleras, levantar pesos y los esfuerzos moderados e intensos. (10 preguntas).

Rol físico (RF): Problemas en el trabajo y otras actividades diarias como el resultado de la salud física. (4 preguntas).

Dolor corporal (DC): Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto en el hogar como fuera de casa (2 preguntas).

Salud General (SG): Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar (5 preguntas).

Vitalidad (VT): Sensación de energía y vitalidad, en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento (4 preguntas).

Función Social (FS): Interferencia con la vida social habitual debido a problemas físicos o emocionales (2 preguntas).

Rol Emocional (RE): Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como consecuencia de problemas emocionales (3 preguntas).

Salud Mental (SM): Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 preguntas).

MÉTODO DE APLICACIÓN

⁸³ SUPERINTENDENCIA DE ISSAPRES. Perfil del estado de salud de beneficiarios de ISSAPRES: informe preliminar. (Consultado, 21 de Mayo de 2011). (Disponible vía internet). http://www.supersalud.cl/documentación/569/articles-1068_recurso_1.pdf

El cuestionario SF-36 puede ser auto-aplicado o ser contestado a través de una entrevista personal, telefónica o por e-mail. Responder las 36 preguntas toma un promedio de 10 a 15 minutos.

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA EL CUESTIONARIO

El cuestionario SF 36, será aplicado a los pacientes con discapacidad por amputación, que asisten al servicio de rehabilitación en el Hospital Universitario de Santander (HUS).

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF 36

Buenos días (tardes):

El presente es un cuestionario, que tiene como fin saber su opinión acerca de su salud, y de esta manera evaluar los aspectos relacionados con su calidad de vida.

De antemano le agradecemos su disponibilidad para resolver las preguntas establecidas a continuación.

Nombre: _____ **Edad:** _____
Sexo: H _____ M _____ **Fecha:** _____

1. **En general, diría que su salud es:**
- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Excelente | buena | Buena | Regular | Mala |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
-

2. **¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?**
- | | | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Mucho mejor ahora que una hace un año | Un poco mejor ahora que una hace un año | Igual que hace un año | Algo peor ahora que una hace un año | Mucho peor ahora que una hace un año |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
-

3. **Las siguientes preguntas son acerca de las actividades que podría realizar en un día ordinario. Si es así, ¿cuánto?**

- a Las actividades de esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores
- Actividades moderadas, como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar a los bolos, o caminar más de una hora
- Levantar o cargar las bolsas de las compras
- Subir varios pisos por las escaleras
- Subir un piso por las escaleras
- Para agacharse o arrodillarse
- Para caminar un kilómetro o más
- Caminar varias cuadras
- Caminar una cuadra
- Bañarse y vestirse por sí mismo
-

4.

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas. Durante las últimas 4 semanas.

- | | Sí | No |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física? | | |
| c Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

5.

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

Sí No

a Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

6.

Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

7.

¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

Ninguno

Muy poco

Leve

Moderado

Bastante

Mucho

8.

Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada

Un poco

Regular

Bastante

Mucho

9.

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

Siem pre	Casi siem pre	Much as vece s	Algun as veces	Sólo algu na vez	Nun ca
-------------	---------------------	-------------------------	----------------------	---------------------------	-----------

a Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de ánimo que nada podía animarle?

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

10.

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

11.

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No se	lo Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b Estoy tan sano como cualquiera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que mi salud va a empeorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi salud es excelente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gracias por su colaboración

MODELO DE MEDICIÓN DEL SF- 36

Preguntas Resumen

Escalas

Medidas de

- 3a Actividades Vigorosas
- 3b.- Actividades moderadas
- 3c.- Levantar bolsa compras
- 3d.-Subir varios pisos
- 3e.-Subir un piso
- 3f.-Agacharse, arrodillarse
- 3g.-Caminar 1 Km
- 3h.-Caminar algunas cuadras
- 3i.-Caminar una cuadra
- 3j.-Bañarse, vestirse

Función Física (FF)

- 4a.-disminuyó el tiempo
- 4b.- menos cumplimiento

Componente de Física

- 4c.-algo limitado
- 4d.- tuvo dificultad

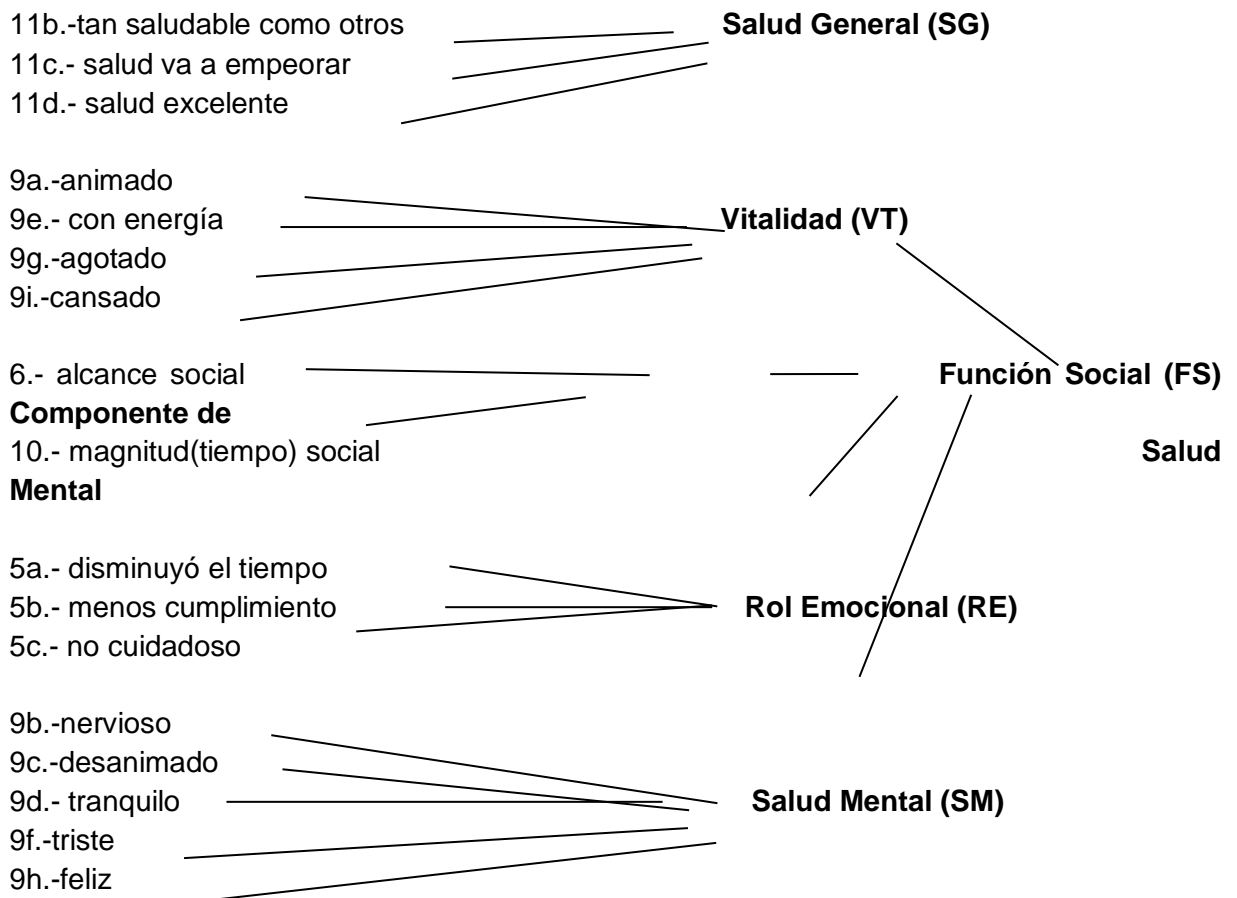
Rol físico (RF)

Salud

- 7.- magnitud del dolor
- 8.- interferencia del dolor

Dolor corporal (DC)

- 1.-resultado EVGFP
- 11a.-Se enferma fácil



MÉTODO DE CALIFICACIÓN

El cuestionario se calificara a través de un software disponible en la siguiente dirección de internet:www.sf-36org/demos/SF-36.html

Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud, es decir, entre mayor puntaje mejor es el estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión se encuentra en una escala de 0 a 100.

ANEXO B

CALIFICACIÓN CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF36

A continuación se presenta un ejemplo del procedimiento de tabulación y análisis realizado conforme el cuestionario aplicado a través del sistema de calificación que se encuentra en www.sf-36.org/demos/SF-36.html :

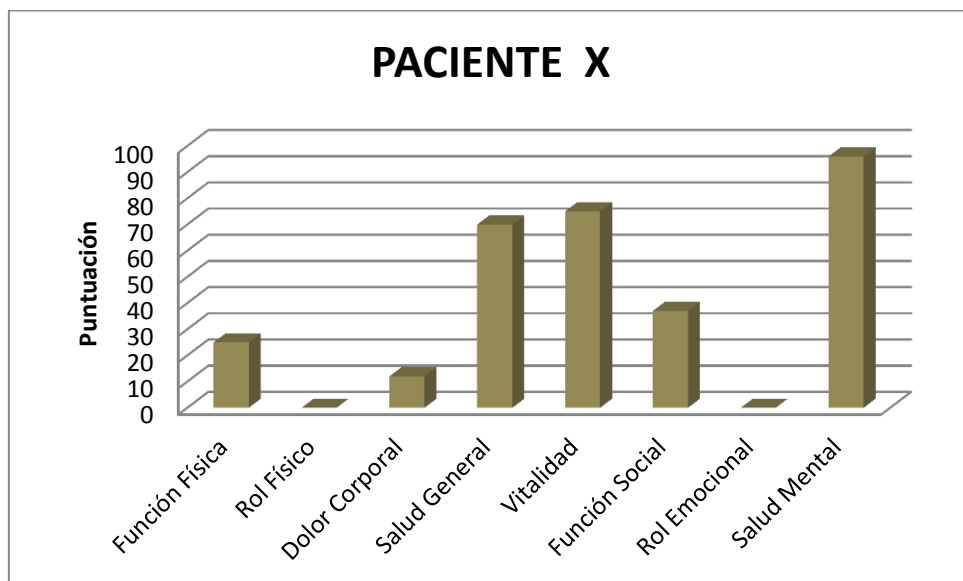
Edad: 47 años **Sexo:** Hombre

IDX: Explosión de mina antipersonal, amputación por debajo de rodilla izquierda. Manifiesta incomodidad con la prótesis

PRIMERA APLICACIÓN

Fecha: 09/Junio/2011

FIGURA Nº 9 Respuestas cuestionario de calidad de vida sf- 36

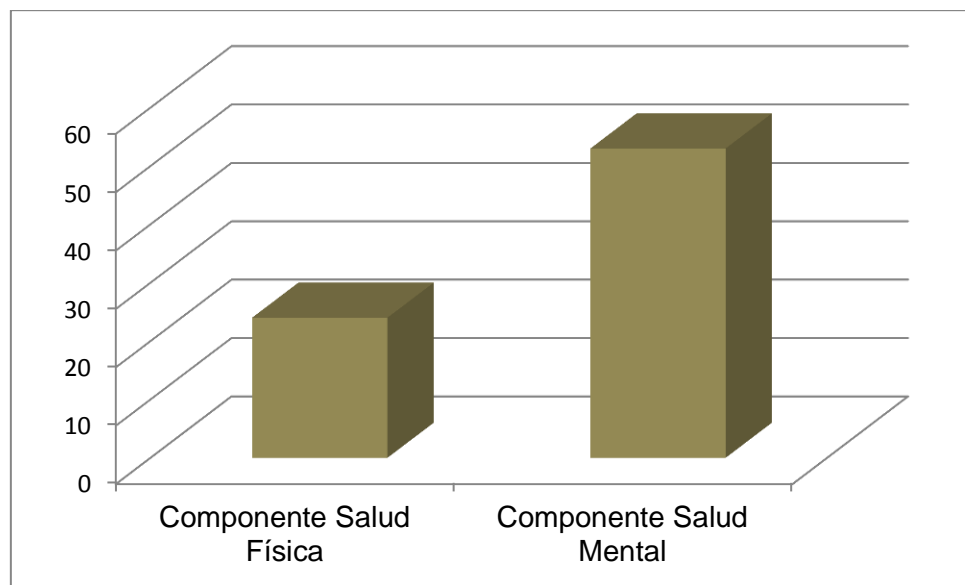


Fuente: Cuestionario de calidad de vida SF-36. HUS. Área de rehabilitación. Trabajo Social. Primer semestre de 2011.

Apolinar evidencia baja puntuación en la función física representada en todo tipo de actividad física, de esfuerzos moderados e intensos. Otra dimensión con un nivel inadecuado es el rol físico, que relaciona problemas en el trabajo y otras actividades

cotidianas como resultado de la salud física. En cuanto al rol emocional también se observa un nivel bajo, haciendo referencia a problemas con el trabajo o actividades cotidianas como consecuencia de problemas emocionales. La función social muestra la inadecuación con la vida social habitual ocasionada por los problemas físicos o emocionales. Por otra parte la salud general, vitalidad y la salud mental se encuentra con un puntaje adecuado.

FIGURA Nº 10 Respuestas por componentes cuestionario de calidad de vida sf- 36



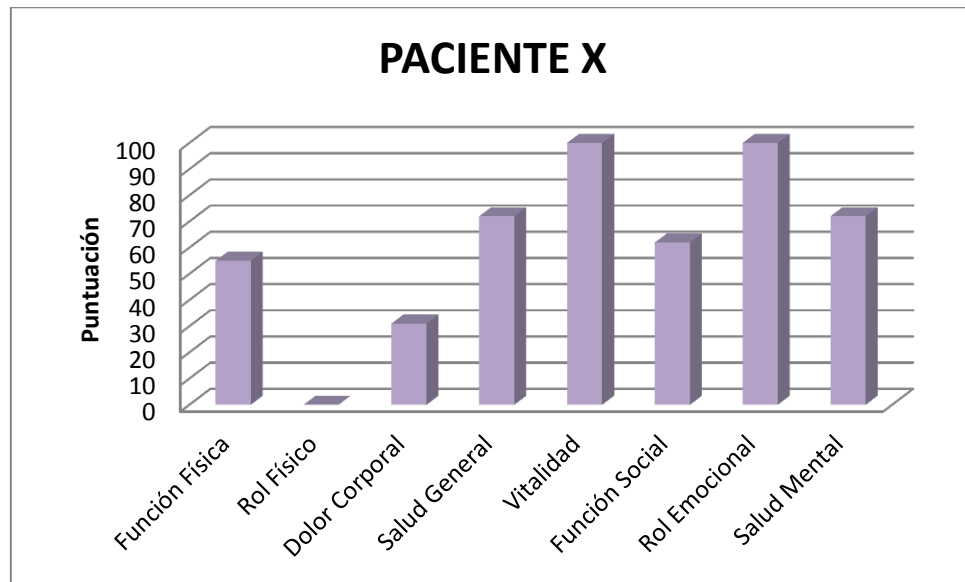
Fuente: Cuestionario de calidad de vida SF-36. HUS. Área de rehabilitación. Trabajo Social. Primer semestre de 2011.

El componente de salud física se observa con bajo puntaje estando directamente relacionado con los puntajes de las dimensiones de salud física. El componente de la salud mental se evidencia con bajo nivel.

SEGUNDA APLICACIÓN

Fecha: 22/Julio/2011

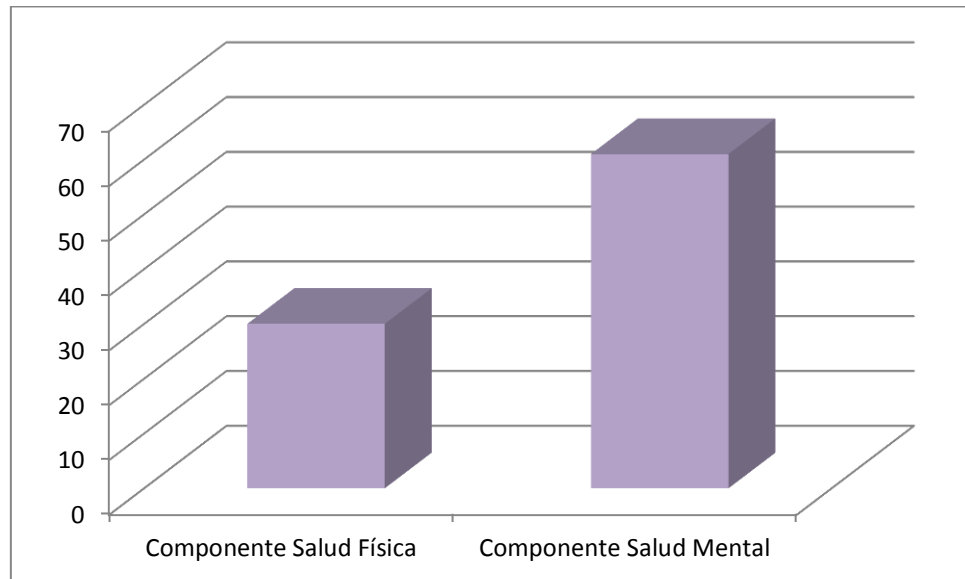
FIGURA Nº 11 Respuestas en la segunda aplicación de cuestionario de calidad de vida sf- 36



Fuente: Cuestionario de calidad de vida SF-36. HUS. Área de rehabilitación. Trabajo Social. Primer semestre de 2011.

Para el segundo momento, el paciente había participado en los dos talleres grupales, había pasado a consulta por psicología y a la prótesis le realizaron las correcciones. Las dos dimensiones que mantuvieron un bajo nivel fueron el rol físico y dolor corporal, aunque este último aumentó un poco. Las dimensiones restantes presentaron un mayor nivel.

FIGURA Nº 12 Respuestas por componentes en la segunda aplicación cuestionario de calidad de vida sf- 36



Fuente: Cuestionario de calidad de vida SF-36. HUS. Área de rehabilitación. Trabajo Social. Primer semestre de 2011.

ANEXO C



FICHA SOCIAL



Fecha: / /

I DATOS GENERALES

Nombre: _____

Edad: _____

Lugar habitual de residencia: _____

Lugar en donde reside actualmente: _____

II APOYO SOCIAL

¿Cuenta con algún tipo de ayuda?: _____

III SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

¿Cuál es su estrato socio-económico?: _____

¿Tenencia de lugar de residencia?: _____

¿Ocupación anterior?: _____

¿Ocupación actual?: _____

IV EDUCACIÓN

¿Grado de escolaridad?: _____

V SITUACIÓN DE SALUD

¿Régimen al que pertenece?: _____

¿Cuál es el origen de su enfermedad?: _____

¿Asiste actualmente a tratamiento?: Si _____ No _____

¿A qué tipo de tratamiento debe venir? _____

¿Con qué frecuencia debe venir a las terapias?: _____

¿Cuáles raciones consume al día?: _____

¿Hace algún tipo de actividad física?: Si _____ No _____

¿Cuál? _____

¿Cuántas veces a la semana hace ejercicio? _____

VI CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES

¿Cómo se describe a usted mismo?: _____

¿Qué metas tiene a corto, mediano y largo plazo?: _____

VII DIAGNÓSTICO SOCIAL

VIII PLAN DE INTERVENCIÓN

FIRMA: _____
TRABAJADORA SOCIAL PRACTICANTE

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla Nº 10 Operacionalización de las variables

CATEGORÍA	VARIABLE	INDICADOR	PREGUNTA
DEMOGRÁFICA	Edad	Fecha de Nacimiento	Edad
	Domicilio	Lugar en donde reside habitualmente	¿Lugar habitual de residencia?
		Lugar en donde reside actualmente	¿Lugar en donde actualmente reside?
	Nivel Socio-económico	Estrato al que pertenece	¿Cuál es su estrato socio-económico?
		Tenencia del lugar de residencia	¿Tenencia de lugar de residencia?
Determinantes de la Salud	Ocupación	Ocupación anterior	¿Ocupación anterior?
		Ocupación actual	¿Ocupación actual?
	Educación	Nivel educativo	¿Grado de escolaridad?
	Salud	Régimen Contributivo al que pertenece	¿Régimen al que pertenece?
		Patología: Origen de la enfermedad	¿Cuál es el origen de su enfermedad?
	Rehabilitación	Asistencia a tratamiento	¿Asiste actualmente a tratamiento?: Si_____

			No_____
		Clase de Tratamiento	¿A qué tipo de tratamiento asiste actualmente?
	Estilos de Vida Saludable	Frecuencia de asistencia al tratamiento	¿Con qué frecuencia debe venir a las terapias?
		Alimentación	¿Cuáles raciones consume al día?
		Ejercicio	¿Hace algún tipo de actividad física?: Si_____ No_____ ¿Cuál? ¿Cuántas veces a la semana hace ejercicio?
		Autodefinición	Autoimagen
	Proyecto de vida	¿Qué metas tiene a corto, mediano y largo plazo?	
Redes Sociales	Redes Sociales	Apoyo de redes sociales	¿Cuenta con algún tipo de ayuda?

Fuente: MORA Rojas, Sandra Paola. HUS. Área de rehabilitación. Trabajo Social. Primer semestre de 2011.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla N°11 Conceptualización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	FUENTE
Edad	“Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana.”.	REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la Lengua Española. (Consultado, 27 de Abril de 2011)-. (Disponible vía Internet). http://drae2.es/edad
Domicilio	“El domicilio consiste en la residencia acompañada, real o presuntivamente del ánimo de permanecer en ella”.	CÓDIGO CIVIL COLOMBIANO. De las personas en cuanto a su nacionalidad y domicilio: Del domicilio en cuanto depende de la residencia y del ánimo de permanecer en ella. (Consultado, 27 de Abril de 2011)-. (Disponible vía Internet). http://www.encolombia.com/derecho/C%C3%B3digoCivilColombiano/CodCivilLibro1r.htm
Nivel Socio-económico	“Es un atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros”.	MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL. Gobierno de Chile. (Consultado, 27 de Abril de 2011)-. (Disponible vía Internet). http://www.trabajoinfantil.cl/definiciones.html
Ocupación	“Se refiere a la clase de trabajo que efectúa una persona ocupada (o que desempeñaba antes si está cesante) durante el período de referencia adoptado, independientemente de la rama económica a la que pertenezca o la categoría de empleo que tenga”.	MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL. Gobierno de Chile. (Consultado, 27 de Abril de 2011)-. (Disponible vía Internet). http://www.trabajoinfantil.cl/definiciones.html
Educación	“La educación es un	CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE

	derecho de la persona y un servicio que tiene una función social: con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, a los demás bienes y valores de la cultura”.	COLOMBIA. De los derechos, las garantías y los deberes: Los derechos sociales, económicos y culturales. 202. P 27-28.
Salud	“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (Consultado, 27 de Abril de 2011)-. (Disponible vía Internet). http://www.who.int/suggestions/faq/es/
Patología	“Parte de la medicina que estudia las enfermedades desde un punto de vista clínico, o sea mediante el conocimiento de los trastornos que se producen en el organismo desde un punto de vista objetivo”.	LEXIS / 22. Medicina y Salud: Patología. Valencia, Barcelona: Círculo de Lectores, S.A. 1976. P 233.
Rehabilitación	«Es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras	ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. En: www.definicion.org . (Consultado, 27 de Abril de 2011)-. (Disponible vía Internet). http://www.definicion.org/rehabilitacion

	medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales».	
Estilos de Vida Saludable	“El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones Sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”.	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la Salud: Estilo de vida (estilos de vida que conducen a la salud). (Consultado, 27 de Abril de 2011)-. (Disponible vía Internet). http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
Autonomía	“refiere a aquella capacidad que ostentan los seres humanos de poder tomar decisiones sin la ayuda del otro”	[Anónimo].Definición de Autonomía. (Consultado, 27 de Mayo de 20011). (Disponible vía internet). http://www.definicionabc.com/general/autonomia.php
Redes Sociales	“Relaciones y vínculos sociales entre las personas que pueden facilitar el acceso o movilización del soporte social a favor de la salud”.	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la Salud: Redes Sociales. (Consultado, 27 de Abril de 2011)-. (Disponible vía Internet). http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf

Fuente: MORA Rojas, Sandra Paola. HUS. Área de rehabilitación. Trabajo Social. Primer semestre de 2011.

ANEXO D

ESQUEMA BÁSICO VISITA SOCIO-FAMILIAR

Fecha de la visita: _____

Nombres y apellidos: _____

C.C: _____

Dirección: _____

Números telefónicos: _____

1. DESCRIPCIÓN NÚCLEO FAMILIAR Y DE LAS PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE

Nombres y apellidos	Edad	Sexo	Estado civil	Grado de escolaridad	Ocupación	Ingresos

2. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda					
Casa		Apartamento		Habitación	
Inquilinato		Invasión		Otro ¿cuál?	

Tenencia de la vivienda					
Propia cancelada		Propia sin cancelar		En arriendo	Hipotecada

Servicios Públicos					
Agua		Gas		Luz	
Teléfono		Internet		Sanitarios	

Estado de la vivienda					

3. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Descripción familiar	
Descripción de las relaciones familiares (padre, hermanos, esposos, hijos, etc.)	
Actividades que realizan en familia	
Aspectos positivos de la familia	
Aspectos negativos de la familia	
Persona que ejerce la autoridad	
Proyectos familiares	
Reconocimiento que hace la familia a la persona	
Fortalezas	Debilidades

4. PERCEPCIÓN DE LOS VECINOS FRENTE A LA PERSONA Y SU FAMILIA:

5. CONCEPTO SOCIAL:

6. REMISIÓN A OTRO PROFESIONAL:

VISITA REALIZADA POR:

VISITA REALIZADA A:

Nombres y apellidos

Nombres y apellidos

Firma

Firma

ANEXO E

TALLER

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE-PROYECTO DE VIDA

OBJETIVO:

- Propiciar en los pacientes con discapacidad por amputación, el conocimiento de los estilos de vida saludable.

- Incentivar en los pacientes amputados el establecimiento de un proyecto de vida.

PARTICIPANTES:

Pacientes con discapacidad por amputación.

RESPONSABLE:

Trabajadora Social practicante.

MATERIAL:

Video Beam, Computador, fotocopias, lapiceros.

TIEMPO:

Una (1) hora.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

- En primer momento se da la bienvenida al grupo, se da pide que cada participante se ponga de pie, diga su nombre, de donde proviene o en donde nació, y diga una de los aspectos que lo o la caracterizan.

- Luego se da a conocer el objetivo de la actividad.

- Posteriormente se les entrega a manera individual, una fotocopia en donde deben escribir su nombre en el centro, y luego en cada una de las flechas deben escribir las actividades que realizan en una semana.



- Seguidamente, se hace la presentación del tema Estilos de vida saludable, mientras se expone de acuerdo a la conceptualización se dice que subrayen los comportamientos que creen que son saludables, y que tachen con una x aquellos que los consideran según lo mencionado como no saludables.

- Después, deben trazar los desafíos para cambiar los comportamientos no saludables a comportamientos que sean saludables, en mesa redonda y de manera voluntaria,

se socializa lo que consideran no saludable y los desafíos que se establecieron, y se hace una reflexión al respecto.

- Luego, en consecuencia y reiterando que dentro de algunos de los factores protectores en los estilos de vida se encuentra: el tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción, se da paso a explicar lo que se define como un proyecto de vida.
- Posteriormente, se entrega a cada persona una fotocopia que deben desarrollar, en donde deben establecer cuáles son sus fortalezas y debilidades, y escribir sus metas en el ámbito, personal, académico, familiar y laboral, que luego se socializa.

ANEXO G

	EVALUACIÓN TALLER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PROYECTO DE VIDA	
---	---	---

FECHA: _____

Buenos días (tardes):

Con el fin de mejorar continuamente nuestros procesos y actividades, realizamos la siguiente evaluación de la actividad que se ejecutó.

Le agradecemos su sinceridad y amabilidad.

Por favor, marque con una x la opción seleccionada.

PREGUNTA	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
Claridad expositiva				
Manejo de la voz por parte de la expositora				
Aplicabilidad de los temas				
Utilización de los recursos didácticos				
Aporte a sus conocimientos y habilidades				

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

¡Gracias por su atención prestada!

ANEXO H

TALLER GRUPAL

OBJETIVOS

- ✓ Propiciar en los participantes el autoreconocimiento de sus derechos.
- ✓ Brindar herramientas sobre comunicación asertiva, manejo de relaciones interpersonales.
- ✓ Incentivar a los participantes a describir su desarrollo personal y su proyecto de vida.
- ✓ Incentivar a los participantes a desarrollar comportamientos de vida saludables.

PARTICIPANTES:

Pacientes con discapacidad víctimas de Minas Antipersonal.

RESPONSABLE:

Trabajadora Social practicante.

MATERIAL:

Video beam, computador, carteleras, fotocopias, lapiceros.

TIEMPO:

80 minutos.

DESARROLLO ACTIVIDAD 1

- En primer momento se da la bienvenida al grupo, se pide que se hagan por parejas y que se presenten entre ellos diciendo su nombre, de donde proviene o en donde nació, y diga una de los aspectos que lo o la caracterizan y su comida preferida y luego ante el grupo presentan al compañero.
- Luego se da a conocer los objetivos de la actividad.
- Posteriormente se les entrega a manera individual, una fotocopia titulada "MIS DERECHOS" en donde deben escribir los derechos a los cuales tienen en la familia, el trabajo, la sociedad y como víctimas de Minas Antipersonal.

- Seguidamente se pide que hagan subgrupos de cuatro o cinco personas y que a manera grupal identifiquen los derechos en los que coincidieron en lo familiar, laboral y en lo social.
- La facilitadora les pide que escojan a un líder del grupo y que él o ella exponga aquellos derechos que identificaron.
- Después a manera grupal se hace una conclusión de qué son los derechos y de cuales derechos son poseedores.

DESARROLLO ACTIVIDAD 2

- La facilitadora les entrega una fotocopia e invita a que los participantes reflexionen sobre sus vidas y les pide que a manera individual describan: su vida familiar, la vida en su trabajo (incluyendo la escolaridad y su ocupación), y una descripción del uso del tiempo en el ámbito personal (en donde deben incluir actividades cotidianas), en cada uno de estos ámbitos describan la decisión más importante que ha tomado en su vida familiar, en su trabajo y en su vida personal. Luego las metas, sentimientos, creencias y preocupaciones que tienen tanto a nivel familiar, laboral y personal.
- Posteriormente, la facilitadora les pide que voluntariamente expongan las descripciones que se les solicitó realizar.
- Luego se les presenta un video denominado “Dar ejemplo”, con el fin de hacer una reflexión acerca de los comportamientos y cómo éstos influyen en el desenvolvimiento y la vida familiar de las personas.
- Finalmente se hace una conclusión acerca de la importancia de fijar unas metas o un proyecto de vida incluyendo el ámbito familiar, laboral y personal. Por otra parte también se hace una conclusión acerca del reconocimiento de los comportamientos y las actividades que se realizan cotidianamente y cómo estas deben procurarse porque sean saludables para la vida.
- Por último, se entrega un formato para evaluar los contenidos y la aplicabilidad de los temas.



Higiene del oído:

-Las orejas deben limpiarse diariamente para eliminar sus secreciones, evitando la introducción de palillos, bastoncillos de algodón, etc., en el conducto auditivo facilitando la formación de tapones de cera y que puede dañar fácilmente el conducto, e incluso perforar el tímpano.



Higiene nasal:

-Limpiar las secreciones, en los orificios nasales con un pañuelo o clínex.



Higiene de las partes genitales:

-Hacer aseo en las partes genitales, eliminando secreciones, y evitando posibles infecciones que se puedan producir.

ANEXO K

Higiene del vestido y calzado:

-Utilizar ropa cómoda que no dificulte los movimientos del cuerpo, y que esté limpia evitando alergias o infecciones en la piel.

-El calzado debe ser cómodo y flexible, permitiendo la variación de volumen del pie a lo largo del día y la transpiración del mismo.

-Si utiliza vendajes u otros, lavarlos frecuentemente, para no evitar el mal olor producido por la transpiración.

Descansar lo suficiente:

-Dormir no menos de ocho horas por la noche, evitando cansancio y estrés; de agotamiento durante el día.



Realizar los planes caseros:

-Ejecutar las actividades recomendadas por las terapeutas para realizar en sus casas, lo cual contribuye al tratamiento



Todas las anteriores conductas promueven un estilo de vida saludable que tu puede adquirir

adquirir!

144

Información tomada de:

<http://www.alapsa.org/detalle/05/5.HTM>

CONDUCTAS DE VIDA SALUDABLE



Son aquellos comportamientos de las personas que influyen de manera inmediata o a largo plazo, en su bienestar físico y mental.

Entre los comportamientos para una vida saludable se encuentran:

Practicar ejercicio físico:

- Realizar actividades físicas de modo regular de acuerdo a las recomendaciones de su médico:
- Permite prevenir enfermedades de tipo coronario u otras.
 - Disminuye el grado de severidad de las enfermedades ya existentes.
 - Ayuda mantener el peso adecuado.

Alimentación adecuada:

-Realizar una práctica nutricional se caracteriza por una dieta equilibrada, que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales, según lo sugerido por su médico.



Higiene personal:

Concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo. Entre estas acciones de autocuidado se encuentran:

• Higiene de la piel y del cabello:

- Ducharse diariamente con agua y jabón, especialmente en tiempo caluroso, o después de efectuar trabajos duros o en ambientes sucios, elimina todas estas secreciones.
- El cabello debe lavarse con jabón o champú frecuentemente. Los peines, siempre de uso personal, se mantendrán limpios mediante el uso de soluciones detergentes.



• Higiene de las manos y los pies:

- Lavar frecuentemente las manos con agua y jabón, utilizando el cepillo para la limpieza de las uñas.
- Antes de comer y después de ir al baño.
- Las manos precisan una protección específica mediante el uso de guantes, que deberán estar adaptados al tipo de tarea que se esté efectuando.
- Los pies deben lavarse diariamente, pues en ellos abundan las glándulas del sudor y el acúmulo de secreciones producirá olores muy desagradables, además de grietas e infecciones.

• Higiene de la boca:

- Utilizar cepillo dental para la limpieza después de todas las comidas previene la aparición de infecciones en encías y caries.
- El cepillo de dientes es de uso exclusivamente personal y debe sustituirse con regularidad, aproximadamente cada tres meses.
- Si se utilizan prótesis dentales, deben mantenerse perfectamente limpias, pues si no los dientes naturales restantes pueden cariarse fácilmente.
- Realizar visitas periódicas al dentista.



• Higiene de los ojos:

- Limpiar los ojos con clínex o papel higiénico, evitando el frote con las manos lo que puede contraer infecciones en los ojos.
- Proteger los ojos frente a agentes físicos, químicos o mecánicos, mediante el uso de gafas o pantallas protectoras

ANEXO L

DEBERES DE LOS Y LAS PACIENTES

- Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de la institución.
- Expresar por escrito su voluntad de no aceptar algún tratamiento o procedimiento.
- Respetar los criterios de ingreso y egreso a la institución.
- El Paciente tiene el deber de exigir que se cumplan sus derechos
- Tratar con respeto al personal de las Instituciones, los otros pacientes y acompañantes.
- Solicitar información sobre las normas de funcionamiento de la institución y los canales de comunicación (quejas, sugerencias, reclamaciones y preguntas). Debe conocer el nombre del médico.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS Y LAS PACIENTES



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE
SANTANDER**

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

DERECHOS DE LOS Y LAS PACIENTES

-Que se le respete su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin ninguna clase de discriminación ya sea razones de tipo social, económico, moral e ideológico.

-A la confidencialidad de toda información con su proceso, incluso el secreto de su estancia en centros y establecimientos sanitarios, salvo por exigencias legales que lo hagan imprescindible.

-A recibir información completa y continua verbal y escrita, de todo lo relativo a su proceso.

-Derecho a la libre determinación entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso su consentimiento expreso previo a cualquier actuación, excepto en los siguientes casos: Cuando la urgencia no permita demoras. Cuando el no seguir tratamiento suponga un riesgo para la salud pública.



ANEXO M

- *Expresa lo bueno, lo positivo del otro inicialmente y después diga lo que le molesta y que quisiera que cambiara.*
- *Hacer reflexiones*

VENTAJAS DE UNA COMUNICACIÓN ASERTIVA

**Capacidad de defender los propios derechos dando cabida a los intereses y a los de derechos de las otras personas.*

**Ser honesto consigo mismo y con los demás.*

**Comunicar las opiniones de manera directa, sin dar lugar a malos*

Entendidos.

**Aumento de la confianza y la seguridad en sí mismos.*

**Permite mejorar la aceptación y el respeto propio y el de los demás.*

**Expresión de sentimientos, derechos y deseos de una forma eficaz.*



EL ARTE DE COMUNICARNOS



¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN?

La comunicación es la base de la resolución de los conflictos. Comunicar es más que hablar; implica escuchar y comprender lo que el otro está transmitiendo.

¿CUÁLES SON LAS FORMAS EN QUE NOS COMUNICAMOS?



Comunicación Asertiva: La persona asertiva conoce sus propios derechos, los defiende, respeta y se respeta. Habla de manera fluida, segura, mantiene contacto visual, acepta sus errores y controla sus emociones.

Comunicación Agresiva: Usa un tono de voz alto, habla de forma tajante.

Comunicación Agresiva: Usa insultos, amenazas, es ansiosa, y bloquea por completo la comunicación. Estas personas están más expuestas a tener conflictos interpersonales, sentimientos de frustración y culpa, y a causar daño a los demás.



Comunicación No Asertiva: La persona no asertiva no defiende sus derechos, respeta a los demás pero no así misma. Habla en voz baja, su tono es vacilante o de queja, tartamudea, frecuentemente se queja ante terceros, se muestra, incomprendida y no expresa sus opiniones.

¿QUÉ FACTORES CONTRIBUYEN EN UNA COMUNICACIÓN AFECTIVA?

- Escuchar con atención lo que le dicen
- Hacer una petición en lugar de dar órdenes.
- Hacer preguntas en lugar de acusar.
- Expresar los sentimientos .
- La comunicación verbal debe ser acorde a la no verbal.
- Reflexionar.

ANEXO N

iii Recuerda!!!



MANEJO DEL TIEMPO

* Evita el estrés.

Una adecuada administración del tiempo implica decidir cómo alcanzar nuestras metas de la manera más apropiada.

*Permite compartir espacios con las personas que queremos.



**“LA CLAVE NO ES DAR
PRIORIDAD A SU PROGRAMA,
SINO PROGRAMAR SUS
PRIORIDADES”**



Las actividades se pueden clasificar como:

Actividad Importante: Si la encuentra valiosa si contribuye con su misión, valores y metas de alta prioridad.



Actividad Urgente: Si siente que requiere una atención inmediata.

Principios Básicos del tiempo:

- Analizar como se está utilizando el recurso del tiempo.
- Darle el tiempo correspondiente actividad, ya sea laboral, escolar, social, y familiar.
- Hacer una lista las actividades a realizar semanalmente.
- Evitar perder de vista



¡¡ PRIMERO LO PRIMERO !!



- Permite alcanzar los objetivos o los **resultados esperados** por cada actividad.
 - El mantener a la vista la agenda del día facilita administrar correctamente el tiempo.
- Beneficios:** * Nos guía hacia los objetivos y las metas que hemos establecido.



ANEXO O

FLUJOGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y DE GÉNERO

Responsabilidades de la oficina de calidad

1. Solicitar fichas epidemiológicas a la secretaria de salud municipal
2. Distribuir las fichas epidemiológicas a todos los servicios.
3. Realizar las reuniones mensuales sobre la violencia intrafamiliar y sexual

Responsabilidades de trabajo social

1. Entregar fichas epidemiológicas al personal que lo solicite
2. Realizar estudio de campo y elaborar reporte.
3. Archivar en historia clínica copia de la ficha epidemiológica y del respectivo reporte.
4. Realizar búsqueda activa en su servicio de probables casos.
5. Solicitar al médico responsable el diligenciamiento de la ficha epidemiológica.
6. Hacer entrega de original y copia de la ficha epidemiológica a vigilancia epidemiológica sobre todos los casos que se presenten.
7. Notificar vía telefónica y fax a las respectivas entidades tan pronto se diligencia la ficha epidemiológica y el reporte de trabajo social. (ICBF, Fiscalía, Medicina Legal).
8. Orientar sobre denuncia
9. Realizar acompañamiento psicológico y emocional a la víctima y a su familia.
10. Realizar los trámites correspondientes de acuerdo al concepto emitido por la entidad respectiva.

Responsabilidades del médico que hace el diagnóstico o que presume que existe algún tipo de violencia.

1. Realizar búsqueda activa en su servicio de probables casos.
2. Realizar la entrevista
3. Solicitar fichas epidemiológicas a trabajo social
4. Diligenciar ficha clínico-epidemiológico específico.
5. Solicitar cadena de custodia si es del caso.
6. Realizar Examen físico general
7. Realizar Examen genital
8. Solicitar Ayudas diagnósticas
9. Informar y manejar riesgo infecciones y embarazo
10. Apoyo de otros profesionales

Responsabilidad de la persona que maneja la cadena de custodia

1. Recibir los diferentes elementos materia de prueba (EMP) y/o evidencia física (EF) con el respectivo registro de cadena de custodia.
2. Almacenar a temperatura adecuada los EMP y (EF)
3. Embalar los EMP y/o EF si es requerido.
4. Informar a la autoridad competente de la existencia de los EMP y/o EF en el HUS.
5. Entregar a la autoridad competente los EMP y/o EF para su respectivo fin.
6. Dejar constancia de la entrega de los EMP y/o EF.
7. Socializar programa de Cadena de Custodia en HUS
8. Recibir información de médicos, enfermeras, trabajo social sobre casos sospechosos que pertenezcan a Cadena de Custodia.
9. Facilitar la recolección de EMP y/o EF (tomas de muestras de laboratorio, frotis etc)
10. Continuar cadena de custodia iniciada en los servicios de ingreso de la persona.

Responsabilidad de Psicología

1. Realizar búsqueda activa en su servicio de probables casos.

Responsabilidades del personal de enfermería:

1. Realizar búsqueda activa en su servicio de probables casos.
2. Informar el caso a vigilancia epidemiológica: extensión 349 ó teléfono 6326197.

Responsabilidad del laboratorio clínico:

1. Tomar las muestras solicitadas

Responsabilidades del personal de vigilancia epidemiológica del HUS.

1. Notificar los casos a los entes municipales o departamentales semanalmente y remitir la ficha de notificación a la Secretaría Departamental de Salud.
2. Si el caso viene del área metropolitana de Bucaramanga, avisar a las secretarías de salud municipal de Floridablanca, Piedecuesta, Girón. Si el caso es de fuera del área metropolitana informar a la secretaria de salud departamental.
3. Diligenciar el software del SIVIGILA con los datos de la ficha epidemiológica.
4. Diligenciar la base de datos del software de epinfo: " ENOI".
5. Realizar informes.
6. Confrontar la información en las diferentes bases de datos.

- Sobre la denuncia...en menores: El médico de urgencias debe informar a sus pacientes que lo revelado en el contexto de la intervención será guardado bajo sigilo profesional, siempre y cuando no se trate de la violación de derechos fundamentales, especialmente de niños y niñas, ante la cual tiene la obligación de poner en conocimiento del delito cometido o del peligro de su ocurrencia a las autoridades competentes
- SENTENCIA C-411/93: ... "De no obrar el profesional en la forma antedicha, escudándose en el "secreto profesional", como si se tratara de un dogma absoluto, estaría incurriendo, por lo menos, en el delito de encubrimiento, contemplado en el Código Penal".
- "Art. 176.- FAVORECIMIENTO: El que tenga conocimiento de la comisión de un hecho punible y ayudare a eludir la acción de la autoridad, o a entorpecer la investigación, incurrirá en arresto de seis (6) meses a cuatro (4) años"
- "El Artículo 219B del Código Penal, Ley 679 de 2001 artículo 35, especifica frente a la omisión de la denuncia que, el que, por razón de su oficio, cargo, o actividad, tuviere conocimiento de la utilización de menores para la realización de cualquiera de las conductas previstas en el presente capítulo (cuarto del Código Penal: Delitos contra la Libertad, Integridad y Formación Sexual) y omitiere informar a las autoridades administrativas o judiciales competentes sobre tales hechos, teniendo el deber legal de hacerlo, incurrirá en multa de diez (10) a cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Si la conducta se realizare por servidor público, se impondrá, además, la pérdida del empleo".

Examen Físico general:

- Ambiente confidencial, tranquilo, acompañado (a)
- Apariencia general
- Estado emocional
- Vestimenta
- Baño – cambio de ropas
- Edad: Pondo-estatural, dental, Tanner
- Signos de violencia: equimosis, hematomas, laceraciones, mordeduras en: cara, boca, cuello, mamas, muslos.

Examen Genital:

- Inspección genitales externos: himen y horquilla vulvar
- Himen desgarrado:

Reciente = Bordes hemorrágicos (< 5 días)
Congestivos (5 – 10 días)

Antiguo = Cicatrización (>10 días)

- Lesión severa: 1%

Trauma accidental:

- Historia
- Trauma tej. blandos
- Lesión anterior
- Símfisis pubis
- Isquiotibial
- Unilateral
- Estructuras externas

Abuso sexual:

- Historia dudosa
- Lesión posterior
- Diámetro himen aumentado

Examen Genital:

- Área perianal: lesiones - tono del esfínter
- Hacer diagramas
- Un examen "normal" (16-90%): no descarta el abuso

Ayudas diagnósticas:

Pruebas para semen:

- Muestra fondo saco vaginal:

Espermatozoides móviles: < 12 horas

Inmóviles: Vagina < 3 días

Endocervix: < 5 días

Cadáveres: hasta 17 días

- Lámpara de Wood
- Antígeno específico de próstata (p30)
- Fosfatasa ácida
- MHS-5: Ag. específico vesícula seminal
- Mapeo DNA: semen, sangre y otros

Primeras 72 horas después de la agresión:

- Prueba de embarazo (repetir 1.5 meses)

- VDRL y FTA-ABS (repetir 1.5, 3 y 6 meses)
- VIH (repetir 3 y 6 meses)
- Títulos para HB
- Serología para Herpes
- Exámenes para PVH: hibrid ADN

Muestras de orina, sangre: Estado de inconsciencia o inferioridad psíquica

- Alcohol
- Escopolamina
- Barbitúrico
- Benzodiazepina

Tratamiento profiláctico ITS: Primeras 72 horas

- Gonococo: **Ceftriaxona**, 125 mg IM DU
Niños 50 mg/kg
- Chlamydia: **Azitromicina** 1 gr VO DU
Niños: 10 mg/kg. VO DU
- Trichomona -Vaginosis bacteriana:
Metronidazol 2 gr VO DU
Niños: 30 mg/kg

Anticoncepción de emergencia:

- Postinor 2®: 1 tab y repetir a las 12 horas (2 dosis) o darlas en **una sola toma**
- T.A.C.E®, Postday®: igual
- Anticonceptivos orales (Yuzpe):
100-150 mg de **etinil estradiol** y repetir a las 12 horas (2 dosis)
- Antieméticos

Vacunación:

- Vacuna HB
- Toxoide tetánico
- Antitoxima tetánica

Terapia anti-retroviral: Primeras 72 horas

- Penetración anal, vaginal, oral
- Trauma tejidos
- Eyaculado en mucosas
- Carga viral en el eyaculado (?)
- ITS en la víctima o el agresor
- Niños y niñas

10 PASOS ATENER EN CUENTA EN CADA INSTITUCIÓN PARA LA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

1. RECEPCIÓN DEL (LA) NIÑO, NIÑA, MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL	El profesional se encargará de intervenirla para disminuir la ansiedad generada por el evento, orientarla acerca de los pasos a seguir para una adecuada atención en salud física, y emocional o de justicia y protección. Requisitos indispensables: Espacios físicos adecuados (íntimo y respetuoso por la víctima) y personal idóneo: capacitado y con experiencia.
2. ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	Según la recomendación de la guía de atención para el menor maltratado y la mujer maltratada se elaborará: a. Una anamnesis completa. b. Examen físico buscando signos y evidencias físicas. c. Un examen mental (de gran importancia sobre todo si no hay evidencias físicas.)
3. NOTIFICACIÓN	Todos los casos de violencia sexual son de obligatoria notificación a las Secretarías de Salud que correspondan, se debe diligenciar la ficha clínico epidemiológica de Violencia intrafamiliar.
4. DENUNCIA	La denuncia es de obligatoriedad. Si la víctima es un niño, niña o adolescente la denuncia estará a cargo del padre, madre o adulto cuidador, o servidor(a) público(a); si la persona es mayor de edad debe ser orientada a la denuncia. Las entidades en las que se realiza la denuncia son - Fiscalía: Sala de Atención al usuario de 8 a.m. a 5 p.m. y Unidad de Reacción Inmediata las 24 horas. Tel. 8522222 Ext. 2111, 2100, 2113 - Sijin: 6346383-6346566 - Comisarias de familia: Calle 39 No 4-36 la Jova. Tel. 6337504, 6426752, 6426152
5. INVESTIGACIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	Según las recomendaciones de la guía de atención, y una vez realizada la Historia Clínica, el médico procede a investigar el grupo básico de ITS: - Infección por Neisseria Gonorrhoeae - Infección por Chlamidia Trachomatis - Infección por Trichomona*Vaginalis - Infección por Treponema Pallidum - Infecciones por Gardnerella Vaginalis - Infección por hongos - Hepatitis B, Herpes II y VIH, solo si hay sospecha
6. MANEJO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	Posterior a la investigación de ITS se debe instaurar el manejo profiláctico con: a. Ceftriaxona 125 mg I.M. única dosis b. Metronidazol 2g. V.O. única dosis c. Azitromicina 1g V.O. única dosis Se debe indagar si tiene el esquema de vacunación contra Hepatitis B, si es negativo realizar vacunación post-exposición con tres dosis
7. PREVENCIÓN DE EMBARAZO	Si la prueba de embarazo resulta negativa se ordenará anticoncepción de emergencia previo consentimiento informado de la paciente o en caso de ser una adolescente de la madre o padre, se recomienda: - Dentro de las primeras 72 horas: Postinor-2. Una tableta inicial y otra 12 horas después. - Después de 72 horas y hasta los primeros cinco días: Colocar dispositivo intrauterino previo consentimiento informado en caso de que víctima sea menor de edad.
8. HOSPITALIZACIÓN	En los casos en que la condición física o mental de la víctima lo requiera, el médico debe ordenar la hospitalización, así como en los casos en los que se observe que al niño, la niña o la mujer víctima afronta un riesgo alto en su hogar y el caso reportado inmediatamente a las instituciones de protección si se trata de un niño, niña o un adolescente.
9. REMISIÓN	Para que la atención sea integral se debe garantizar la remisión de la víctima a tratamiento con los especialistas de salud física o mental que requiera la persona. Lo ideal es que se incluya a la familia en el tratamiento especialmente en lo que respecta al manejo del impacto emocional y social.
10. SEGUIMIENTO	Se debe garantizar un seguimiento de los factores de riesgo psicosocial involucrados en el evento de violencia sexual. -En caso de violencia sexual contra niños, niñas o adolescentes además de las normas generales propuestas para las demás formas de maltrato debe realizarse la prevención de ITS a las 2, 6, 12, y 24 semanas; se evaluará además su evolución mental y social y se verificará la necesidad de tratamiento especializado. -En caso de mujer adulta, realizar citaciones periódicas individuales realizadas por el respectivo profesional, inicialmente hasta pasar el período de crisis con una frecuencia determinada según el criterio profesional, posteriormente revisiones al mes, 1, 3 y 12 meses. Para control de ITS a las 2, 6, 12 y 24 semanas.

INSTRUCTIVO

- 1) **NOMBRE DE LA UNIDAD NOTIFICADORA:** IDENTIFICAR EL NOMBRE DE LA UNIDAD NOTIFICADORA.
- 2) **FECHA DE CONSULTA:** ANOTAR EL DÍA, MES, AÑO EN EL QUE CONSULTA EL CASO.
- 3) **MUNICIPIO:** ANOTAR EL NOMBRE DEL MUNICIPIO AL QUE PERTENECE LA UNIDAD NOTIFICADORA
- 4) **CODIGO:** ANOTE EL CÓDIGO DEL MUNICIPIO
- 5) **ATENCIÓN POR:** SEÑALAR CON UNA X EL TIPO DE ATENCIÓN. **CONSULTA DIRECTA:** CUANDO LA PERSONA LLEGA A LA INSTITUCIÓN SOLICITANDO ATENCIÓN O ASESORIA EXPONIENDO DIRECTAMENTE SU SITUACIÓN DE VIOLENCIA. **CONSULTA INDIRECTA:** CUANDO LA PERSONA SOLICITA ATENCIÓN POR OTRO MOTIVO Y SE DETECTA LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA. **REMISIÓN:** CUANDO LA PERSONA ES ENVIADA POR OTRA INSTITUCIÓN O SERVICIO CON UN DIAGNÓSTICO PREVIO DE VIOLENCIA. **BÚSQUEDA:** LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA EN LA PERSONA ES DETECTADA POR ALGUNA ACCIÓN ESPECIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE BUSCA IDENTIFICAR LOS CASOS.
IDENTIFICACIÓN DEL AGREDIDO(A)
- 0) **NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS:** ANOTAR LOS NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL AGREDIDO (A)
- 0) **TIPO DE IDENTIFICACIÓN CIVIL:** SEÑALAR CON UNA X EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN:
CC: CÉDULA DE CIUDADANÍA .TI: TARJETA DE IDENTIDAD. CE: CÉDULA DE EXTRANJERÍA P: PASAPORTE. SI: SIN IDENTIFICACIÓN
- 0) **Nº:** ANOTAR EL NUMERO DE IDENTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE
- 0) **FECHA DE NACIMIENTO:** ESCRIBA EL DÍA, MES Y AÑO DE NACIMIENTO DEL AGREDIDO.
- 0) **EDAD:** ANOTAR LA EDAD CORRESPONDIENTE DEL AGREDIDO.
- 0) **GENERO:** SEÑALAR CON UNA X EL SEXO CORRESPONDIENTE DEL AGREDIDO(A) MASCULINO (M) FEMENINO(F)
- 0) **MUNICIPIO DE RESIDENCIA HABITUAL:** ANOTAR EL NOMBRE DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA HABITUAL
- 0) **ZONA:** SEÑALAR CON UNA X SI SU RESIDENCIA HABITUAL PERTENECE A LA ZONA URBANA(U) RURAL @
- 0) **BARRIO O VEREDA:** ANOTAR EL NOMBRE DEL BARRIO O VEREDA DE RESIDENCIA HABITUAL DEL AGREDIDO(A)
- 0) **DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** DILIGENCIAR LA DIRECCIÓN EXACTA, O EN SU DEFECTO LAS INDICACIONES QUE PERMITAN UBICAR EL LUGAR PRECISO DE RESIDENCIA HABITUAL DEL AGREDIDO(A)
- 0) **TELÉFONO:** ANOTAR EL NUMERO DEL TELÉFONO DE LA RESIDENCIA HABITUAL DEL AGREDIDO(A)
- 0) **ANTECEDENTES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:** SEÑALAR CON UNA X SI-NO, EL AGREDIDO(A) TIENE ANTECEDENTES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.
- 0) **GRUPOS ESPECIALES:** SEÑALAR CON UNA X A QUE GRUPO DE ATENCIÓN PERTENECE EL AGREDIDO (A)
- 0) **TIPO DE USUARIO:** SEÑALAR CON UNA X A QUE RÉGIMEN DE SALUD ESTA AFILIADO EL AGREDIDO(A)
- 0) **NOMBRE DE ASEGURADORA:** ANOTAR EL NOMBRE DE LA ASEGURADORA AL QUE ESTA AFILIADO EL AGREDIDO
- 0) **OCCUPACIONES:** SEÑALAR CON UNA X LA OCUPACIÓN DEL AGREDIDO (A) LA OPCIÓN "NO APLICA" ES PARA AQUELLOS CASOS EN LOS QUE POR LA CORTA EDAD NO HAY OCUPACIÓN.
- 0) **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** : SEÑALAR CON UNA X EL GRADO DE ESCOLARIDAD ALCANZADO POR LA PERSONA. LA OPCIÓN "NO APLICA" ES PARA AQUELLOS CASOS EN LOS QUE POR LA CORTA EDAD NO SE HA INICIADO LA ESCOLARIDAD.
- 0) **CONFORMACIÓN DE LA FAMILIA:** SEÑALAR CON UNA X AQUELLA (S) PERSONAS (S) CON QUIEN (ES) VIVE LA PERSONA AGREDIDA O EL TIPO DE FAMILIA AL QUE PERTENECE. **EXTENSA:** AGRUPAMIENTOS MAYORES CONSTITUIDOS POR CÓNYUGES, HIJOS SOLTEROS, CASADOS CON SUS HIJOS, TÍOS, ABUELOS. **AMPLIADA:** CONFORMADA POR MIEMBROS DE LA FAMILIA Y PERSONAS QUE HAN RECIBIDO HOSPEDAJE Y SE VUELVEN "DE LA FAMILIA" **RECONSTRUIDA:** ES AQUELLA DONDE EXISTE AL MENOS UN HIJO DE LA RELACIÓN ANTERIOR(PRESENCIA DE PADRASTROS-MADRASTRA) **SIN FAMILIA:** AUSENCIA DE PADRES POR MUERTE, CÁRCEL, HOSPITAL PSIQUIÁTRICO. NADIE RESPONDE. **ADOPTIVA:** FAMILIA DISTINTA A LA FAMILIA DE ORIGEN ACOGE A UN NIÑO O ADOLESCENTE A TRAVÉS DE UN PROCESO DE ADOPCIÓN O PORQUE ES OBJETO DE "CRIANZA"**SUSTITUTA:** UBICACIÓN DE UN NIÑO O ADOLESCENTE EN UNA FAMILIA MIENTRAS SE REALIZA UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE PROTECCIÓN.
- 0) **CONDICION DEL AGREDIDO EN EL MOMENTO DEL HECHO:** SEÑALAR CON UNA X LA CONDICIÓN MANIFIESTA LA OPCIÓN "NO APLICA" ES PARA AQUELLOS EN QUE NO HAY TAL CONDICIÓN
- 0) **INTERVENCIÓN REALIZADA:** SEÑALAR CON UNA X EL TIPO DE ATENCIÓN AL QUE FUE SOMETIDO EL AGREDIDO(A) DESPUÉS DEL HECHO. SI ES OTRA, ESPECIFICAR CUAL.
- 0) **INSTITUCIÓN A DONDE SE REMITE:** ANOTAR EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN A DONDE SE REMITIÓ EL AGREDIDO(A)
IDENTIFICACIÓN DEL AGRESOR(A)
- 36) **CONDICION DEL AGRESOR EN EL MOMENTO DEL HECHO:** SEÑALAR CON UNA X LA CONDICIÓN DEL AGRESOR (A) EN EL MOMENTO DEL HECHO. SI EXISTE OTRA CONDICIÓN ANOTAR CUAL.
- 37) **PARENTESCO CON EL AGREDIDO:** SEÑALAR CON UNA X EL PARENTESCO DEL AGREDIDO(A) CON EL AGRESOR(A)
RELACIONADO CON EL EVENTO O HECHO
- 42) **CONDICION FINAL:** SEÑALAR CON UNA X LA CONDICIÓN FINAL DEL AGREDIDO(A) DESPUÉS DEL HECHO
- 43) **TIPO DE EVENTO:** SEÑALAR CON UNA X EL TIPO DE EVENTO.
VIOLENCIA FÍSICO: ES TODA ACCIÓN CARACTERIZADA POR EL USO DE LA FUERZA FÍSICA, DE MANERA INTENCIONAL, QUE CAUSA A LA PERSONA DAÑO LEVE O GRAVE, COMO EMPUJONES, GOLPES, BOFETADAS, ZARANDEO, QUEMADURAS, ENTRE OTRAS. **VIOLENCIA EMOCIONAL O PSICOLÓGICA:** CUALQUIER ACCIÓN U OMISIÓN QUE PROVOQUE DAÑO PSÍQUICO O EMOCIONAL, QUE AFECTE LA AUTOESTIMA DE LA PERSONA, O QUE LIMITE PARA CONTAR CON EL APOYO DE LOS DEMÁS. **VIOLENCIA SEXUAL:** CUALQUIER ACTO U OMISIÓN ORIENTADO A VULNERAR EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS HUMANOS SEXUALES O REPRODUCTIVOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS/AS QUE SE DIRIGE A MANTENER O A SOLICITAR CONTACTO SEXUAL, FÍSICO, VERBAL O A PARTICIPAR EN INTERACCIONES SEXUALES MEDIANTE EL USO DE LA FUERZA O LA AMENAZA DE USARLA, LA INTIMIDACIÓN, LA COERCIÓN, CHANTAJE, PRESIÓN INDEBIDA, SOBORNO, MANIPULACIÓN O CUALQUIER OTRO MECANISMO QUE ANULE O LIMITE LA VOLUNTAD PERSONAL DE DECIDIR ACERCA DE LA SEXUALIDAD Y DE LA REPRODUCCIÓN. **VIOLENCIA ECONÓMICA:** ACCIONES EN LAS QUE UNA PERSONA ES UTILIZADA PARA LA CONSECUCCIÓN DE RECURSOS MATERIALES O ECONÓMICOS EN BENEFICIOS DE OTROS, ES DECIR, COMO FORMA DE EXPLOTACIÓN. **NEGLIGENCIA Y DESCUIDO:** SE REFIERE A COMPORTAMIENTOS QUE PRIVAN A LAS PERSONAS DE LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES BÁSICAS, ESTANDO EN POSIBILIDAD DE BRINDARLAS. **ABANDONO:** SITUACIÓN EN QUE LA PERSONA ES DEJADA SOLA DE MANERA PERMANENTE POR SUS FAMILIARES O CUIDADORES, A PESAR DE REQUERIR ATENCIÓN Y ASISTENCIA EN RAZÓN DE SU EDAD, ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD, PONIENDO EN RIESGO SU INTEGRALIDAD. **VIOLENCIA GESTACIONAL:** CUALQUIER CONDUCTA QUE POR ACCIÓN U OMISIÓN AGREDA A LA MUJER EMBARAZADA Y PONGA EN PELIGRO A LA MADRE Y EL DESARROLLO NORMAL DEL FETO.
- 44) **NOMBRE FUNCIONARIO:** ESCRIBIR EL NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE DILIGENCIA LA FICHA.

Fuente: Secretaria de Salud Departamental - Secretaría de Salud de Bucaramanga



Nº 15248



FICHA EPIDEMIOLOGICA
Violencia Intrafamiliar, Sexual y de Género
Red de Fomento del Buen Trato Bucaramanga
Secretaría de Salud de Santander
PROGRAMA DE SALUD MENTAL
www.saludmental@saludsantander.gov.co
Teléfono: 633 6233 - Ext. 254 - Fax: 642 1060 - Bucaramanga

IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION QUE NOTIFICO EL CASO

Form fields for reporting institution: 1 - Nombre de la Unidad, 2 - Fecha de consulta (Day, Month, Year), 3 - Municipio, 4 - Atención por (Consulta directa, Consulta indirecta, Remisión, Búsqueda)

IDENTIFICACION DEL AGREDIDO

Form fields for victim identification: 5 - Nombres y Apellidos Completos del Agredido(a), 6 - Nombre padres y/o cuidador del Agredido(a), 7 - Tipo de identificación, 8 - No., 9 - Fecha de Nacimiento (Day, Month, Year), 10 - Edad, 11 - Género (M, F), 12 - Municipio de residencia habitual y dirección, 13 - Zona (U, R), 14 - Barrio o Vereda, 15 - Teléfono, Grupos Especiales (Niños de la calle, Discapacidad física, Desplazados, Discapacidad mental, No aplica, Otro, cual), Tipo de usuario (Contributivo, Reg. Especiales, Subsidado, Particular, Pobre no asegurada, Sin dato), Nombre de la Aseguradora, Ocupaciones (Ama de casa, Estudiante, Trabajador, Desempleado, No aplica, Sin dato), Nivel de Escolaridad (Analfabeta, Primaria completa, Primaria incompleta, Secundaria completa, Secundaria incompleta, Universidad o Técnico, Sin información, No aplica), Conformación de familia (Padres e hijos, Madre e hijos, Reconstruida, Sin familia, Extensa, Adoptiva, Ampliada, Sustituta, Sin dato), Antecedentes de violencia intrafamiliar (SI, NO), Factores de riesgo-agredido (Problemas de conducta, Abuso de Otras Sustancias Psicoactivas, Problemas escolares, Hiperactividad, Demencia senil, Enfermedades crónicas, Abuso de Alcohol, Sin información, No aplica, Sin identificar, Otra, cual), Intervención realizada (Atención Médica, Asesoría Psicológica, Atención Legal, Protección, Remisión), Institución a donde se remite.

IDENTIFICACION DEL AGRESOR

Form fields for aggressor identification: Nombres y Apellidos Completos del Posible Agresor(a), Tipo de identificación, Relación con el agredido (Madre, Padre, Hijo(a), Conyugue, Conocido, Amante, Novio, Madrastra, Padrastro, Hermano(a), Otro familiar, Desconocido), Edad, 31 - Género (Masculino, Femenino), Ocupación (Ama de casa, Estudiante, Trabajador, Desempleado, Sin dato, No aplica), Barrio, Vereda, 34 - Dirección de Residencia, Factores de riesgo del Agresor (Crisis familiares, Trastorno mental, Percepción negativa del agredido, Sin información, Consumo de alcohol, Consumo de otras sustancias psicoactivas, No aplica, Otro, cual).

RELACIONADO CON EL EVENTO O HECHO

Form fields for event details: Municipio de Ocurrencia y dirección, 37 - Zona, Fecha de ocurrencia, 39 - Condición final (Vivo, Muerto), Tipo de evento (V. Física, V. Psicológica, Negligencia, Abandono, V. Sexual, V. Económica, V. Gestacional), Nombre del funcionario.

SERVACIONES:

ANEXO Q

Los niños y las niñas son muy importantes, pero existen actos que pueden afectar severamente sus vidas por eso ten presente los siguientes comportamientos que posiblemente manifiestan que están siendo sometidos a abuso sexual:



Cambios bruscos en el estado de ánimo

Conductas agresivas

Temores diversos

Ansiedad, irritabilidad, desmotivación

Cambios en el sueño, insomnio, terrores nocturnos

Cambios en los patrones alimenticios

¡Tu puedes
detectar
denunciar este
acto hazlo!

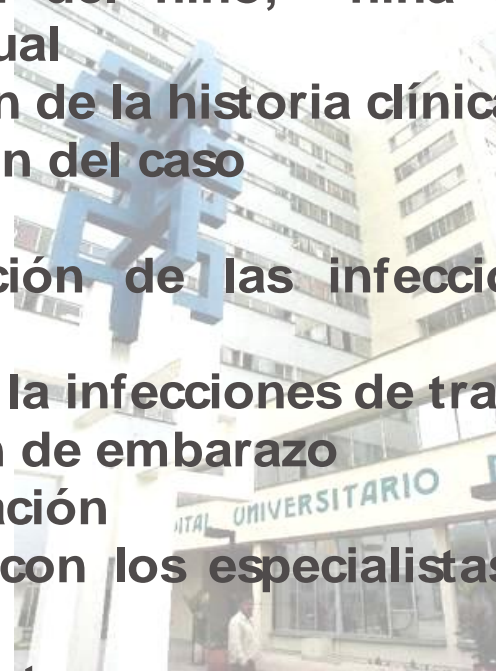


¡¡¡ Por una niñez sin riesgos!!!



10 PASOS PARA TENER EN CUENTA EN LA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

1. Recepción del niño, niña o mujer, víctima de violencia sexual
2. Elaboración de la historia clínica completa
3. Notificación del caso
4. Denuncia
5. Investigación de las infecciones de transmisión sexual
6. Manejo de la infecciones de transmisión sexual
7. Prevención de embarazo
8. Hospitalización
9. Remisión con los especialistas de la salud física y mental
10. Seguimiento



Fuente: Secretaria de salud

NO A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, ÉSTA PERJUDICA LA VIDA, LA SALUD FÍSICA Y MENTAL

Abuso económico:
Recompensas o castigos monetarios, impedirle trabajar etc.

Abuso sexual:
Relaciones sexuales contra la propia voluntad.



Maltrato Verbal:
Insultos, ironías, burlas.

Maltrato físico:
Golpes, pellizcos, cachetadas, etc.

Amenazas: De herir, matar, suicidarse, llevarse a los hijos.

NO PERMITAS QUE TE MALTRATEN

ANEXO R Registro fotográfico



