

**ACCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE
ATENCIÓN EN EL HOGAR P.A.H-FOSCAL, SOBRE EL MARCO
DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**



LUZ MERY BALLESTEROS CORZO



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

2010

**ACCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE
ATENCIÓN EN EL HOGAR P.A.H-FOSCAL, SOBRE EL MARCO
DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

LUZ MERY BALLESTEROS CORZO

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

Directora:

MATILDE MUÑOZ

Trabajadora Social

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

2010

A Dios, fuente de sabiduría, fortaleza y constancia; a mi familia especialmente mis padres: Manuel Ballesteros Corzo y Socorro Corzo Ortiz, creyentes fieles de mis conocimientos y capacidades a quienes agradezco inmensamente por todo el apoyo reiterándome su amor y aumentando el amor que tengo hacia ellos; a mi Yordis, acompañante constante, paciente incansable, amigo fiel, increíble ser humano, a quien amo; y a ustedes mis queridas amigas a quienes debo la compañía y grandes aportes profesionales y personales durante estos cortos 5 años.

AGRADECIMIENTOS

Los más sinceros agradecimientos a la Universidad y a la Escuela de Trabajo Social por permitirme el conocimiento para poder tomar decisiones realmente transformadoras; a un grupo limitado de docentes, que me enseñaron más que letras o números, especialmente Amanda Amorocho quien con su rigurosidad académica me instruyó en la construcción de escenarios diversos y complejos para la profesión, así como Matylde Muñoz, mi Directora de Proyecto, quien desde su saber, paciencia y tiempo apoyó este proceso; a la FOSCAL y todo el equipo P.A.H, por ofrecerme un escenario de acción comprometedor con uno de los roles más importantes de Trabajo Social: el de educador (a).

Quiero agradecer también a mis padres acompañantes, consejeros y constructores del ser humano que soy hoy, a mis hermanos , hermanas y sobrina que hicieron de esta gran fase de formación personal y profesional algo realmente agradable; gracias a la vida que tengo, al selecto grupo de amigos (as) y compañeros (as) que conforman parte importante de mi red social; a Yordano, quien me ayudó a no desfallecer y a luchar por los sueños, mis suegros que me dieron total apoyo en momentos difíciles; a Dios, ser supremo a quien reitero mi agradecimiento por orientarme por el mejor camino, y finalmente a los sujetos de acción que siempre han dado vida a las ilusiones profesionales, hoy hechas realidad.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	4
1.1 EL SER HUMANO Y LA SALUD EN LA TEORÍA DE SISTEMAS Y EL DESARROLLO A ESCALA HUMANA	4
1.2 FUNDAMENTOS EN SALUD	14
1.2.1 Concepto	14
1.2.2 Derechos en salud	16
1.2.3 Determinantes sociales de la salud	18
1.2.4 Prevención de la enfermedad y promoción de la salud	20
1.2.4.1 Niveles de la prevención	22
1.2.4.2 Estilos de vida saludable	23
1.2.4.3 Auto cuidado	25
1.2.4.4 Salud mental y autoestima	26
1.2.5 Asistencia domiciliaria	27
1.2.6 Trabajo social en salud y calidad en la atención	29
2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	33
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD	33
2.2 CONTEXTO LEGAL NACIONAL	34
2.2.1 Constitución política de Colombia 1991	35
2.2.2 Ley 100 /1993	35
2.2.3 Sistema General de Seguridad Social en Salud	36
2.2.4 Plan de Atención básica PAB	38
2.2.5 Promoción de la salud	39
2.2.6 Resolución 412 del 2000	40

2.2.7 Resolución 5261 de 1994.	42
2.2.8 Resolución 1043 de 2006	42
2.2.9 Resolución 2680 de 2007	42
2.2.10 Políticas y procedimientos del P.A.H	42
3. CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN Y GRUPO POBLACIONAL	44
3.1 FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL	44
3.1.1 Modelo de planeación	44
3.1.2 Organigrama y ubicación de la práctica profesional	45
3.1.3 Programas de Salud que desarrolla	46
3.2 PROGRAMA DE ATENCIÓN EN EL HOGAR P.A.H.	47
3.2.1 Objetivos	47
3.2.2 Modelo de planeación P.A.H.	48
3.2.3 Procesos y procedimientos de trabajo en el PAH	50
3.3 POBLACIÓN RECEPTORA Y PARTICIPANTE DEL ACCIONAR	50
4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	57
4.1 DIAGNÓSTICO INICIAL	57
4.2 DIAGNOSTICO ESTRATÉGICO	61
4.2.1 Análisis de la matriz DOFA.	65
4.2.2 Evaluación y priorización de Estrategias	70
4.3 ACCIÓN PROFESIONAL	74
4.3.1 Justificación	74
4.3.2 Objetivos del proceso de práctica	75
4.4 MATRIZ DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL PROCESO DE PRÁCTICA	77
4.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ACCIÓN PROFESIONAL	84
4.6 ANÁLISIS DEL PROCESO LLEVADO A CABO	103
5. EVALUACIÓN	112

6. DISEÑO DE UN MEDIO COMUNICACIONAL ALTERNATIVO COMO BASE PARA EL APOYO A LOS Y LAS CUIDADORAS DE PACIENTES CRÓNICOS, ASI COMO A PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN SU LABOR CON ESTE GRUPO POBLACIONAL	116
6.1 SITUACIÓN PROBLEMA	116
6.2 JUSTIFICACIÓN	118
6.3 ELEMENTOS BÁSICOS DE LA PROPUESTA	119
6.4 OBJETIVOS DE LA PROPUESTA	122
6.6 PROCESO METODOLÓGICO	129
7. CONCLUSIONES	131
8. RECOMENDACIONES	184
ANEXOS	192

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Matriz de necesidades de Max Neef	10
Tabla 2. Matriz D.O.F.A.	61
Tabla 3. Matriz de priorización de estrategias	70
Tabla 4. Estrategias priorizadas	73
Tabla 5. Matriz de planeación estratégica	77

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Organigrama Corporativo	45
Figura 2. Ubicación de Trabajo Social en el organigrama FOSCAL	45
Figura 3. Estructura del programa	49
Figura 4. Patologías más frecuentes en el P.A.H.	49
Figura 5. Elementos de la propuesta de acción	122
Figura 6. Proceso metodológico de la propuesta	130

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Cartilla materna	193
Anexo B. Documento de socialización programa maternas.	200
Anexo C. Documento de socialización cartilla materna.	202
Anexo D. Cartilla salud mental	203
Anexo E. Folleto estilos de vida saludable	209
Anexo F. Folleto autoestima	217
Anexo G. Formato de ingreso al programa “mente, cuerpo y vida sana”	219
Anexo H. Cartilla “características del cuidador”, y programación primer módulo	220
Anexo I. Programación segundo módulo	228
Anexo J. Cuento de la autoestima y programación tercer módulo	229
Anexo K. Folletos “el valor de la familia” y programación cuarto módulo	231
Anexo L. Formato de asistencia talleres cuidadores	234
Anexo M. Formato de seguimiento telefónico	235
Anexo N. Formato de evaluación	237
Anexo O. Fotografías	240

RESUMEN

TITULO:

ACCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN EL HOGAR P.A.H-FOSCAL, SOBRE EL MARCO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

AUTOR:

BALLESTEROS CORZO, Luz Mery**

PALABRAS CLAVES:

Necesidades, Integralidad, Promoción, Prevención, Estilos de Vida Saludable, Salud mental, Auto cuidado, Autoestima, Cuidador, Asistencia Domiciliaria, Comunicación, Red de apoyo.

DESCRIPCION:

Desde la acción profesional desarrollada en el Programa de Asistencia en el Hogar (P.A.H) adscrito a la Fundación oftalmológica de Santander-Clinica Carlos Ardila Lulle, durante el periodo de abril a agosto de 2009, se respondió de manera continua a distintas necesidades de la población, entre ellas, las relacionadas con procesos de promoción y prevención y que se ven afectadas positiva o negativamente por el contexto. Se quiso con este trabajo y desde Trabajo Social, fomentar escenarios educativos de promoción y prevención para la población usuaria del programa y sus cuidadores, así como de estrategias evaluativas del programa, que propicien el desarrollo de acciones y actitudes favorables a la salud y de igual manera, que permitan una labor integral dentro del propósito de mejorar la calidad de vida de los usuarios. Las estrategias y planes operativos implementados tuvieron como base fundamental la participación como eje orientador de los procesos de enseñanza-aprendizaje y como forma de generar transformaciones, que empoderaron a los sujetos de acción en las distintas esferas de conocimiento en las que hubo influencia, ya fuera en materia de promoción o de prevención.

La acción desempeñada culminó con la propuesta de diseño de un medio comunicacional alternativo como base para el apoyo a los y las cuidadoras de pacientes crónicos, así como a profesionales en Trabajo Social que estén interesados en trabajar con este grupo poblacional. Esta propuesta no solo se justifica por las necesidades existentes en la población de cuidadores (as), sino también por la importancia de generar real impacto y trascendencia desde las acciones desarrolladas en este campo por parte de Trabajo Social.

* Trabajo de Grado

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Director: Matilde Muñoz Lasprilla.

ABSTRACT

TITLE:

THE PROFESSIONAL ACTION OF SOCIAL WORK IN THE PROGRAM OF ATTENTION IN HOME BY P.A.H-FOSCAL, ON THE FRAME OF PROMOTION OF HEALTH AND PREVENTION OF DISEASES.

AUTHOR:

BALLESTEROS CORZO, Luz Mery ^{**1**}

KEYWORDS:

Needs, Integrality, Promotion, Prevention, ways of Healthy life, mental Health, self care, self esteem, Keeper, Domiciliary Assistance, Communication, Support Network.

DESCRIPTION:

From the professional action developed in the Program of Assistance in Home (P.A.H). Assigned to the ophthalmological Foundation of Santander – Carlos Ardila Lulle Clinical Center- during April to August 2009; These different needs of the population were answered in a constant way, among them, the promotion and prevention and (that that) others affected positively or negatively by the context. We wished as Social Work college members, to promote education settings for promotion and prevention for population inside the program, and their keepers. As well as the program assessment strategies, which promotes the development of actions and attitudes to health and similarly, allowing a comprehensive work within the purpose of improving the users quality of life.

The strategies and operational plans implemented were based on participation as a fundamental guiding focus of the teaching-learning processes and as a way to generate change, to empower the subjects of action in different spheres of knowledge where there was influence, either in the promotion or prevention. The action ended with the proposal of design an alternative mass media, for support the keepers and chronic patients, as well as social work professionals who are interested in working with this population. This proposal is not only justified by needs in the population of keepers, but also the importance of generating real impact and significance from the actions in this field by Social Work.

* Work of Degree

** Faculty of Human Sciences. School of Social Work. Director: Matylde Muñoz Lasprilla.

INTRODUCCIÓN

No solo Colombia, sino el mundo, se ha visto inmerso en una gran cantidad de circunstancias violentas y vulneradoras de los derechos humanos, tanto en la esfera económica, como en la política, cultural, ambiental y social. Una de las esferas a las que se atribuye cierta responsabilidad frente a las condiciones indignas de vida, por ejemplo en Colombia, es la de la salud. En este campo se encuentran vinculadas problemáticas de diversa índole, específicamente el bienestar en términos de hábitos de vida saludable, que ha causado interés para distintas profesiones, entre ellas Trabajo Social. Se presentan además alteraciones en la salud mental, afectaciones en términos de autoestima y otras deficiencias, que en su mayoría dependen de procesos de auto cuidado, autodefinición, y auto proyección, ligados directamente a conductas de riesgo existentes y a estilos de vida que son poco saludables.

Este panorama evidencia la necesidad de promover acciones urgentes que propendan por la protección de la salud de los ciudadanos, la promoción de mejores estilos de vida y factores protectores de la salud, la prevención de factores de riesgo y también la atención paliativa frente a situaciones de enfermedad crónica.

En la Fundación oftalmológica de Santander – Clínica Carlos Ardila Lulle FOSCAL, se ha abierto un campo de acción interesante, que aunque relativamente pequeño da la posibilidad de iniciar procesos de transformación de realidades que no benefician la calidad de vida de las poblaciones. Este campo es el Programa de Atención en el Hogar P.A.H., que realiza acciones encaminadas a generar mejores condiciones de salud y por tanto de vida de los usuarios que pueden continuar su tratamiento en casa. Esta modalidad de atención domiciliaria aunque ha empezado a tomar fuerza, no ha sido implementada en muchas instituciones, a pesar de la gran importancia que tiene en la mejoría de los pacientes.

De esta manera es importante reconocer el valor que representa la posibilidad de brindar asistencia en casa a los usuarios y que además se vincule la acción de Trabajo Social, aportando al proceso salud-enfermedad, una mirada holística, y apoyando la esfera psico-social de los pacientes vinculados al programa. Este aporte se debe hacer fundamentalmente por medio de la educación, sin desconocer los demás papeles que han sido designados a la profesión; pues es bien sabido que quienes están predispuestos a tener mala salud, no son únicamente los más pobres, sino quienes tienen el menor nivel de educación o información. Es más, la experiencia adquirida tanto en los países en desarrollo, como en los países desarrollados, indica que la alfabetización y los programas de educación no formal pueden conducir a mejorar la salud y el bienestar general de modo significativo.

El concepto de la educación para la salud, que actualmente abarca un concepto más amplio de promoción de la salud y un nuevo énfasis en la prevención, se concentra cada vez más en el aprendizaje y en el proceso de fortalecimiento de la autonomía y estas son bases fundamentales en el actual proceso de acción profesional.

Es así como Trabajo Social desde la experiencia práctica desarrollada en el periodo de abril-agosto de 2009, propone a partir de diversas acciones, el redireccionamiento de los comportamientos cotidianos en salud, para el cuidado y bienestar de la población usuaria del P.A.H; integrando los esfuerzos hasta el momento desarrollados para brindar propuestas renovadas desde una perspectiva holística.

Se presenta en este documento el compilado de acciones desarrolladas, que inicia con la contextualización a nivel teórico-conceptual y legal que da soporte a la acción desarrollada pues mantiene una relación directa con la realidad encontrada. Posteriormente se presenta la caracterización tanto de la institución y

específicamente el P.A.H. que colaboró con el desarrollo del proceso, su modelo de planeación, programas que ofrece, como de los actores directos que fueron sujeto-objeto de actuación. Se prosigue presentando la experiencia en todas sus fases: el diagnóstico, realizado de forma participativa, la matriz D.O.F.A, cruce de variables, lectura de la matriz y la priorización de estrategias, dando paso a la fase de planeación.

En la fase de planeación se establecen las acciones estratégicas y actividades correspondientes a cada objetivo de acción estratégico definido. Posteriormente se describe el proceso de ejecución por objetivos y el alcance de metas planteadas, así como el análisis del proceso de acción la evaluación, para luego presentar la propuesta de intervención que surge a partir de lo conocido y experimentado en la acción profesional, así como las respectivas conclusiones y recomendaciones que permiten no solo conocer los alcances, ganancias y pérdidas del proceso, sino también las acciones correctivas a realizar para dar continuidad a la importante labor que desde Trabajo Social se puede desempeñar en salud.

1. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

“¿Hacia donde debemos mirar en busca de la esperanza en el mundo?...hacia nosotros mismos, el principio de la sabiduría está en el conocimiento propio”

Albert Einstein

1.1 EL SER HUMANO Y LA SALUD EN LA TEORÍA DE SISTEMAS Y EL DESARROLLO A ESCALA HUMANA

La Teoría de Sistemas surgió con los trabajos del biólogo alemán Ludwing von Bertalanfy, publicados entre 1950-1968, en respuesta a los cambios sociales, políticos, culturales, económicos y científicos presentes en la sociedad para la época. Dichos cambios ocasionaron que la teoría de sistemas empezara a direccionarse no solo hacia las organizaciones sino también hacia los seres humanos.

En los sistemas humanos los elementos del sistema son los individuos en interacción. El concepto de interacción se torna central en la noción de sistema, especialmente en los sistemas sociales, porque reviste la idea de una relación mutua, de una acción recíproca y se podría definir como “una secuencia de mensajes intercambiados por los individuos en relación recíproca con un contexto”².

Esto explica la necesidad de dar un enfoque sistémico a todo trabajo a desarrollar desde lo social, debido a la interrelación que para este caso, existe entre los usuarios de los servicios de salud y el medio externo que determina las condiciones presentes en el sujeto. Para entender mejor ésto, es necesario conocer inicialmente la definición de sistema que según Chiavenato es:

² ABEIJON MERCHAN, Juan Antonio. La atención primaria desde la teoría de sistemas. Revista de Servicios Sociales. Vol. 7. 1989. P 21. Consultado en Mayo de 2009. [en línea]. Disponible en internet: <URL:<http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/La%20atencion%20primaria.pdf>>

“Un conjunto de elementos dinámicamente relacionados, esto es, en interacción, que desarrollan una actividad para alcanzar un objetivo o propósito, operando sobre datos/energía/materia, tomados del medio ambiente que circunda el sistema, en una referencia de tiempo dada para proporcionar información/energía/materia, resultado de los procesos internos de operación del sistema”³.

Los sistemas implican entonces que exista una interacción e interdependencia entre las distintas partes que lo conforman y que además sea posible la transformación de los insumos que recibe, en productos que los sistemas del entorno exterior requieran.

Esta es la transformación que debe hacer la educación en salud, debe generar cambios a tal punto que la retroalimentación que se haga con el sujeto logre generar nuevos conocimientos y por tanto información valiosa para utilizar y volver a transformar por medio de la experiencia educativa con otros grupos poblacionales. El cambio que debe lograr la educación, con base en las acciones interrelacionadas con los distintos sistemas que rodean al sujeto o sujetos con que se trabaja, tiene que reflejarse en mejores condiciones de vida a partir de una salud de calidad.

Esto explica claramente una de las características de los sistemas expuestas por Chiavenato: la interdependencia funcional de sus elementos⁴; lo que significa que cada uno de los elementos depende de los otros para su funcionamiento, así como sucede con el ser humano en su interrelación tanto con los sistemas de salud y las acciones en este sector, como con su sistema socio-cultural y económico inmediato. En el caso de la educación en salud, es claro que cuando todos los elementos influyentes para que exista una verdadera transformación, no funcionan o aportan, la labor se hace incompleta y superficial, llegando tan solo a generar nuevos conocimientos para los usuarios con quienes se trabaje pero no la

³ CHIAVENATO, Idalberto. Administración de Recursos Humanos. México: Mc Graw Hill, 1981. p. 3.

⁴ *Ibíd.*, p. 99.

suficiente conciencia para convertir el nuevo conocimiento en mejores hábitos de vida y cuidado de la salud. Siendo así, no se generaría la “salida” que debe resultar del proceso sistémico experimentado por los elementos que componen el sistema que para este caso específico sería la salud del sujeto de acción y por tanto el planteamiento de que todo sistema debe tener una entrada un proceso y una salida, quedaría en duda. Lo anterior explica claramente la importancia de emprender procesos complejos, profundos y centrados en las características reales del sistema social con que trabajamos, para hacerlos conscientemente y de manera que generen transformaciones.

Los sistemas están compuestos también por elementos diversos, es decir, son heterogéneos⁵. Igual pasa con los sistemas sociales, con el ser humano como sistema y con la salud, también como sistema. Debido a que cada sujeto es distinto, tiene su particularidad, así también tiene una percepción de la salud distinta y por tanto una forma diferente de percibirla. Es por ésto que las acciones en salud a nivel de promoción y prevención deben partir siempre de un diagnóstico que refleje la manera como se pueden desarrollar procesos que aporten e involucren a toda la población. La cultura, por ejemplo, es un elemento externo que afecta significativamente la percepción y acciones frente a la salud, lo que hace indispensable tenerla en cuenta.

Los sistemas humanos son por regla general, sistemas abiertos que se comunican de manera constante con su entorno. Los sistemas abiertos, son altamente dinámicos, establecen interacciones a través de los intercambios constantes consigo mismo y con el ambiente que les rodea, además se caracterizan por el principio de la homeostasis, entendido como la adaptación, donde se busca alcanzar un equilibrio interno frente a los cambios externos del entorno⁶ ya que todo sistema abierto siempre esta en busca de la autorregulación y organización,

⁵ Ibíd., p.102.

⁶ CHIAVENATO, Op.Cit., p. 725.

atendiendo a la naturaleza cambiante de sus subsistemas, que a su vez, están inmersos en un supra-sistema.

En la persona es igual, necesita de permanente retroalimentación, que psicológicamente se llama Respuesta y Reconocimiento, pero el equilibrio se presenta desde lo fisiológico a lo psicológico y específicamente de esto es que trata el análisis, de la estabilidad emocional que requiere un individuo ante la expectativa de encontrarse en diversas situaciones que no conoce o no tiene la seguridad para manejar⁷.

De igual forma, cuando se habla de trabajar en el área de salud, normalmente se relaciona la acción con aspectos de tipo físico-biológico. Es normal entonces encontrar procesos desarrollados en los que no se manejan aspectos subjetivos, intangibles, de tipo psico-social, de tipo familiar, que involucren redes sociales, etc, y por lo tanto tampoco se involucra Trabajo Social. En el campo de salud entonces, se hace necesario el trabajo interdisciplinario y manejando un enfoque sistémico, que permita dar el verdadero sentido a algo que se ha considerado un derecho humano inviolable. Es así, como Trabajo Social, como profesión que promueve el respeto y la lucha por los derechos, el bienestar y la dignidad humana, debe aportar desde sus conocimientos y especialidad social, en este importante propósito.

Cuando se hace la relación entre el individuo como sistema y la salud, en este caso como el marco de acción profesional, se deben interrelacionar también las necesidades humanas como factores que hacen parte de la vida y salud del sujeto y como elementos de los que depende el estado deseado de salud a nivel tanto físico como mental. Por esta razón el Desarrollo a Escala Humana, opción propuesta por Manfred Max Neef y otros colaboradores, se quiso retomar para guiar junto con el enfoque sistémico, el accionar de Trabajo Social en salud.

⁷ CHIAVENATO, Op.Cit., p. 102.

Desde este enfoque se entiende al ser humano y todo su entorno como componentes de un fluir permanente, lo que hace aún más estrecha la relación entre los subsistemas que influyen al sujeto y las necesidades que éste experimenta, tanto las que puede suplir como las que no, y cómo este hecho afecta superflua o de manera profunda al mismo, en todas sus esferas, especialmente su salud. Por esta razón y además porque desde el accionar profesional se pretende aportar al suplemento de ciertas necesidades, se decidió dar una orientación también desde este enfoque. Asimismo es claro que la mejor acción es aquella que permite elevar la calidad de vida de las personas, pero ésta se determina por el nivel y capacidad de satisfacción que tengan los individuos de sus necesidades humanas, dentro de las cuales se encuentran las expuestas por Max Neef y sus colaboradores dentro de las categorías existenciales y categorías axiológicas.

Es en este marco de ideas, que se plantean los postulados básicos del Desarrollo a Escala Humana, como fundamento base para el desarrollo de futuras acciones con diferentes grupos pero que en este caso fue aplicado a usuarios del Programa de Atención al Hogar, que funciona en la Fundación Oftalmológica de Santander – FOSCAL.

En primer lugar “el desarrollo se refiere a personas y no a objetos”⁸. En este sentido cualquier proyecto en salud debe estar orientado a reconocer al sujeto con sus prioridades, sus creencias, sus percepciones frente a la vida, sus preconceptos, y saber que no es solo un cliente o usuario, sino definirlo como un sujeto de acción. Cuando se reconoce que el desarrollo se refiere a personas surge una pregunta, y es cómo se puede medir desde lo cualitativo...a lo que el desarrollo a escala humana responde que “el mejor proceso de desarrollo será

⁸ MAX-NEEF, Manfred; ELIZALDE, Antonio y HOPENHAYN, Martín. Desarrollo a escala humana. Una opción para el futuro. Chile: Cepaur, 1986. p. 25.

aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas”⁹ y que “la calidad de vida de las personas dependerá de las posibilidades que tengan de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas”¹⁰. Es aquí donde interviene Trabajo Social específicamente con su labor en salud, para responder no a necesidades de subsistencia pero si necesidades que se ubican dentro de las categorías existenciales y axiológicas, que no dependen tanto del educador como del sujeto.

Por otro lado, para reconocer mejor la relación existente entre el ser humano como sistema y el enfoque de necesidades, se plantea que la persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por lo cual las necesidades humanas deben ser entendidas como un sistema en el que las mismas se interrelacionan e interactúan. “simultaneidades, complementariedades y compensaciones (trade offs) son características de la dinámica del proceso de satisfacción de las necesidades”¹¹

De igual forma el Desarrollo a Escala humana está orientado hacia la satisfacción de necesidades humanas, pero no se puede hablar solo de necesidades sino también de satisfactores. Max Neef y sus colaboradores dividen las necesidades humanas según dos tipos de criterios: según categorías existenciales y categorías axiológicas, clasificación que incluye por una parte las necesidades del ser, tener, hacer y estar y por otra parte, las de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad¹². Las dos categorías de necesidades se combinan por medio de la matriz de necesidades y satisfactores (ver Tabla 1).

⁹ Ibíd., p.25.

¹⁰ Ibíd., p.25.

¹¹ Ibíd., p.26.

¹² Ibíd., p.42.

Tabla 1. Matriz de necesidades de Max Neef

Necesidades según categorías existenciales	SER	TENER	HACER	ESTAR
Necesidades según categorías axiológicas				
SUBSISTENCIA	Salud física y mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	Alimentación, abrigo, Trabajo	Alimentar, procrear, descansar, trabajar	Entorno vital, entorno Social
PROTECCION	Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, Solidaridad.	seguridad social, legislaciones, derecho, Familia, trabajo.	Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, Defender.	Entorno vital, entorno Social, morada.
AFECTO	Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad,	Amistades, parejas, familia, animales domésticos, plantas, Jardines.	Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, Cuidar, cultivar, apreciar.	Privacidad, intimidad, hogar, espacios de Encuentro.
ENTENDIMIENTO	Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad	Literatura, maestros, método, políticas educacionales, políticas comunicacionales	Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar, Interpretar.	Ámbitos de interacción formativa: academias, agrupaciones, Comunidades, familia.
PARTICIPACION	Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión,	Derechos, responsabilidades, obligaciones, Atribuciones, trabajo.	Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, Dialogar, acordar, opinar.	Ámbitos de interacción participativa: partidos, asociaciones, iglesias, comunidades,
OCIO	Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación, humor, Tranquilidad, sensualidad.	Juegos, espectáculos, fiestas, Calma.	Divagar, abstraerse, soñar, evocar, relajarse, Divertirse, jugar.	Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes, Paisajes.

Continuación Tabla 1. Matriz de necesidades de Max Neef

Necesidades según categorías existenciales Necesidades según categorías axiológicas	SER	TENER	HACER	ESTAR
RECREACION	Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, Curiosidad.	Habilidades, destrezas, método, Trabajo.	Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, Interpretar.	Ámbitos de producción y retro-alimentación: talleres, audiencias, espacios de expresión, libertad Temporal.
IDENTIDAD	Pertenencia, coherencia, diferenciación, Autoestima , asertividad.	Símbolos, lenguaje, hábitos, costumbres , grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria Histórica, trabajo.	Comprometerse, integrarse, confrontarse, definirse, conocerse, reconocerse, Actualizarse, crecer.	Socio-ritmos, entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia, etapas Madurativas.
LIBERTAD	Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación,	Igualdad de Derechos.	Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, Desobedecer, meditar.	Plasticidad espacio-temporal.

Fuente. Compilación del autor de la tesis. Planteamientos del Desarrollo a Escala Humana. Cepaur. MAX-NEEF, Manfred. ELIZALDE, Antonio y HOPENHAYN, Martín.

A partir de la matriz se observa el cruce de necesidades tanto axiológicas como existenciales. En el caso de la acción profesional que se desarrolla en el Programa de Atención en el Hogar, se debe reconocer cada una de ellas, para estar al tanto de las condiciones en que se encuentran los grupos con que se trabaja, de una forma general – aun cuando no se pueda concretar una acción que

mejore determinada situación existente y para determinar el foco de acción a partir de las debilidades y oportunidades presentes en el contexto de actuación.

Desde la acción concreta de Trabajo Social, se quiere dar especial importancia al reconocimiento de algunas necesidades e intentar fomentar la satisfacción de las mismas, siendo esto posible por medio de la educación como uno de los roles que tiene la profesión y que se puede atender en el área de salud. Las necesidades del ser, relacionadas con las de subsistencia que tienen que ver con la salud mental y física, el equilibrio, el humor y la adaptabilidad, son estados del sujeto fundamentales para su salud y en general para su calidad de vida, lo que hace aún más importante su atención. No solo éstas entran dentro de lo que Trabajo Social puede abordar; también se aporta a la satisfacción de necesidades de protección desde lo que cada sujeto puede hacer, por ejemplo por medio del autocuidado y el cuidado de quienes habitan su entorno; necesidades de afecto desde lo que el sujeto puede ser, donde interviene su nivel de autoestima, tolerancia, respeto consigo mismo y con quienes trabaja, vive y quienes están a su cuidado.

De igual forma se aporta a la satisfacción de necesidades de entendimiento y a la vez participación, recreación, ocio e identidad, ya que se pueden generar nuevos espacios de retroalimentación de saberes y concebir nuevos aprendizajes, formas de vida, hábitos, costumbres que aporten a la calidad de vida y en este caso, especialmente la salud del sujeto.

Lo realmente importante cuando se trata de aportar a la calidad de vida de distintos grupos poblacionales es tener claro que el alcance de esta meta está en manos únicamente de los sujetos actores de su propio desarrollo; por ésto el desarrollo a escala humana es un soporte que facilita el entendimiento de las necesidades del otro y el reconocimiento de que únicamente el ser humano visto como sujeto puede transformar su propia realidad al reconocer sus fortalezas,

oportunidades, debilidades y necesidades, generando así aportes a su desarrollo perdurables en el tiempo.

Ahora, como se mencionó anteriormente, no se puede hablar solo de necesidades; existen también unos satisfactores que corresponden a las formas en que, de manera distinta y dependiendo de la cultura los seres humanos satisfacen sus necesidades. Los satisfactores son entonces formas de tener, hacer, ser o estar y se han clasificado en 5 tipos:

- Los satisfactores violadores o destructores, son aquellos que con la intención de satisfacer una necesidad, imposibilitan la satisfacción adecuada de otras necesidades.
- Los pseudos-satisfactores, son elementos que estimulan una falsa sensación de satisfacción de una necesidad determinada.
- Los satisfactores inhibidores, son aquellos que por el modo en que satisfacen una necesidad dificultan la posibilidad de satisfacer otras necesidades.
- Los satisfactores singulares apuntan a la satisfacción de una sola necesidad, siendo neutros respecto a otras necesidades y suelen estar institucionalizados.
- Los satisfactores sinérgicos al satisfacer una necesidad determinada contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades¹³.

Los satisfactores de las distintas necesidades que tiene la población objeto-sujeto en salud, en ocasiones pueden resultar similares a los expuestos desde la opción del Desarrollo a Escala Humana. Esto refleja la necesidad de atender esta

¹³ MAX-NEEF, Óp Cit. p. 44-46.

situación desde la educación, siendo fundamental orientar la manera como se hace posible satisfacer una necesidad de manera adecuada, sin limitar la satisfacción de otras.

1.2 FUNDAMENTOS EN SALUD

1.2.1 Concepto. La salud ha sido entendida en función del fenómeno opuesto: la enfermedad. Este suceso es entendible pues la presencia del malestar que se produce por diferentes cambios a nivel del ciclo vital, permite hacer conciencia del significado y valor de la vida sin sensaciones desagradables¹⁴. Además de lo anterior, es claro que lo que se define como salud o enfermedad, como bienestar o malestar, depende no sólo de factores individuales y biológicos, sino del entorno social y cultural dentro del cual se vive, se trabaja y se establecen interrelaciones. Es por ésto que las diferentes culturas y subculturas tienen su propia manera de interpretar lo que es la salud y lo que es la enfermedad.

Ahora bien, la salud puede ser entendida, como un estado de equilibrio no solamente físico, sino también psíquico y espiritual. En este sentido se puede decir que la salud es uno de los anhelos más esenciales del ser humano, y constituye la cualidad previa para poder satisfacer cualquier otra necesidad o aspiración de bienestar y “felicidad”.

De hecho, las modernas antropologías ya no la consideran como una simple ausencia de enfermedad. No basta tener un cuerpo vigoroso o saludable; es preciso vivir a gusto "dentro" de él y con él. No es suficiente sentirse útil y tener una dedicación o trabajo; es necesario realizar una misión en la vida. Ni siquiera basta con perdurar en el tiempo; es necesario encontrarles un sentido a los años¹⁵.

¹⁴ QUEVEDO, Emilio. Proceso salud-enfermedad. Ponencia. Seminario permanente salud y administración. Bogotá; Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Estudios Interdisciplinarios, Postgrado en Administración en Salud. Junio 19 de 1990. p. 54.

¹⁵ TALAVERA, Martha. El concepto de la salud. [en línea] Colombia, 2007. p 6. [citado en línea]. Disponible en internet:URL:< <http://pochicasta.files.wordpress.com/2009/03/concepto-de-salud.pdf>>

La salud vista desde el enfoque biomédico entonces, hace referencia a lo opuesto a la enfermedad y como responsabilidad fundamental del individuo. Como se ha mencionado este concepto ha cambiado con el tiempo, la evolución, la cultura. Por lo mismo, desde este enfoque se ha concebido la salud como bienestar, como equilibrio con el entorno, como estilo de vida y como desarrollo personal y social. Estas concepciones de salud unidas hacen referencia a la salud como desarrollo integral del sujeto, fundamento que reemplaza el antiguo concepto reduccionista y estático de la salud que se restringía solo a la enfermedad, incapacidad o muerte, por uno más holístico, que integra la satisfacción de las necesidades humanas y los ideales de salud y bienestar integral de la población.

Además, se debe reconocer que en el campo de la salud intervienen diversas fuerzas o factores, como los biológicos, y ecológicos, pero también los sociales, económicos y culturales, aspecto que refuerza el hecho de reconocer la salud desde una perspectiva sistémica y por tanto de dirigir las acciones profesionales en el área teniendo en cuenta la complejidad del proceso salud-enfermedad en su relación con el individuo y lo dinámico y cambiante que puede ser el contexto de acción.

Se han establecido así varios supuestos básicos, que permiten definir la salud como algo que se define universalmente, independientemente de los juicios de valor o como algo que se construye con el tiempo y se califica según la cultura y las normas sociales. De esta manera existen dos tipos de definiciones:

Definiciones neutralistas. Estas definiciones afirman que no hay necesidad de recurrir a los juicios de valor porque la definición de la salud y la enfermedad es una cuestión científica empírica. Con ello manifiestan el punto de vista biomédico según el cual existen ciertos datos anatómicos, fisiológicos o bioquímicos identificables como patológicos independientemente del contexto socio-cultural.

Definiciones normativistas. *Plantean que la salud y la enfermedad son conceptos inevitablemente cargados de valoración sobre lo deseable, lo útil o lo bueno. De modo que, sin hacer alguna referencia a esos valores resulta imposible decidir si un particular estado es de salud o de enfermedad. La salud y la enfermedad sólo podrían ser definidas en el marco de una cultura particular y ciertos estados serían calificados como enfermedades porque en la cultura correspondiente son vistos como malos o indeseables*¹⁶.

Estos planteamientos evidencian la variedad de presupuestos existentes acerca de la salud, de su definición, y por tanto estas dificultades hacen difícil la tarea de definir integralmente la salud porque ninguna definición puede expresar todo lo que el ser humano ansía y ningún concepto puede encerrar todo lo que el hombre es capaz de ser y de realizar. El concepto de salud entonces siempre tendrá una dimensión creativa, ideal o utópica... y al mismo tiempo cambiante, ya que cada situación vivida por el ser humano es distinta, las necesidades humanas son percibidas de manera diferente, dependiendo del contexto, por lo cual el concepto debe tomar esto en cuenta. Conociendo ésto, en el actual proceso de acción profesional se retomará la salud como “un estado de salud–enfermedad dinámico, variable, individual y colectivo, producto, también dinámico y variable de todos los determinantes sociales y genéticos-biológicos-ecológicos que se originan en la sociedad, se distribuyen socialmente y se expresan en nuestra biología”¹⁷

1.2.2 Derechos en salud. El tema de los derechos humanos en todas sus dimensiones reviste una relevancia especial en el mundo de hoy, debido a que la humanidad no ha logrado eliminar el irrespeto y la violación a ellos, a pesar de la existencia de la Declaración Universal de los Derechos Humanos desde hace varias décadas. En este marco los Derechos económicos, sociales y culturales suponen un desafío de la política pública, pues su satisfacción está condicionada por los recursos disponibles, lo que implica la necesidad de economizar, al reconocer la limitación de recursos y admitir que no hay una obligación inmediata

¹⁶ *Ibíd.*, p2.

¹⁷ SAN MARTIN, Hernán. y PASTOR, Vicente. Salud comunitaria. Teoría y práctica. Madrid: Díaz de Santos. 1988. p 87.

de satisfacción total. La salud, como uno de los DESC, enfrenta de manera directa esta problemática, pues ésta limitación en los recursos implica también una satisfacción incompleta del derecho, lo que puede conllevar a situaciones en las que se pone en riesgo la integridad y vida del individuo. “En este punto, el derecho a la salud dejaría de ser un derecho prestacional para convertirse en un derecho fundamental, pues de su desconocimiento se derivaría la afectación de un derecho de primera generación como es el derecho a la vida o el derecho a la integridad personal.”¹⁸

Cuando se habla de los derechos de la salud, cabe señalar lo expuesto en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), expedido en 1966 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Este Pacto, en su artículo 12 plantea lo siguiente:

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;*
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;*
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;*
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.*¹⁹

En el área específica de la salud, además de propender por realizar procedimientos eficientes por parte del equipo interdisciplinario de trabajo, se deben proponer nuevas formas de llegar a la población y de generar un verdadero impacto en la salud y de manera general en la calidad de vida de la población.

¹⁸ CASTAÑO, Ramón A. Los Mandatos Constitucionales sobre el Derecho a la Salud: Implicaciones de Equidad y Eficiencia. [en línea] Documento de trabajo n3. Colombia, 2006. p.3. [consultado en Julio de 2009]. Disponible en internet: URL:<http://www.asivamosensalud.org/descargas/lecturas/Mandatos_Constitucionales_derechos_Salud.pdf>

¹⁹ Ibíd. P7.

1.2.3 Determinantes sociales de la salud. A través de la historia y en la actualidad, las diferentes problemáticas económicas, ambientales, y sociales, son enfrentadas de manera paliativa es decir, se atacan de manera inmediatista y paternal los efectos y no la raíz de los problemas. Es claro entonces que existe un problema estructural. Precisamente este problema se refleja en la esfera específica de la salud, existiendo unos determinantes de la misma, que corresponden a lo que se podría llamar la raíz o estructura real de la problemática general en salud. Estos determinantes están relacionados de manera directa con la sociedad y las dificultades mismas que la representan. A pesar de mantener relaciones en sociedad, no se ha reconocido realmente el impacto que tienen las condiciones políticas, económicas, sociales y ambientales en la salud, ni por parte de la sociedad ni por parte de las entidades encargadas del cuidado de la salud.

Algunos de los determinantes que dieron soporte al proceso de acción profesional desempeñado fueron el estrés, el primer ciclo de vida, el trabajo, la exclusión social, la amistad y cohesión social y los alimentos. El estrés por su parte evidencia la necesidad de reconocer los entornos sociales y psicológicos como condicionantes directos de la salud. Los primeros años de vida y la posibilidad de garantizar un buen entorno durante la primera infancia, también tienen gran importancia porque determinan el futuro de cada niño y niña, a partir de la alimentación y nutrición, así como del afecto que se brinde o los castigos propiciados.

De igual forma los peligros de la exclusión social que hace más difícil para algunos el acceso a ciertos beneficios sociales; este problema de exclusión no solo se refleja en dificultades en el acceso a ciertas condiciones mínimas de vida, sino también en daños psicológicos generados a partir del rechazo sufrido. El trabajo a su vez repercute en los grados de estrés generados y por ende en el deterioro de

la salud, no solo físico sino también mental²⁰. Ligado a éste se encuentran los problemas de desempleo e inseguridad laboral, que además de generar un trauma, propicia el surgimiento de necesidades económicas mayores y la insatisfacción de necesidades de tipo básico, afectando significativamente la calidad de vida de los seres humanos, generando enfermedades cardiacas, de nutrición, etc.

Es importante también tener en cuenta el papel que juega la amistad y la cohesión social en el proceso de acomodamiento en la vida en sociedad, teniendo en cuenta que frente a las problemáticas que se generan a partir de los problemas estructurales de la sociedad, las redes sociales funcionan como amortiguadoras y permiten la generación de posibles estrategias para dar solución a dichas problemáticas.

Los alimentos constituyen un determinante que implica la necesidad de garantizar el acceso a alimentos saludables para todos, para lo cual es fundamental el planteamiento de políticas de agricultura sana, orgánica, además de procesos educativos dinámicos y participativos que propicien transformaciones en los hábitos alimenticios de la población.

Cada uno de estos determinantes planteados tiene implicaciones serias en la salud, por tanto el análisis de los diversos contextos presentados aporta de manera significativa en la comprensión de una realidad problemática pero a partir de un trabajo enfocado desde el área de la salud. A veces la tendencia es hacia un análisis de la problemática en salud que se contextualiza desde las patologías fisiológicas de los pacientes, pero no se tienen en cuenta los factores externos que pudieron generar dichas patologías. Es por esto importante reconocer estos elementos que permiten dar una mirada integral a las diferentes problemáticas, y

²⁰MARMOT, Michael y WILKINSON, Richard. Determinantes sociales de la salud. Reino Unido: Hechos irrefutables. p 22.

que aportan a la profesión de Trabajo Social la posibilidad de mejorar procesos de acción con la población sujeto de estudio.

1.2.4 Prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Se entiende que promoción y prevención son conceptos diferentes. La promoción de la salud alude a la ganancia de bienestar como un todo, es un concepto positivo, holístico e integral. Ejemplos de promoción de la salud son la educación, los ejercicios físicos, la recreación, la construcción de viviendas adecuadas y en general, las mejoras de las condiciones de vida de la gente que impactan su salud como un todo. La prevención por su parte, alude a medidas específicas para evitar daños y riesgos específicos. Ejemplos comunes de acciones de prevención son la inmunización y el uso de cinturones de seguridad²¹.

La promoción y prevención persiguen como meta la salud, pero la prevención lo hace situando su punto de referencia desde la enfermedad, la cual tiene como límite la muerte. O sea, el objetivo de la prevención es la ausencia de enfermedad. En contraposición, la promoción hace énfasis en la optimización del estado de bienestar, entendiendo la salud como un camino sin final. (Aranda, J.M., 1994)

Según la carta de Ottawa, la Promoción de la Salud consiste en: “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. De igual manera, plantea componentes para llevar a cabo dicha estrategia:

- “La elaboración de una política pública sana
- El refuerzo de la acción comunitaria logrado a través del empoderamiento del individuo y de los colectivos.
- Desarrollo de aptitudes personales
- La creación de ambientes favorables

²¹ JIMENEZ RAMOS, Faviola Susana. Qué entendemos por promoción de la salud. Red Peruana de alimentación y nutrición. [en línea]. Perú, 2005. P4. [Consultado en junio de 2009]. Disponible en internet:<URL:<http://www.rpan.org/publicaciones/pv002.pdf>>

- La reorganización de los sistemas de salud: “La responsabilidad de la misma la comparten individuos, colectivos, profesionales de la salud, instituciones de salud y gobiernos”²²

En síntesis, la Promoción de la Salud es esencialmente protectora y de fomento de estilos de vida saludables, dirige sus esfuerzos tanto a la población general como a los individuos en el contexto de su vida cotidiana; busca actuar en lo colectivo sobre los determinantes de la salud y en últimas, promueve el desarrollo humano y el bienestar tanto de la persona sana como enferma.

Para el mejoramiento de la calidad de vida se necesita de un proceso a largo plazo con acciones continuadas y aunque implica altas inversiones al inicio, su efectividad es significativa cuando se logra cambiar condiciones y estilos de vida. Para que este proceso se pueda dar es indispensable el compromiso de los diferentes sectores estatales y de la comunidad, a través del individuo y los colectivos con un significativo aporte financiero del Estado.

El enfoque de la promoción de la salud en la institución, busca básicamente la creación y el fomento de estilos de vida saludables, mediante la consolidación de patrones de conducta o hábitos que contribuyan al mantenimiento de un estado de salud ideal en los usuarios y del disfrute de su vida desde el plano mental y físico. Otras de las acciones posibles a desarrollar en el marco de la promoción y prevención son las siguientes:

²² GARCIA OSPINA, Consuelo Y TOBÓN CORREA, Ofelia. Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención Básica ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa?. [en línea] Colombia, 2002. P. 6. [Consultado en Junio de 2009]. Disponible en internet: <URL:http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205_2.pdf>

Promoción.

- Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud, tanto para los usuarios reales y potenciales de los servicios de salud como dirigidos a otras profesiones.
- Suministrar información sobre derechos y deberes de los ciudadanos respecto a la salud.

Prevención.

- Estudiar la incidencia de las variables socioeconómicas y culturales en la etiología, la distribución y el desarrollo de los problemas de salud.
- Estudiar las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud.
- Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, sus programas y sus expectativas frente a ellos.
- Participar en el estudio de la calidad y la cantidad de los servicios y recursos de salud.
- Orientar y capacitar a la población sobre el uso de los recursos institucionales que puedan contribuir a asegurar que los individuos alcancen mejor calidad de vida.
- Orientar y fortalecer la unidad familiar y capacitar a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros.
- Capacitar a voluntarios, auxiliares y alumnos de Trabajo Social para ejecutar acciones de salud.²³

1.2.4.1 Niveles de la prevención

- *La prevención primaria* se refiere a la promoción de la salud, la calidad de vida

²³ SECRETARIA DE CALIDAD DE VIDA. PONENCIA: Programa de Servicio Social de atención primaria de la Salud. BAUDINO, Verónica y BONNANO, Anastasia. Buenos Aires Argentina, 2004. Consultado en noviembre de 2009. (vía internet) <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p14.3.htm>

y evitar la enfermedad²⁴. A este nivel la prevención retoma la educación como uno de sus factores fundamentales, ya que se busca evitar el surgimiento de patrones de conducta que afecten la salud a nivel tanto físico como psicológico. Además de la educación se realizan actividades protectoras como vacunas para prevenir enfermedades.

- La *prevención secundaria* significa evitar la progresión de la enfermedad, si no se pudo evitar con la prevención primaria, con esta prevención a nivel secundario existe la obligación de evitar que la enfermedad progrese y se complique²⁵. Tiene que ver más con un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar las discapacidades.
- La *prevención terciaria* significa evitar las secuelas y evitar la muerte en el ejemplo de la diarrea y TBC²⁶. Si no ha sido posible evitar que aparezca la enfermedad, con la prevención primaria y con la prevención secundaria no se ha actuado a tiempo, entonces se debe evitar la muerte y/o evitar que queden secuela, lograr la rehabilitación y permitir el desarrollo de todas las potencialidades para seguir viviendo. Este nivel de prevención tiene que ver con la rehabilitación.

1.2.4.2 Estilos de vida saludable. Los comportamientos que tienen impacto en la salud se denominan habitualmente "**Modos o Estilos de Vida**" y quiere decir que la persona es libre de elegir la forma de vivir que le guste.

Generalmente las personas de clase media y alta tienen la facultad de elegir el medio en donde están situados sus hogares, la calidad y tipo de alimentos que

²⁴ MEDINA VERASTEGUI, Julio César. Salud Comunitaria. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Departamento académico de medicina preventiva y salud pública. Perú, 2000. P27. consultado en noviembre de 2009). Disponible en internet:<URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Libros/Medicina/salud_comun/sacomu.pdf>

²⁵ *Ibíd.*, p. 27.

²⁶ *Ibíd.*, p. 28.

consumen y la clase de atención médica que reciben. En cambio, los que viven en pobreza tienen sus opciones fuertemente restringidas por la limitación de sus recursos. El comportamiento está tan arraigado en los grupos sociales, influido por las diferencias sociales y dependiente de los recursos disponibles, que su naturaleza es primordialmente social²⁷.

Los estilos de vida saludable son definidos como “los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida”²⁸. Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En esta forma se puede elaborar un listado de estilos de vida saludables, comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales - espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables podrían ser:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.

²⁷ Modos de Vida Sanos y Salud Mental - OPS –OMS. 2003. Consultado en Junio de 2009. Disponible en internet: <URL: http://www.tabaquismo.freehosting.net/Estilo/estilos_de_vida_saludables.htm>

²⁸ DUNCAN, P. FUNLIBRE. Estilos de Vida. En Medicina en Salud Pública. 1986. Consultado en Julio de 2009. Disponible en internet: <URL:<http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>>

- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de auto cuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica²⁹.

En lo que tiene que ver con estilos de vida saludable, se deben abarcar las temáticas de salud mental, auto-cuidado y autoestima, temáticas específicas en que se enfocó el trabajo durante el proceso de práctica.

1.2.4.3 Auto cuidado. Para cuidar la vida y la salud se requiere del desarrollo de habilidades personales, para optar por decisiones saludables, lo cual constituye uno de los cinco componentes de la promoción de la salud PS, establecidos en la Primera Conferencia Internacional sobre PS, en Ottawa Canadá, donde se dijo que: “la promoción favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud.”³⁰ Las estrategias y mecanismos para desarrollar dichas habilidades se relacionan con la autogestión, la educación e información y el auto cuidado, mediados por la comunicación.

²⁹ Ibíd.

³⁰CARTA DE OTTAWA. Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud. Canadá, noviembre 1986. P4. Consultado en agosto de 2009. Disponible en internet: <URL: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205_2.pdf>

El *auto cuidado* entonces se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece³¹.

Entre las prácticas para el auto cuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de auto cuidado en los procesos mórbidos...³². Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el auto cuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

1.2.4.4 Salud mental y autoestima. Al estudiar la temática de estilos de vida saludable también es necesario retomar la *salud mental* que según la definición propuesta por la OMS es "el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad"³³. Si analizamos esta definición, notaremos que la falta de salud mental impide que las personas lleguen a ser lo que desean ser, no les permite superar los obstáculos cotidianos y

³¹CORREA TOBON, Ofelia. El auto cuidado. Una habilidad para vivir. Colombia, 2005. 12 P. consultado en Junio de 2009. Disponible en internet: <URL: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf>

³² RONDÓN, Martha B. LA SALUD MENTAL: Un problema de salud pública en el Perú. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. Vol. 12. 2006. P.234. Consultado en abril de 2009. Disponible en internet: <URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Medicina_Experimental/v23_n4/pdf/a01.pdf>

³³ RONDÓN, Op, Cit., p. 238.

avanzar con su proyecto de vida y da lugar a falta de productividad y de compromiso cívico con la nación. El resultado: frustración, pobreza y violencia.

De igual forma es importante trabajar la *autoestima* definida como “la valoración que toda persona tiene de sí misma y que expresa como un sentimiento a partir de hechos concretos”³⁴. La autoestima nace del auto concepto que una persona tiene de sí misma y se forma a partir de las opiniones de los demás, expresadas a través de mensajes verbales y no verbales, sobre la persona y de la manera como ésta los recibe; además, pueden influir en ella factores internos, por ejemplo, una depresión endógena. Las temáticas antes mencionadas juegan un papel importante y necesario dentro de la labor de Trabajo Social en salud, ya que se ubican en la función educativa que Trabajo Social desarrolla en el área de salud de la institución. Este rol se vuelve aun más fuerte cuando se hace posible entrar en la vida y dinámica cotidiana de las personas, pues hay un acercamiento mayor al sujeto y por tanto se establece una relación distinta, más compleja y retro alimentadora. Este acercamiento se puede efectuar de varias formas; una de ellas es la visita domiciliaria, como manera no solo de interactuar con el entorno físico del sujeto, sino también con su entorno social.

1.2.5 Asistencia domiciliaria. Según la resolución 5261/94 en su artículo 8, la asistencia domiciliaria es aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo del personal médico y/o paramédico y la participación de su familia, y que se hará de acuerdo a las guías de atención integral establecidas para tal fin.

Definido desde otro punto de vista la atención domiciliaria es el conjunto de actividades de cariz bio - psicosocial y de ámbito comunitario que se realizan en el domicilio de la persona, con el fin de detectar, valorar, apoyar y hacer el seguimiento de los problemas de salud y sociales del individuo y de su familia, para potenciar la autonomía y mejorar la calidad de vida. Para que sea de calidad,

³⁴ *Ibíd.*, P5.

precisa un abordaje integral y multidisciplinario, así como una buena continuidad asistencial, lo que sólo es posible con la implicación efectiva de todos los profesionales del equipo de atención primaria, en quienes recae la responsabilidad de la atención sanitaria de los miembros de su comunidad, en el centro de salud y en el domicilio³⁵.

La asistencia domiciliaria implica también el reconocimiento de un grupo poblacional que se ve afectado de manera directa con el cuidado del paciente que está en casa. El cuidador o cuidadora soporta una carga importante, debido a la atención continua que deben tener con sus familiares o pacientes con un estado deteriorado de salud. En primer lugar, según el art 33 de la resolución 5261/94 el paciente crónico se define como aquel que sufre un proceso patológico incurable, previo concepto médico y para mejorar su calidad de vida, podrá ser tratado en forma integral fundamentalmente a nivel de su domicilio con la participación activa de su núcleo familiar.

En segundo lugar, su cuidador, familiar o persona externa se define como aquella persona de la familia que va asumiendo paulatinamente la mayor parte de las tareas del cuidar, hasta llegar a dedicarse 24 horas al día a esta labor en jornada de mañana, tarde y noche. El cuidador principal suele ser una mujer (80%), generalmente hija (60%) o cónyuge (30%) del enfermo, que cuida en solitario, pues es rara la familia en la que sus miembros actúen en equipo. El 90% de los enfermos son personas mayores de 65 años, por lo que suelen ser cuidados por personas también mayores³⁶.

³⁵ ARAZANA, Augusto. Manual de atención domiciliaria. Fundación de Atención Primaria. Barcelona: SCMFIC; 2003. 14 p. (Documento físico suministrado en el P.A.H.)

³⁶ PEREZ LOZADA, David. AFAL Contigo. Departamento de Recurso Humano. P 4. Consultado en junio de 2009. Disponible en internet: <URL: http://www.macrosad.com/docs/situacion_cuidadores_principales_personas_ea_david_lozada_per ez20081028.pdf>

Ahora bien, la situación de los (as) cuidadoras se caracteriza por el sentimiento de malestar físico y psicológico relacionado directamente con el rol que desempeñan. “Los estudios realizados en países diferentes a Colombia evidencian que son una población altamente vulnerable, con pobres estrategias de afrontamiento que favorezcan su proceso adaptativo”³⁷. El síndrome de carga del cuidador también está relacionado con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación. Por ejemplo:

- Actividades diarias que exigen una dependencia parcial o total del paciente hacia su cuidador (aseo personal, vestido, alimentación, entre otras).
- Cambios conductuales del paciente.
- Altos costos económicos.
- Limitación de actividades propias que generen satisfacción personal.

Estas son solo algunas de las situaciones que se presentan en los entornos familiares de personas que tienen alguna enfermedad crónica o degenerativa, y en especial son vivenciadas por una o dos personas que generalmente son las que se encargan del cuidado del familiar o paciente.

1.2.6 Trabajo social en salud y calidad en la atención. “El Trabajo Social es un quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico-sanitarias a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo que es la institución de salud, de la cual es un subsistema intermedio en su complejidad, sea ésta Ministerio o Secretaría de Salud, Coordinación Sanitaria Regional u hospital”³⁸.

³⁷ ZAMBRANO CRUZ, Renato y CEBALLOS CARDONA, Patricia. Síndrome de carga del cuidador. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. XXXVI, Suplemento No. 1. Colombia, 2007. Consultado en julio de 2009. Disponible en internet: <URL:<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36s1/v36s1a05.pdf>>

³⁸ KISNERMAN, Natalio. Salud pública y Trabajo social. 2 Ed. Buenos Aires: Humanitas, 1978. p. 121.

Los objetivos del Trabajo Social, por lo tanto, se insertan en los objetivos generales de la institución de salud, de la que forman parte, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales. Como son tan complejos deben ser alcanzados en forma progresiva mediante objetivos específicos, que necesariamente deben tener relación entre ellos para poder cumplir los generales de promover, prever, recuperar y rehabilitar la salud.

Específicamente una de las áreas de acción de Trabajo Social en salud es en la atención directa, que es “la actividad que se desarrolla con el usuario a partir de la demanda que éste presenta o de forma programada, siendo esta atención uno de los pilares en la Atención Primaria de Salud, que es la puerta de entrada del sistema sanitario y nivel más básico de atención”³⁹. Las funciones que el profesional puede desempeñar en esta área son:

- Estudio de los factores sociales para establecer una valoración, diagnóstica y el plan de intervención con el paciente y con la Unidad de Atención Familiar (UAF) en aquellos casos que lo requiera.
- Movilizar y potenciar los recursos internos (capacidades) y externos de las personas para que afronte adecuadamente la situación de salud: estrategias de afrontamiento personal y fomento de la Red social de apoyo (formal e informal).
- Información al paciente/familia sobre los servicios, programas de salud y los recursos comunitarios existentes promoviendo el buen uso de los mismos.
- Canalizar al paciente/familia poniéndolo en relación con otros que sufran el mismo problema y/o grupos de ayuda mutua existentes.

³⁹Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud. Servicio de Atención Primaria de Planificación y Evaluación. Rol Profesional del Trabajo Social en la Atención primaria de la salud. P10. Consultado en octubre de 2009. Disponible en internet: <URL: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/6/6_1/pdf/ROL_PROFESIONAL.pdf>

- Mediación en los conflictos del paciente con su entorno y con relación al proceso (relación con el sistema sanitario, acuerdos familiares, organización de cuidados).
- Evaluación por problemas abordados, concretando lo más posible⁴⁰.

Ahora bien, al establecer la relación entre el proceso de acción profesional en el área de la salud y la labor de Trabajo Social como profesión es claro que la educación juega un papel preponderante. Se han desarrollado nuevas estrategias en áreas en donde la salud y la educación de adultos se entrecruzan. A medida que se establecen nuevas conexiones, se percibe la necesidad de un enfoque sistemático de colaboración entre los dos sectores (salud y educación con adultos), más cuando se presentan constantemente problemas a nivel de estilos de vida, uno de los aspectos que se puede fortalecer y orientar de manera positiva a partir de la educación.

En relación con la *calidad de la prestación de los servicios en salud*, es importante reconocer también la labor de Trabajo Social pues desde ésta se hace posible el diseño y establecimiento de estrategias formales o didácticas que propendan por el mejoramiento de la calidad de los servicios, por ende también de la calidad de vida de los usuarios que atiende determinada Institución de Salud.

La atención con calidad en salud es aquella que promueve, facilita y garantiza mayores niveles de salud y bienestar a la población, entendiendo la salud como un derecho humano que para su cumplimiento incorpora recursos adecuados, niveles de comunicación en la población usuaria, lo que a su vez genera un posicionamiento estratégico en relación con otras instituciones prestadoras de dicho servicio.

De igual forma, la atención con calidad en salud busca potenciar y fortalecer los canales de comunicación entre los usuarios, por lo cual cada institución prestadora

⁴⁰Ibíd., p.14.

del servicio debe disponer de estrategias que permitan no solo el conocimiento por parte de los usuarios de sus derechos, deberes, garantías, y servicios a que tienen acceso, sino también el conocimiento por parte de la institución de las inconformidades o conformidades por parte de quienes han recibido algún servicio de la misma. Estas estrategias hacen mucho más valiosa la institución y con un valor agregado, tanto en términos cualitativos como cuantitativos.

2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

El ámbito de la política de prestación de servicios está dirigido tanto a los prestadores de servicios de salud públicos como a los privados, cubre a la población asegurada y no asegurada del país y dicha política tiene como propósito “garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población”.⁴¹ Sus objetivos son “mejorar el acceso a los servicios de salud, mejorar la calidad de atención en salud, y generar eficiencia en la prestación de servicios de salud y lograr la sostenibilidad financiera de las IPS Públicas”⁴².

La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud formulada por el Ministerio de la Protección Social se desarrolla a partir de tres ejes, accesibilidad, calidad y eficiencia, en cada uno de los cuales se definen estrategias, líneas de acción y proyectos o programas.

La accesibilidad se refiere a la condición que relaciona la población que necesita los servicios de salud, con el sistema de prestación de los mismos⁴³. Es la manera como se garantiza que los servicios de salud lleguen realmente a los usuarios que los requieren. En este eje se debe analizar en primer lugar la calidad de la información que tienen los usuarios para poder acceder a los servicios, su capacidad para buscarlos y obtenerlos, también la forma en que se organizan los servicios para garantizar la accesibilidad a los mismos, es decir, de forma general

⁴¹MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política Nacional de Prestación de Servicios en Salud. Bogotá, 2005. P17. Disponible en internet: <URL: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo17047DocumentNo6114.PDF>>

⁴² Ibíd., P19.

⁴³ Ibíd., P20.

el tipo de relación que establecen los usuarios con las entidades prestadoras de los servicios de salud.

“La calidad de la atención de salud se entiende como la provisión de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”⁴⁴. El eje de calidad en esta política es un elemento estratégico que se basa no solo en el mejoramiento continuo de la calidad, sino que busca centrar su atención en el usuario como sujeto de derechos.

Finalmente el eje de eficiencia se refiere a la obtención de los mayores y mejores resultados, empleando la menor cantidad posible de recursos. Si existen dos estrategias de asistencia, igualmente eficaces o efectivas, la menos costosa es la más eficiente. Estos tres ejes que definen esta política, son marco de referencia importante para el accionar del Profesional en Trabajo Social, ya que funcionan como derrotero en la formulación de políticas, programas o proyectos que desde la profesión se emprendan para Trabajar en el área de Salud.

2.2 CONTEXTO LEGAL NACIONAL

La salud, al igual que la educación, es un derecho humano básico, pero además es también un requisito preliminar para poder gozar plenamente de todos los demás derechos humanos. Para respetar este principio, se requiere que se adopten y apliquen mecanismos de derechos humanos nacionales e internacionales.

Los procesos de reforma del sector salud y sus lineamientos jurídicos son uno de los cambios más trascendentales que ha tenido Colombia en los últimos años. La multiplicidad de decretos, resoluciones y acuerdos que la han reglamentado, dan

⁴⁴ *Ibíd.*, P24.

una idea de su trascendencia y de los desafíos que se enfrentan con su ejecución; esto también refleja las implicaciones político - sociales para el país como resultado del proceso.

2.2.1 Constitución política de Colombia 1991. La Constitución Política Nacional consagra la salud como un servicio público de carácter esencial. Por ejemplo el artículo 48 plantea que “la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley”. De igual forma el artículo 49, expresa que “la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria”⁴⁵

A su vez, la Constitución establece las competencias de la nación, de las entidades territoriales y de los particulares, organizando los servicios en forma descentralizada, por niveles de atención y con la plena participación de la comunidad.

2.2.2 Ley 100 /1993. La ley 100 considera la Atención Primaria en Salud, como la principal estrategia para el logro de una verdadera salud para todos, como sinónimo de un plan de atención médica elemental, al que se le dio el nombre de "Plan Obligatorio de Salud". En estas condiciones, la Ley 100 cambió fundamentalmente la meta a lograr: ATENCIÓN MÉDICA para todos, en lugar de SALUD para todos. Es así como los entes prestadores de los servicios de salud, asumieron la atención médica para todos, en el sentido de cobertura, y no de calidad, es decir sin generar un verdadero impacto en la salud y bienestar de la población.

⁴⁵ Constitución Política de Colombia. Bogotá. Ed. 2007.

Si se tiene en cuenta la definición de "Seguridad Social en Salud" que da la Ley 100 en su preámbulo: *"Conjunto de instituciones y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad, para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento de planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar a todos los habitantes del territorio nacional la cobertura integral de las contingencias que especialmente menoscaban la salud y la capacidad económica de las personas"*. Entonces se puede recalcar, que la mayoría de las enfermedades son resultantes de las contingencias que afectan la salud - como se puede deducir de la revisión de los Determinantes de la Salud, que exponen la manera en que se afecta la salud y la calidad de vida.

En este sentido, la labor del profesional en Trabajo Social aún cuando no se debe limitar a la atención de estos determinantes, sí, debe enfocar gran parte a fortalecer las acciones que aportan a la salud, a de-construir las acciones desfavorables y a construir nuevos hábitos o nuevas formas de combatir los factores negativos que afectan la salud. Pero en manos del profesional no está el apoyo a las personas en cuanto a los ingresos económicos, ya que éste es un factor externo que depende de varios aspectos o esferas referidas a la estructura, en este caso, Gobierno, entidades públicas, sector financiero, etc.

2.2.3 Sistema General de Seguridad Social en Salud. El reto que significó la Ley 100 de 1993 para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, se ha venido consolidando en los últimos años, en una preocupación por propender bienestar y salud a todos los afiliados, sus familias y su entorno. Más allá de la normatividad, el Sistema de Salud en Colombia, pretende informar, educar y concienciar a los trabajadores independientes acerca del compromiso moral que implica el hacerse responsables del bienestar integral, no sólo individual y familiar, sino de la comunidad.

El Estado se supone, vela por el cumplimiento de dicho compromiso, con la finalidad de facilitar la labor de mantenimiento y mejoramiento de la salud de los ciudadanos, promoviendo una cultura de prevención y de desarrollo de comportamientos y prácticas saludables que redunden en la mejora de la calidad de vida de los colombianos. En este contexto, en Colombia, el Sistema de Salud está planteado con el fin de garantizar el cubrimiento en salud a toda la población sin importar su estrato socio-económico, pero ésto sería imposible de lograr si no se establece como base del Sistema el principio de solidaridad, desde el cual todos debemos aportar y potencializar esfuerzos y recursos para resolver necesidades y retos comunes.

Ahora bien, en lo referido al SGSSS se tiene que hacer un debate frente a la manera de entender la salud, la atención primaria y la equidad. Es claro que la salud en este sistema deja comprometida la calidad del servicio, debido a que se dispone de menor tiempo para atender a una mayor cantidad de personas, lo que quiere decir que, en aras de alcanzar mayor cobertura se deja de lado el principio de eficiencia. Cuando se habla de equidad, se hace la relación con el principio de universalización, que es el derrotero en el SGSSS, que consiste en ese paquete limitado de atención primaria, ahora, envuelto en la formulación de servicios clínicos y con la forma de planes como el POS y PAB⁴⁶.

Otro de los aspectos que retoma el SGSSS, es el sistema de asistencia social, que busca dar insumos a las personas más vulnerables y pobres, lo que indica que la nueva reforma de la ley 100, conlleva también aspectos positivos a la salud y bienestar de la población. Otro aspecto que refleja el lado positivo del SGSSS, es que el enfoque ya no es curativo, sino preventivo. Esto aporta en el ideal de distintas profesiones, en este caso en la del Trabajo Social, profesión que en el

⁴⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política Nacional de Prestación de Servicios en Salud. Bogotá, 2005. P45. Consultado en mayo de 2009. Disponible en internet: <URL: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo17047DocumentNo6114.PDF>>

campo de la salud (sin excluir las demás esferas de acción), debe propender por la mejora de la calidad de vida de la población, necesitándose para esto, trabajar en temas como: estilos de vida saludable, auto-cuidado, manejo del estrés, motivación, entre otros; todos ellos enfocados a la prevención de la enfermedad. Es importante reconocer que los beneficios son bastantes, pero que también existen falencias, como ya se ha recalcado, pero de manera independiente, se debe hacer en lo posible, un trabajo que dignifique a los sujetos y que propicie el reconocimiento y la toma de conciencia, no solo en quienes reciben el servicio, sino de manera general en la sociedad civil, empresas y Estado, de que la salud es un derecho humano fundamental y que su promoción, prevención y defensa, es tarea de todos a través de la gestión, organización y participación.

2.2.4 Plan de Atención básica PAB. Este plan es definido como complementario al POS y es concebido como el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo ambiental dirigidos a la colectividad. Los lineamientos para la formulación y ejecución de planes estratégicos y operativos del PAB de acuerdo con la ley 100 de 1993 y 715 de 2001, estableciendo las prioridades de la nación y de las entidades territoriales en materia de salud pública, se han establecido en la circular externa 0018/2004. A través de ésta se plantean las siguientes acciones prioritarias de salud pública para el país:

- Reducción de enfermedades inmuno-prevenibles prevalentes de la infancia y mortalidad infantil.
- Implementación de la política de salud sexual y reproductiva.
- Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores.

- Promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas⁴⁷.

La última acción prioritaria planteada, responde de manera directa a la intencionalidad del accionar de Trabajo Social en el campo específico del Programa de Atención en el Hogar. Y aunque desde Trabajo Social no sea posible el control de la enfermedad crónica directamente, a nivel físico, si se establecen procesos interesantes con los cuidadores de pacientes crónicos en materia de promoción y prevención y se interviene desde el apoyo a la familia en el cuidado del paciente crónico para que la asimilación de la enfermedad sea más rápida y eficiente.

2.2.5 Promoción de la salud. Al analizar la definición de promoción de la salud, consignada en el Decreto N° 1891 de 1994⁴⁸ por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 2-4, 10, 21 y 22 de la Ley 60 de 1993, en cuanto a fomento de la salud y prevención de la enfermedad, se puede afirmar que la actual carta constitucional consigna un conjunto normativo, que inicia el proceso de cambio social, favorece el equilibrio de las relaciones entre el individuo y su ambiente: natural, político, social y cultural y propugna por el mejoramiento de estilos de vida, hábitos y calidad de vida, siendo en este contexto la promoción de la salud su mayor estrategia.

Al analizar lo concerniente a la normatividad en salud, se puede concluir que se han desarrollado una serie de preceptivas que enfatizan en la promoción de la salud entre las que se destacan:

⁴⁷ CALDERON SANTAMARIA, Leonor Alexandra. TESIS: Descripción de la creación del cargo de Trabajo Social en la Empresa Social del Estado Hospital Local de Piedecuesta. Universidad Industrial de Santander. Escuela de Trabajo Social. 2008. P 44.

⁴⁸ Régimen de Seguridad Social. Colección Códigos Básicos. Bogotá: Legis Editores S.A., 1997. P. 3-377.

1. Decreto 1891 de 1994. Precisa los conceptos de gasto de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, así como las reglas básicas de administración de los recursos del fondo de fomento de la salud y prevención de la enfermedad de que trata la Ley 60 de 1993.

3. Ministerio de Salud, Resolución N° 04288 de 1996. Por la cual se define el Plan de Atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

4. Ministerio de Salud, Resolución N° 03997 de 1996. Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción en el SGSSS. El objeto es "Determinar el conjunto de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de obligatorio cumplimiento¹⁸ por parte de las EPS.

6. CNSSS Acuerdo 117 de 1998 en el que se reglamenta las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento que tienen por objeto la protección específica, la detección temprana y la atención de las enfermedades objeto de erradicación, eliminación y control⁴⁹.

En este orden de ideas, es indudable que el sistema General de Seguridad Social en Salud, consagra la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, como aspectos trascendentales dentro del principio de integralidad. Este aspecto aporta al accionar de Trabajo Social bases legales fundamentales para desarrollar procesos duraderos, efectivos y aplicables en la sociedad Colombiana.

2.2.6 Resolución 412 del 2000. La resolución 412 del 2000 tiene como objeto fundamental el establecimiento de las normas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimiento e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado⁵⁰.

⁴⁹ VELEZ ARANGO, Alba Lucía. Marco Político y legal de la Promoción de la salud. Universidad de Caldas, Manizales. Colombia, 2000. P13. Consultado en Julio de 2009. Disponible en internet: <URL:<http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL31NO2/oferta.pdf>>

⁵⁰ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 del 2000. Consultado en Septiembre. Disponible en internet: <URL:<http://www.ministeriodelaproteccionsocial.gov.co>>

Para efectos del proceso de acción profesional se retomó el artículo 5 (Demanda inducida) de la presente resolución, referido a todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, el acceso a intervenciones de protección específica o atención a enfermedades de interés en salud pública. De igual forma, en el artículo 9 (Detección temprana) por el cual se adoptan las normas técnicas para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se hace énfasis en la norma técnica relacionada con la detección de alteraciones del adulto (mayor de 45 años), ya que es el grupo poblacional que tiene preponderancia en la atención brindada por el Programa de Atención en el Hogar.

El artículo 8, plantea también la adopción de normas técnicas a cumplir dentro de las cuales está la atención al recién nacido. Las acciones que se desarrollen al respecto, enfocadas a la educación y orientación a la madre con relación a la importancia del vínculo afectivo o apego que se puede desarrollar con su hijo, son fundamentales. Esto porque el desarrollo de habilidades de desarrollo e interacción social dependen en gran manera, además de la educación en la primera infancia y del suplemento de necesidades básicas físicas, también de la satisfacción de necesidades psicológicas y de la complementariedad que ejerce el proceso afectivo sufrido en la primera infancia y de manera general, todas las fases del ciclo vital.

En relación directa con el *Programa de Asistencia en el Hogar (P.A.H.)*, es importante conocer la normatividad existente frente a los procedimientos ya institucionalizados que se llevan a cabo en la prestación de este servicio, las definiciones básicas que rigen la actuación del programa, entre otros aspectos.

2.2.7 Resolución 5261 de 1994.

Art. 8. ASISTENCIA DOMICILIARIA: es aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de la familia, y que se hará de acuerdo a las Guías de Atención Integral establecidas para tal fin.

Art. 33. El paciente crónico que sufre un proceso patológico incurable, previo concepto médico y para mejorar su calidad de vida, podrá ser tratado de forma integral fundamentalmente a nivel de su domicilio con la participación activa del núcleo familiar⁵¹.

2.2.8 Resolución 1043 de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios para habilitar los servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención⁵².

2.2.9 Resolución 2680 de 2007. La cual modifica parcialmente la 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones, donde se especifican los procedimientos para el manejo de medicamentos en casa y los criterios de manejo de la institución⁵³.

2.2.10 Políticas y procedimientos del P.A.H. Las políticas también corresponden al procedimiento que se sigue en el tratamiento realizado con cada usuario, de manera que como políticas, se establecen los pasos que se siguen normalmente en lo que tiene que ver con la atención de los usuarios que ingresan al programa, aún cuando su permanencia en él, sea de un mínimo de tres días.

⁵¹ FOSCAL. Cartilla de Presentación del Programa de Asistencia en el Hogar (P.A.H.) Bucaramanga. 2008. P7.

⁵² *Ibíd.*, P.12.

⁵³ *Ibíd.*, p.8.

- El ingreso de los usuarios al programa será solicitado por el médico tratante 24 horas antes de su egreso previa interconsulta al PAH.
- El ingreso al programa será coordinado por el equipo médico y paramédico del PAH y autorizado por el auditor correspondiente.
- La enfermera del PAH programará, ejecutará, evaluará y realizará seguimiento a la administración del tratamiento y cuidados para cada usuario según sus necesidades de acuerdo a los protocolos establecidos.
- Los insumos básicos serán despachados por un máximo de 15 días cargados y administrados al PAH. Los medicamentos e insumos fuera del PAH serán cargados a capitación, aseguradora o empresa.
- El médico del PAH solicitará las interconsultas requeridas para manejo integral del paciente.
- El grupo interdisciplinario evaluará periódicamente la evolución del usuario actualizando el plan de manejo.
- El equipo médico de PAH determinará la permanencia en el programa del usuario.
- El usuario, familia y/o cuidador recibirá herramientas para participar en el cuidado y tratamiento.
- Mensualmente se entregará informe gerencial del programa.

Como se puede observar el marco de acción del Programa de Atención en el Hogar está inmerso aunque no dentro de una política de promoción y prevención, sí dentro del grupo de servicios que presta la Fundación Oftalmológica de Santander. En el marco de la prestación de los servicios que presta el P.A.H., se hacía necesario incluir acciones de Promoción y Prevención, debido al apoyo que brinda en cuanto al cuidado de la salud y la continuidad de la misma. Por este motivo se ha querido incursionar en el programa desde este marco de acción, aún más, teniendo en cuenta que Trabajo Social como profesión con un rol fundamental que es la educación, puede generar grandes transformaciones si se desea.

3. CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN Y GRUPO POBLACIONAL

3.1 FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER-FOSCAL

3.1.1 Modelo de planeación.

Visión. En el 2013 la FOSCAL será líder en la prestación de servicios de salud de alta complejidad, posicionada nacional e internacionalmente como una organización altamente confiable.

Misión. Somos una institución privada prestadora de servicios de salud, de carácter fundacional con énfasis en la atención de alta complejidad. Nuestra acción la enmarcamos dentro de los más altos estándares de calidad, con procesos confiables y seguros, y manteniendo el compromiso con el desarrollo de nuestro talento humano y con nuestra responsabilidad social.

Objetivos Corporativos⁵⁴.

- Ofrecer a todos los estratos de la comunidad servicios éticos de salud con alta calidad humana, científica y tecnológica.
- Garantizar a los usuarios un servicio de calidad basado en el respeto a las personas.
- Identificar en forma permanente las necesidades de salud de la población para responder oportunamente a la demanda.
- Capacitar humana, técnica y científicamente al personal, garantizando su permanente actualización, crecimiento y desarrollo.
- Fomentar el trabajo en equipo.
- Establecer y mantener un ambiente laboral positivo, haciendo énfasis en la creatividad del recurso humano.

⁵⁴ DEPARTAMENTO DE COMUNICACIONES. Portafolio de servicios. P4.

3.1.2 Organigrama y ubicación de la práctica profesional

Figura 1. Organigrama Corporativo

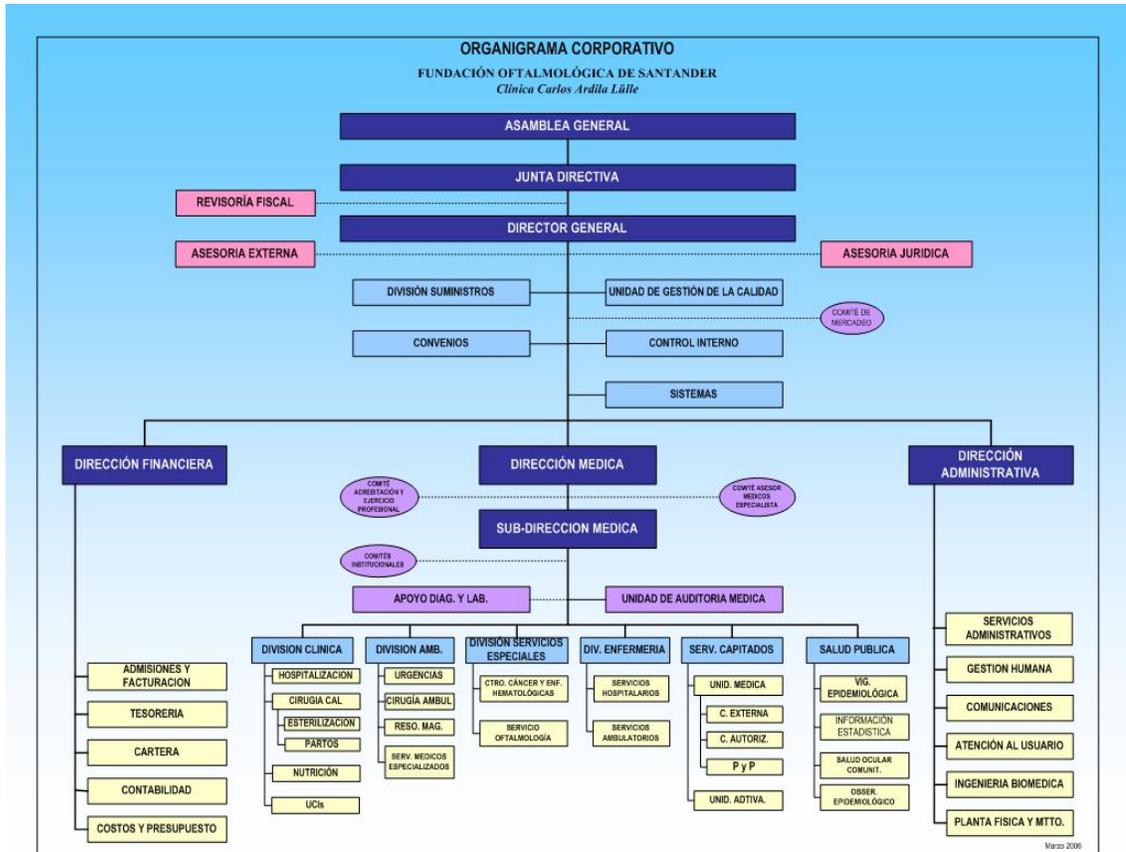
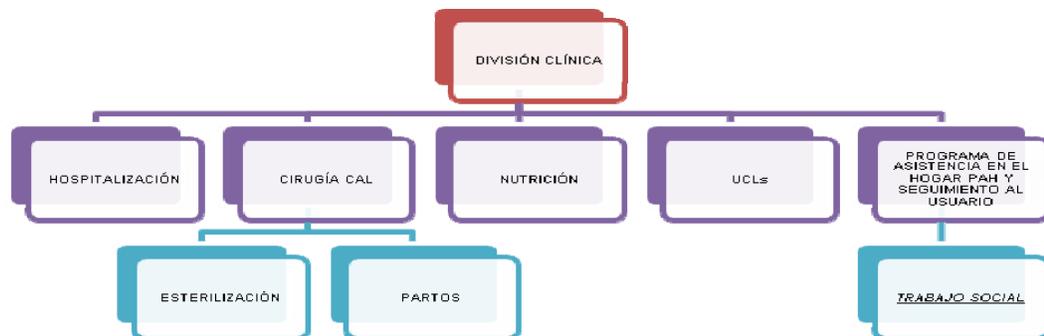


Figura 2. Ubicación de Trabajo Social en el organigrama FOSCAL



3.1.3 Programas de Salud que desarrolla. Cabe aclarar que los siguientes son solo algunos de los programas que maneja la FOSCAL, y se exponen debido a la importancia que se les está dando en la institución. No se exponen todos, debido a que son muchos.

Programa de salud integral siglo XXI. Este programa ha sido diseñado con el objetivo de crear un sistema integrado de servicios generales de salud con proyección comunitaria, con el fin de brindar al beneficiario diferentes alternativas de atención. Este programa tiene alrededor de 350 mil afiliados de todo el Departamento de Santander, Sur del Cesar, Sur de Bolívar, Pamplona y demás provincias de Norte de Santander, favoreciendo a sus habitantes y ofreciendo servicios profesionales en las campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

SER- servicio especializado en reproducción y genética y medicina materno-fetal. Este programa maneja un centro de estudios y tratamientos de la pareja infértil, se realiza inseminación homóloga y heteróloga, tratamiento IVF (bebé probeta), tratamiento ICSI, genética prenatal, tratamiento de pacientes referidos, etc.

Política y programa de seguridad del paciente. Es un conjunto de acciones y estrategias sencillas y posibles de ser implementadas por las instituciones que ofrece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la Atención en salud.

3.2 PROGRAMA DE ATENCIÓN EN EL HOGAR P.A.H.

El P.A.H., es un programa que promueve servicios de salud por parte de cuidadores formales e informales en el hogar con el fin de promover, restablecer o mantener el máximo nivel de salud, confort y funcionalidad, incluyendo cuidados tendientes a promover una mayor calidad de vida a usuarios con enfermedad terminal de tal manera que tengan una muerte digna. Este fue el campo de acción específico del proceso de acción profesional de Trabajo Social desde abril hasta agosto de 2009.

3.2.1 Objetivos.

Objetivo general. Proporcionar a los usuarios del programa atención médica y paramédica en su entorno familiar, con un equipo interdisciplinario altamente calificado, satisfaciendo plenamente sus necesidades.

Objetivos específicos.

- Mejorar la calidad de vida de los usuarios con tratamientos médicos definidos, mediante la participación de la familia y promoción del auto cuidado.
- Optimizar el uso de la cama hospitalaria, reduciendo la estancia de pacientes que pueden ser atendidos en el domicilio, bajo la supervisión y control de un calificado grupo interdisciplinario.
- Fomentar la educación del paciente, familia y/o cuidadores, en aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.
- Lograr la satisfacción y confianza en nuestros clientes a través de la aplicación de procesos asistenciales con calidad y protocolos estandarizados.

3.2.2 Modelo de planeación P.A.H.

Misión. Prestar asistencia médica y paramédica, bajo un programa que garantice la continuidad e integralidad del tratamiento, apoyado en la participación activa de la familia, con personal calificado y recurso apropiado, obteniendo la satisfacción de nuestros usuarios.

Visión. Ser líderes en la prestación de servicios de salud en el hogar, reconocidos por nuestra cultura de servicio con calidad, calidez y mejoramiento continuo, cuyo objetivo principal es el bienestar de nuestro cliente y su familia.

Valores.

- **Trabajo en equipo.** Servicio integral a los usuarios por medio de un grupo interdisciplinario.
- **Confianza.** Los procedimientos están regulados por normas universales de bioseguridad vigentes, insumos y medicamentos con controles de calidad.
- **Respeto.** Las actividades basadas en el respeto de los usuarios, sus valores, sus creencias, sus derechos y el cumplimiento de las responsabilidades mutuas.
- **Calidad en los servicios.** Procesos asistenciales con calidad, protocolos estandarizados y recursos humano calificado.

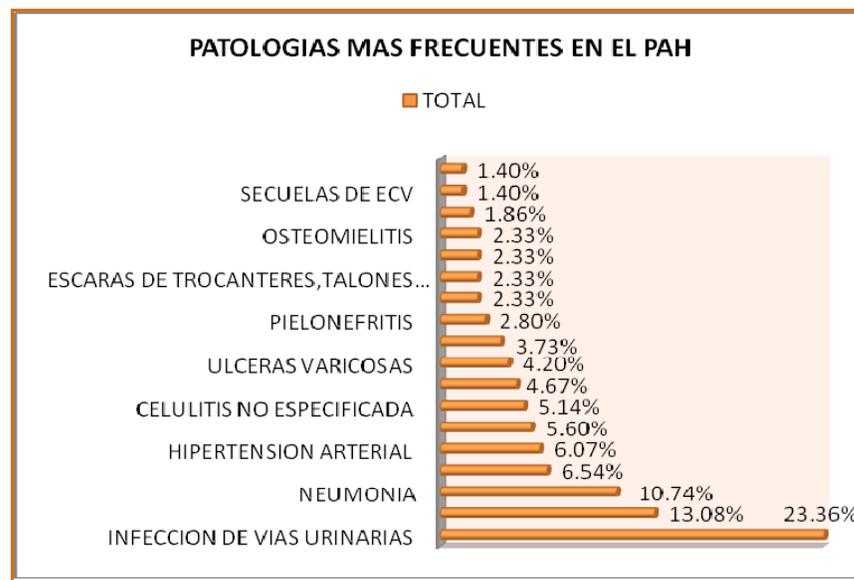
Además de tener en cuenta los valores del programa en la acción desarrollada, se hizo importante conocer la estructura del programa, en relación con los servicios

que presta, así como las patologías más frecuentes en el P.A.H, para tener una idea inicial de las características de la población en términos de salud.

Figura 3. Estructura del programa



Figura 4. Patologías más frecuentes en el P.A.H.



3.2.3 Procesos y procedimientos de trabajo en el PAH. Una vez incluido el usuario al programa, un aspecto fundamental a tener en cuenta es que la familia y el usuario estén de acuerdo con la dada de alta en la hospitalización y desee ser atendido en casa; la enfermera de hospitalización encargada del usuario informara telefónicamente a la coordinadora del PAH para autorizar los insumos y las visitas a realizar, se le informará al médico la nueva inclusión del usuario quien hará visita en su habitación una vez dado el previo consentimiento. El médico general –familiar valora el usuario, habiendo leído e identificado previamente el diagnóstico, con el tratamiento ordenado por el médico tratante durante la hospitalización. Ya autorizado el tratamiento endovenoso, subcutáneo o manejo de las heridas, la enfermera organiza los días y el horario para la atención en casa hasta la terminación del tratamiento o curación total de la herida, garantizando calidad en los insumos y el servicio; luego de terminado el tratamiento el médico hará de nuevo la valoración para dar la salida al paciente, del programa.

En el programa de atención en el hogar, o programa domiciliario como también se ha llamado, no existen unas funciones específicas establecidas para el (la) profesional en Trabajo Social. Aún así, teniendo en cuenta las actividades llevadas a cabo por las estudiantes en práctica anteriores y los conocimientos adquiridos en la academia se realizó una acción complementaria a los procesos de atención en salud a la población usuaria del P.A.H.

3.3 POBLACIÓN RECEPTORA Y PARTICIPANTE DEL ACCIONAR

La cobertura geográfica de servicios del Programa de Atención en el Hogar está comprendida a lo largo del área metropolitana de Bucaramanga, incluyendo los municipios de Girón, Piedecuesta y Floridablanca en cuyo espacio territorial se encuentran diversificadas las características socioeconómicas de la comunidad

usuaria de los servicios del programa. Específicamente el Programa de Atención en el hogar tiene como población objeto a:

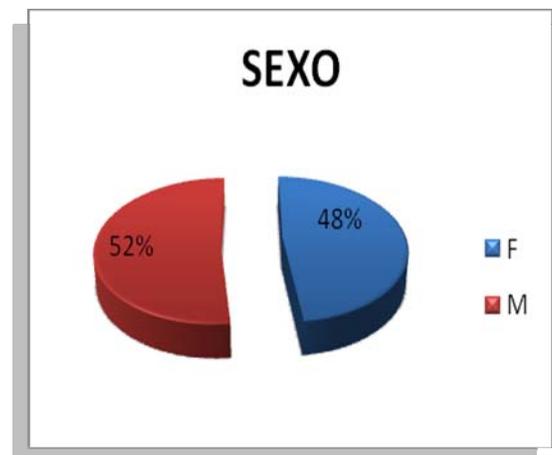
- Usuarios, familia y/o cuidadores
- Aseguradoras y empresas de salud: EPS, ARS, ARP, medicina prepagada y regímenes especiales.
- IPS (consulta externa, urgencias y hospitalización)

La población que se atiende también puede determinarse a partir de los servicios que se prestan:

- Atención a usuario crónico
- Atención a materna quirúrgica
- Atención a usuario quirúrgico
- Atención al usuario con antibiótico-terapia.

La caracterización realizada de la población usuaria con que se trabajó, tuvo como base el formato de ingreso al programa y permitió conocer los siguientes datos:

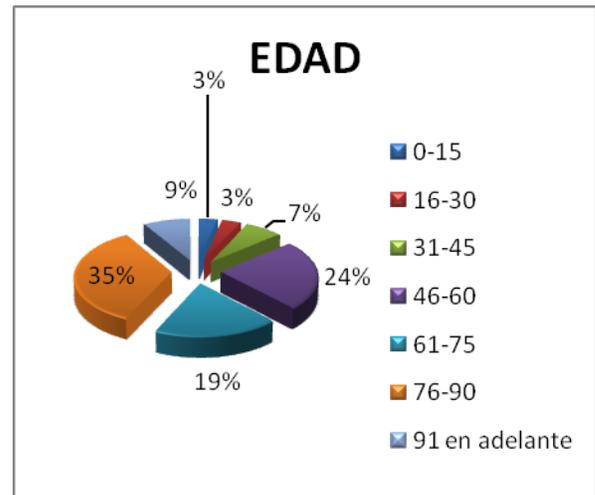
SEXO	F	%
FEMENINO	28	48.0
MASCULINO	30	52.0
TOTAL	58	100.0



Se observa que el sexo de la población con que se trabajó fue equitativo, encontrando un 48% femenino correspondiente a 28 personas y un 52%

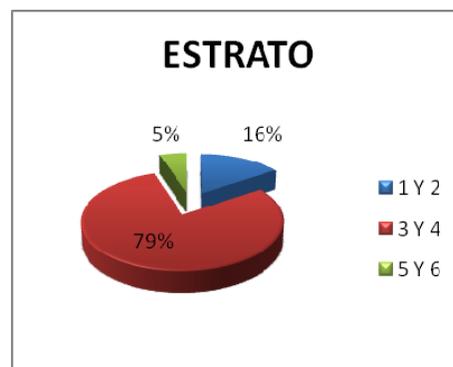
masculino correspondiente a 30 personas. Esto demuestra que la tendencia a adquirir enfermedades como las que son especificadas para la población que ingresó al programa durante el periodo de abril a agosto, no tiene relación con el sexo de la población.

EDAD	F	%
0-15	2	3.0
16-30	2	3.0
31-45	4	7.0
46-60	14	24.0
61-75	11	19.0
76-90	20	35.0
91 en adelante	5	9.0
TOTAL	58	100



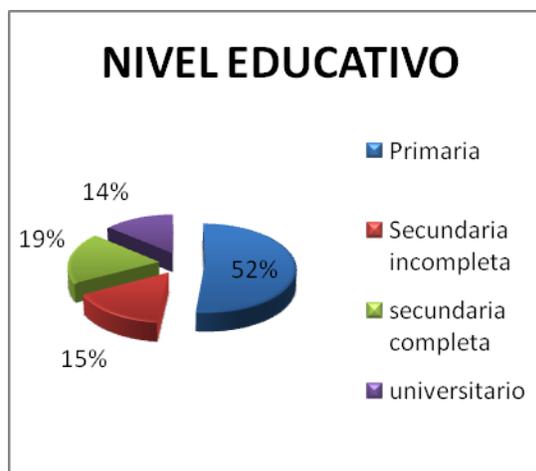
En cuanto a la edad de la población que participó directamente del programa de promoción y prevención; mente, cuerpo y vida sana, pero generalizada a la población que atiende directamente el P.A.H., se encuentra que la mayoría son personas entre 76 y 90 años con un porcentaje del 35%, seguido por un 24% correspondiente a personas entre 46 y 60 años; un 19% de personas entre 61 y 75 años; un 9% de personas mayores de 91 años, un 7% de personas entre los 31 y 45 años y un 3% para personas entre los 16 y 30 años, así como menores de 15 años. Se encuentra así que un grupo preponderante es el de adulto mayor, lo cual representa la importancia de influir por medio de la promoción y prevención en el mejoramiento de la salud de la población. Se evidencia también que la población que sobrepasa los 45 años es la población que más adquiere enfermedades de distinto tipo, reiterando la necesidad de influir desde muy temprana edad en la salud de la población, por medio de la educación en autocuidado y estilos de vida saludable.

ESTRATO	F	%
1 Y 2	9	16.0
3 Y 4	46	79.0
5 Y 6	3	5.0
TOTAL	58	100



Como se observa la mayoría de pacientes se encuentran en estrato 3 y 4, con un porcentaje del 79% correspondiente a 46 personas, le sigue un 16% de estrato 1 y 2 correspondiente a 9 personas; y el menor número de pacientes se encuentra en el estrato 5 y 6, con un 5%, correspondiente a 3 personas. Es claro que el trabajo se desarrolla en su mayoría con personas que tienen medicina prepagada, lo que significa un reto mayor para la profesión pues esta es población que tiene acceso a programas de salud a nivel de prevención y promoción, lo que implica un mayor trabajo de concienciación, para que éstos sean aprovechados. Además ésta es población que en su mayoría tiene conocimientos básicos con relación al cuidado de su salud, pero aún así experimentan las consecuencias de malos hábitos de vida, por tanto se exigen estrategias educativas y de comunicación de la información, más llamativas de manera que se generen reales impactos en la adopción de comportamientos saludables.

NIVEL EDUCATIVO	F	%
Primaria	30	52
Secundaria incompleta	9	15
secundaria completa	11	19
Universitario	8	14
TOTAL	58	100



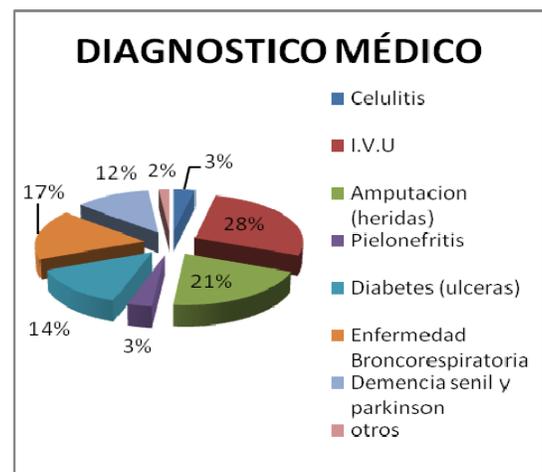
Se puede observar que el nivel educativo de la población usuaria no es tan alto a pesar de encontrarse en estratos no muy bajos, como se expone en la gráfica anterior. La mayoría de usuarios representada en un 52% y correspondiente a 30 personas tiene cursada la primaria; le sigue un 19% correspondiente a 11 personas que han cursado secundaria completa; un 15%, que corresponde a 9 personas que han cursado secundaria incompleta y un 14% como el menor porcentaje correspondiente a 8 personas que tienen estudios universitarios.

EMPRESA A QUE ESTA AFILIADO	F	%
Solsalud	7	12
Avanzar	15	26
Bavaria	1	2
Nueva eps	32	55
Colpatria	3	5
TOTAL	58	100



En relación con la EPS a que se encuentran afiliados los usuarios del programa, se encuentra que el mayor porcentaje se encuentra afiliado a la Nueva Eps, con un 55% correspondiente a 32 usuarios; seguida por un 26% afiliado a Avanzar, correspondiente a 15 personas, un 12% afiliados a Solsalud, un 5% a Colpatria y un 2% a Bavaria.

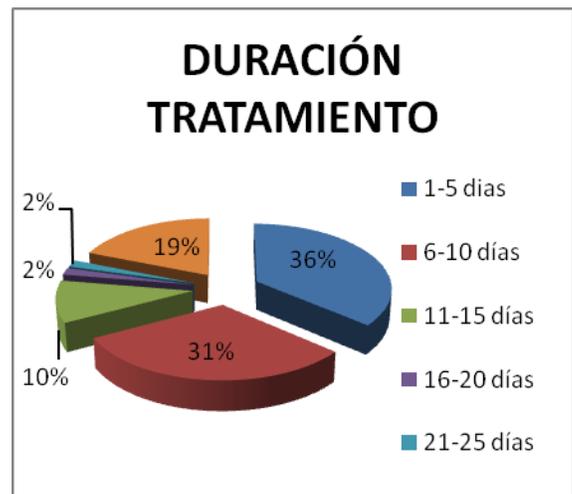
DIAGNOSTICO	F	%
Celulitis	2	3
I.V.U	16	28
Amputación (heridas)	12	21
Piel nefritis	2	3
Diabetes (ulceras)	8	14
Enfermedad Bronco respiratoria	10	17
Demencia senil y Parkinson	7	12
Otros	1	2
TOTAL	58	100



El diagnóstico más representativo en los usuarios que ingresaron al programa durante el periodo de intervención fue La Infección de las Vías Urinarias (I.V.U), con un 28% correspondiente a 16 personas; seguido por un 21% de usuarios con amputación o heridas varias, correspondiente a 12 personas. Le sigue un 17% de usuarios con enfermedades bronco – respiratorias, correspondiente a 10 personas. Se encuentra un 14% de usuarios con diabetes y úlceras que necesitan tanto tratamiento antibiótico como curaciones, un 13% de usuarios con demencia senil y parkinson, un 3% de usuarios que presentan celulitis o flebitis y un 2% con otro diagnóstico diferente, que en este caso corresponde a un usuario que presenta deficiencia del factor III en la sangre.

Conocer estos diagnósticos genera aportes importantes para el desarrollo de acciones que promuevan mejores condiciones de salud y hacer más específica la acción según las necesidades en salud de cada grupo poblacional. En este caso, permite conocer la situación de enfermedad del grupo de personas con que se trabaja para así complementar la acción realizada desde trabajo social con componentes a nivel biológico y físico que aporten a la mejoría de los usuarios.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	F	%
1-5 días	21	36
6-10 días	18	31
11-15 días	6	10
16-20 días	1	2
21-25 días	1	2
25 días en adelante	11	19
TOTAL	58	100



Finalmente se observa que la duración del Tratamiento es bastante reducida en la mayoría de los casos. Se encuentra que el 36% que corresponde a 21 usuarios tiene una duración del tratamiento de 1 a 5 días, seguido por un 31% de usuarios

que tienen entre 6 y 10 días de tratamiento. Un 19% tiene de 25 días en adelante como tiempo de tratamiento, que por lo general corresponde a personas que tienen úlceras severas y que hacen parte en algunos casos del grupo de pacientes crónicos. Le sigue un 10% de usuarios que tiene entre 11 y 15 días como duración del tratamiento y un 2% para dos variables que corresponden al tiempo de duración de tratamiento entre 16 y 20 días y 21 y 25 días. Conocer esto permite la consolidación de acciones que se apliquen a las condiciones de la población en el marco del programa.

4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

4.1 DIAGNÓSTICO INICIAL

El diagnóstico valoró la participación de los actores involucrados directamente en la dinámica del Programa de Atención en el Hogar PAH, es decir quienes conforman el equipo de trabajo, pues conocen por su experiencia la situación problemática y necesidades sentidas en dicha dinámica. Además fue vital contar con la participación de los usuarios del programa, aún cuando constituye población flotante, pues es desde la realidad vivida y percibida por ellos que se pueden construir propuestas que aporten a las verdaderas necesidades de la población sujeto-objeto.

Se contó con información tangible e intangible, por un lado a partir de estadísticas relacionadas con la situación y necesidades de los usuarios y por otro lado, a partir de visitas domiciliarias, entrevistas y conversaciones informales con los compañeros de trabajo (Jefe del programa, médico, docente asistencial de la UIS de enfermería y auxiliares de enfermería). El diagnóstico se alimentó del análisis de la coherencia entre lo que está planteado por escrito y lo que se puede observar en la realidad, por lo cual, es claro, que se han utilizado herramientas suficientes que pueden soportar un diagnóstico estratégico, en este caso resumido en la matriz DOFA.

De manera concreta las acciones y herramientas que contribuyeron a la recolección de información pertinente para el diagnóstico fueron:

- Entrevista no estructurada realizada al equipo de trabajo conformado por la Jefe del programa, el médico, la docente asistencial de enfermería de la UIS, y 4 auxiliares de enfermería.

En esta entrevista se investigó sobre el sentimiento de pertenencia hacia el programa, sobre las principales dificultades presentadas durante el tiempo de vinculación en el programa, las debilidades del mismo, percibidas a partir de la experiencia, y finalmente las recomendaciones y sugerencias para mejorar la acción desarrollada por el PAH. Cabe mencionar que dentro de las principales recomendaciones que hizo el personal médico y paramédico del programa con base en su experiencia, está la de apoyar la labor educativa sobre auto cuidado, higiene, alimentación, estilos de vida saludables entre otras, de acuerdo a su patología, en especial en aquellos usuarios con enfermedades crónicas.

- Visitas domiciliarias realizadas a los pacientes activos, donde se afianzaron relaciones interpersonales, y se logró interactuar no solo con el paciente sino también con el familiar encargado de su cuidado.

Estas visitas permitieron identificar que la mayoría recibe atención por parte de cuidadores familiares; es decir, hijos, hermanos, o la pareja, y en menor medida reciben atención por parte de enfermeras u otro tipo de personas que no corresponden a la familia. Se identificó a partir de estos sondeos de información que es necesario brindar educación en ciertos aspectos en los que no se trabaja desde el área de salud, como por ejemplo, auto cuidado, estilos de vida saludable, autoestima, motivación, manejo del estrés etc. siendo por lo tanto labor de Trabajo Social, intervenir por medio de la educación a las familias y en la medida de lo posible a los pacientes, para fortalecer la labor del médico y los paramédicos y que estos pacientes y sus familias alcancen mayores niveles de vida.

- Sondeos de información informales con los miembros del equipo del PAH, para conocer acerca de las necesidades más apremiantes del programa y las dificultades presentadas para suplirlas.

Específicamente con la Jefe del programa se identificó la necesidad de trabajar con el equipo P.A.H., en el fortalecimiento de la dinámica grupal, para que los procesos que se emprendan con cada paciente generen en realidad un impacto y que ese impacto se direccionen de dos maneras: una relacionada con la mejoría física de los pacientes y otra con el trato con los mismos.

- Participación en algunos recorridos con los auxiliares del programa, donde por medio de la observación participante se detectaron algunas debilidades y también aspectos positivos a fortalecer.
- Revisión de información estadística arrojada a partir de una encuesta realizada por la anterior estudiante en práctica, a los cuidadores y/o familiares.

Esta información reveló que en su mayoría son mujeres las que desempeñan este rol, de las cuales el 70% está en edades comprendidas entre los 35 y 45 años. Se encontró además que el 30% de ellas son casadas, el 30% son viudas y el 20% son solteras, seguidas de un 10% de mujeres que viven en unión libre y son separadas. El 50% de esta población se desempeñan como cuidadores familiares y el otro 50% como cuidadores principales; de alguna forma han tenido experiencia en cuidar familiares.

El 70% de estas personas manifiestan que su rol de cuidadores afecta el desarrollo normal de sus actividades diarias mientras que el 30% restante no. Este porcentaje muestra la necesidad de trabajar con el cuidador principal también en lo que tiene que ver con su salud mental, para que no se deteriore la calidad de vida del mismo ni del paciente en cuestión. Además dentro de las principales observaciones y sugerencias que hicieron los cuidadores es la de apoyar más la labor educativa.

- Revisión y lectura de documentos que aportaron conocimiento relacionado con la atención domiciliaria, y las características de la población que se atiende desde este tipo de programas.
- Revisión de los informes anteriores donde se encontró información frente a importantes procesos de acción desarrollados.

De igual forma, cabe mencionar que el P.A.H. es un programa que promueve servicios de salud en el hogar con el fin de restablecer o mantener el máximo nivel de salud, confort y funcionalidad, incluyendo cuidados tendientes a promover una mayor calidad de vida a usuarios con enfermedad terminal de tal manera que tengan una muerte digna. Su misión se traduce en la prestación de asistencia médica y paramédica, garantizando la continuidad e integralidad del tratamiento, apoyado en la participación activa de la familia, con personal calificado y recurso apropiado, obteniendo la satisfacción de nuestros usuarios.

De esta manera, la visión establecida por el programa “Ser líderes en la prestación de servicios de salud en el hogar, reconocidos por nuestra cultura de servicio con calidad, calidez y mejoramiento continuo, cuyo objetivo principal es el bienestar de nuestro cliente y su familia”; queda reflejada en las acciones concretas que se vienen desarrollando desde la prestación de los servicios que ofrece el programa y en relación con el objetivo de bienestar para la familia, se aportó desde Trabajo Social, al intervenir en la educación de cuidadores y red familiar primaria de los pacientes.

Para desarrollar una acción que realmente genere respuestas ante una situación problema o necesidades insatisfechas se ha retomado el modelo de diagnóstico y planeación estratégico, por medio de la matriz DOFA (ver cuadro 2) que permite hacer un análisis de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas presentes en el contexto de acción.

4.2 DIAGNOSTICO ESTRATÉGICO

Tabla 2. Matriz D.O.F.A.

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<p>1. Ley 100 de 1993</p> <p>2. Resolución 5261 de 1994: Art. 8 (asistencia domiciliaria) y Art. 33; Resolución 1043 de 2006; Resolución 2680 de 2007.</p> <p>3. Resolución 412 de 2000 para promoción y prevención.</p> <p>4. Interés de la comunidad y las familias en los programas de Promoción y Prevención.</p> <p>5. La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa-(Carta de Ottawa)</p> <p>6. Posicionamiento de la FOSCAL en el área Departamental, Nacional e internacional.</p> <p>7. Manual de derechos y deberes de los usuarios y trabajadores.</p> <p>8. Nivel de satisfacción de los usuarios por la calidad de los servicios prestados a través del PAH.</p> <p>9. Proceso de certificación de la FOSCAL.</p>	<p>1. La mayoría de las redes familiares, presentan dificultad relacionada con el tiempo, para reunirse con el usuario del programa, es decir, su familiar. El tiempo libre es por lo general los domingos.</p> <p>2. Dificultad por parte de los pacientes con enfermedad crónica, para participar de actividades que se puedan programar, por incapacidades motoras.</p> <p>4. La ausencia de formación específica de Trabajo Social en Atención Primaria en Salud (formación pensum Universidad Industrial de Santander</p> <p>5. Desconocimiento de los usuarios, frente a los cuidados físicos y mentales que deben tener para prevenir enfermedades, no empeorar las existentes, y propiciar mejores condiciones de vida.</p> <p>6. El estrés, la frustración, la preocupación y la zozobra de la mayoría de los usuarios, influye en el proceso salud – enfermedad.</p>

FORTALEZAS	ESTRATEGIAS (FO)	ESTRATEGIAS (FA)
<p>1. Compromiso del equipo de trabajo con el programa.</p> <p>2. Recurso humano calificado y equipo interdisciplinario (médico, Enfermera Jefe, auxiliares de Enfermería, Estudiante de práctica de Trabajo Social).</p> <p>3. Atención integral y humanizada en los servicios de enfermería domiciliarios.</p> <p>4. Convenios institucionales con la UIS y la FOSCAL, que apoyan el desarrollo de actividades con estudiantes de último nivel de Trabajo Social y Enfermería.</p> <p>5. Disponibilidad de recursos de papelería para actividades educativas.</p> <p>6. Apoyo en el acceso a la información y materiales requeridos.</p> <p>7. Clima laboral que favorece y posibilita el trabajo.</p>	<p>1. Fortalecimiento de los servicios que ofrece el PAH, mediante un trabajo coordinado y la existencia de una estudiante en práctica de Trabajo Social, enfocando la labor hacia el área psico social de los usuarios, y haciendo énfasis en la promoción, prevención, rehabilitación y asistencia. (F4, F5, F6, F8, F9, F10)</p> <p>2. Realización de actividades de prevención y promoción por medio de grupos focales con el equipo de trabajo. (F1, F2, F4, F9, O4, O5)</p> <p>3. Realización de encuentros de socialización interdisciplinaria frente a la labor realizada y desarrollo de temas que favorezcan el cumplimiento eficiente de las metas. (F1, F4, F7, O7, O8, O9)</p>	<p>4. Diseño e implementación de un programa educativo de promoción (Incidir en determinantes; cambios en condiciones de vida, estilos de vida saludable), y prevención a población en riesgo, población enferma y población con enfermedad crónica, según lo requieran los usuarios que hagan parte del programa y sus cuidadores; teniendo en cuenta que la prevención busca disminuir los factores de riesgo y enfermedad. (F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, A4, A5, A6)</p>

<p>8. Existencia de computadores para trabajar y mantener la información actualizada.</p> <p>9. El campo de acción está inscrito en el marco de la atención primaria lo que permite un alcance amplio pues se da en el sentido promocional, preventivo, asistencial y rehabilitador.</p> <p>10. Prestación de los siguientes servicios: atención a maternas quirúrgicas, suministro de tratamiento antibiótico, realización de curaciones, atención de pacientes crónicos.</p>		
--	--	--

DEBILIDADES	ESTRATEGIAS (DO)	ESTRATEGIAS (DA)
<p>1. Inexistencia de estrategias de comunicación e información que generen impacto y que den a conocer al personal FOSCAL toda la información del PAH.</p> <p>2. Inexistencia de profesional en Trabajo Social de planta, que apoye el proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.</p> <p>3. Los usuarios constituyen población flotante, por lo cual las acciones no podrían consolidarse en un proceso, sino más bien en un programa, que trabaje con la población mientras sea atendida por el programa.</p> <p>4. El programa carece de atención psicosocial para usuarios y cuidadores en todos los servicios que se prestan.</p> <p>5. El programa presenta debilidad en la prestación del servicio de atención a materna quirúrgica.</p> <p>6. Falta de implementación del formato de seguimiento telefónico diario a usuarios activos.</p> <p>7. No existen indicadores de evaluación de la prestación de servicios por parte del PAH, con usuarios que terminan el tratamiento.</p>	<p>5. Implementación de estrategias de divulgación, información y comunicación para el personal interno de la FOSCAL, acerca de los servicios que presta el PAH. (D1, D2, O3, O6, O7, O8)</p> <p>6. Creación del perfil de Trabajo Social en el Programa de Atención en el Hogar. (D2,D3, D4, D5, D6, D7,D8, D9, O1, O2, O3, O4)</p> <p>7. Implementación de un programa educativo dirigido a maternas quirúrgicas, después de cumplidas 24 horas de egreso, para fortalecer la relación madre-hijo y mostrar el efecto del desarrollo cognoscitivo en la salud, comportamientos saludables y relaciones interpersonales que se establezcan en la edad adulta. (D3, D4, D5, O6, O7, O8, O9)</p> <p>8. Modificación e implementación del formato de seguimiento telefónico diario a usuarios activos. (D2, D6, O7, O9).</p> <p>9. Modificación e implementación del formato de evaluación del PAH con todos los usuarios que terminan el tratamiento. (D2, D7, O6, O7, O8)</p>	<p>10. Realización de visitas familiares a padres, madres, hijos (as), hermanos (as) de usuarios del programa, en especial quienes tienen enfermedad crónica. (D4, D1)</p>

4.2.1 Análisis de la matriz DOFA.

Lectura de oportunidades y fortalezas. La FOSCAL, desde la división clínica desarrolla el PAH, Programa de Atención en el Hogar, recurso por el que se provee asistencia médica y psicológica continuada al paciente, para la resolución en el domicilio de los problemas de salud, que por su situación de incapacidad física no puede desplazarse a un centro de salud, entendiendo que “el nivel de complejidad de los problemas a resolver no requiere la hospitalización ni la institucionalización del paciente”.⁵⁵

Dentro de los servicios que presta el programa está la atención a maternas quirúrgicas, las curaciones, la administración de tratamiento endovenoso, y la atención a pacientes crónicos. Estos servicios se prestan de manera provisional, es decir, durante el tiempo que dure el tratamiento, o dependiendo de las curaciones autorizadas para cada paciente. En el caso de las maternas quirúrgicas se busca hacer un chequeo médico de la herida, 24 horas después que egresa de la institución y con los pacientes crónicos, se realizan chequeos médicos una vez al mes.

Una de las mayores fortalezas con que cuenta el programa es el compromiso, dedicación y calidad humana del equipo interdisciplinario, manifestado no solo en las acciones y trabajo realizado, sino también en la satisfacción de los usuarios con el trabajo y servicio prestado. A su vez, el equipo interdisciplinario constituye capital humano calificado, conformado por medicina, enfermería, y desde hace 3 semestres, por practicantes de Trabajo Social. Esto permite que la mirada a los problemas de salud, sea multidimensional y permita atender las necesidades de manera más oportuna y fortalecer las oportunidades que se presentan.

De igual forma, desde el equipo de trabajo se muestra el interés porque desde Trabajo Social se formule una propuesta educativa, enfocada a trabajar desde

⁵⁵ ARNEDO, Ferrer. Modelos de organización de la atención domiciliaria. España, 2004. P47.

las competencias de la profesión es decir, desde el fortalecimiento de las capacidades individuales y de la red familiar para afrontar la situación de salud que se vive en determinado momento, buscando mejorar la calidad de vida de los usuarios.

Otro de los aspectos a tener en cuenta es que existe el material de papelería disponible para la realización de actividades educativas, aún cuando la cantidad es moderada. También se hace posible el acceso a la información necesaria para la orientación de la práctica tanto desde el programa, como desde el departamento de estadística de la Foscal.

La Jefe coordinadora del programa representa también una fortaleza grande, pues orienta de manera oportuna el proceso de práctica, a partir de la experiencia que tiene con el programa y el conocimiento que tiene de la dinámica de trabajo y de las necesidades de los usuarios.

El proceso de certificación de la Foscal, apoyando la implementación del sistema de gestión de calidad de la institución, es también una oportunidad de gran impacto pues permite el mejoramiento continuo de la prestación de servicios y por tanto aporta en el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población usuaria. Trabajo Social desde este proceso aporta en la implementación de estrategias que permiten mejorar la atención y hacer que el programa avance hacia la construcción de mejores formas de accionar.

Lectura de debilidades y amenazas. La Foscal, como institución reconocida a nivel Departamental y Nacional, aún no ha dado a conocer el Programa de Atención en el Hogar a nivel de los servicios y programas importantes que presta la institución, es decir por medio de estrategias comunicativas que generen impacto; siendo éste un factor necesario para la evolución y crecimiento del mismo. Por ésto se encuentra la necesidad de implementar una estrategia llamativa que impacte inicialmente a nivel interno y

posteriormente a nivel externo; es decir, con los usuarios que reciben atención de la institución.

De igual forma, el Programa de Atención en el Hogar no está cumpliendo a cabalidad con el objetivo establecido para la atención a maternas quirúrgicas y tampoco se tiene pensado el apoyo y educación en lo que tiene que ver con la importancia de la relación madre-hijo, la necesidad de prestar atención al primer ciclo de vida de los seres humanos, entre otros factores influyentes en el desarrollo tanto de las madres como de los hijos. Se refleja entonces la necesidad de aportar en el restablecimiento de este programa, apoyando también desde el campo de Trabajo Social, para permitir una atención integral de las necesidades de las madres y sus hijos.

La acción de Trabajo Social en lo que tiene que ver con la relación madre-hijo, es relevante en la medida que se asume a la familia, como el primer contexto en que el individuo asume patrones, creencias, reglas, roles, donde recibe afecto, forma sus primeros lazos de cariño, y en definitiva, determina su desarrollo. “Durante la etapa prenatal y la infancia se sientan bases importantes para la salud en la edad adulta. Un crecimiento deficiente y la falta de apoyo emocional durante este periodo aumentan el riesgo de por vida de tener una mala salud física y reducen el funcionamiento físico, cognoscitivo y emocional en años posteriores”⁵⁶.

Por otro lado, los pacientes que reciben atención en curaciones o tratamiento antibiótico no reciben por parte del P.A.H atención en materia psicosocial, ni se tienen en cuenta aspectos de tipo educativo en relación con la importancia de las redes sociales, familiares, la autoestima, el manejo del estrés, la motivación, estilos de vida saludable y auto cuidado. Se plantea la relevancia de trabajar estos temas, pues la población, independientemente de la patología que presente, se encuentra inmersa en un sistema social, lo que implica que

⁵⁶ WILKINSON Richard y MARMOT, Michael. Determinantes sociales de la salud: hechos irrefutables. P 12.

recibe un impacto directo o indirecto de dicho sistema, generando así afectaciones a la salud.

En el caso de los pacientes con enfermedades crónicas resulta de gran importancia el apoyo emocional y psicológico, tanto al paciente, en la medida de lo posible, como a su red familiar, especialmente al cuidador principal, que genera una serie de alteraciones por la situación presentada y los cambios sufridos en la vida cotidiana. Por lo mismo, se plantea la posibilidad de desarrollar unos módulos de talleres, por medio de grupos focales, para intercambiar experiencias y apoyar a los cuidadores en el proceso que están experimentando, más aún reconociendo que en el cuidado domiciliario la familia juega un rol esencial. Es sabido que la participación de la familia en el cuidado del enfermo es fundamental, especialmente en el periodo de recuperación y convalecencia pero también que sufren una serie de alteraciones en su salud física y mental por asumir esta responsabilidad.

De igual forma se ha demostrado que se debe dedicar cerca de un 50% del tiempo a enseñar y cuidar a la familia. Durante la fase de final de la vida, la familia tiene que tener la seguridad de que su familiar no está sufriendo, precisar pautas de comunicación hasta el último momento y que se facilite la despedida.

Es importante resaltar que los usuarios de manera general desconocen acerca de los cuidados no solo físicos, sino también a nivel mental, que deben tener para prevenir alteraciones o complicaciones de salud, aspecto que más que una amenaza, podría convertirse en una fortaleza pues abre un campo importante a la labor educativa de Trabajo Social, para desarrollar acciones que generen verdadero impacto.

Finalmente, cabe mencionar que en el anterior proceso de práctica, se propuso realizar el seguimiento telefónico a usuarios activos del PAH, pero no pudo ser implementado por dificultades de tiempo. La implementación de este formato

es de suma importancia pues se debe intentar contribuir al cumplimiento del objetivo de calidad que se plantea desde la FOSCAL, como una de las políticas fundamentales de la institución, teniendo en cuenta también el proceso de certificación que se está experimentando en la actualidad. En este mismo interés es importante realizar la evaluación de la prestación de servicios del PAH al finalizar el proceso con cada paciente, teniendo en cuenta la importancia de mejorar la atención y hacer de los servicios procesos con calidad y calidez.

4.2.2 Evaluación y priorización de Estrategias. La siguiente matriz de priorización de estrategias, evalúa a partir de una serie de criterios, la viabilidad de cada una de las acciones planteadas. Por cada criterio se asignará a cada estrategia una puntuación de 1 a 5, significando 1 la menor puntuación (menor favorabilidad) y 5 la mayor (mayor favorabilidad).

Tabla 3. Matriz de priorización de estrategias

Criterios de selección	Impacto	Proba- bilidad de logro	Presu- puesto⁵⁷	Factibilidad para desarrollar esta alternativa⁵⁸	Relación costo/bene- ficio.	Result ado
Estrategias						
1. Fortalecimiento de los servicios que ofrece el PAH, mediante un trabajo coordinado y enfocando la labor hacia el área psico social de los usuarios, y haciendo énfasis en la promoción, prevención, rehabilitación y asistencia.	5	4	4	4	4	21
2. Realización de actividades de prevención y promoción por medio de grupos focales con el equipo de trabajo. (F1, F2, F4, F9, O4, O5)	4	2	4	2	4	16

⁵⁷ 1; requeriría una inversión alta y 5; requeriría una inversión mínima.

⁵⁸ Factibilidad en términos de tiempo y recursos humanos.

Continuación Tabla 3. Matriz de priorización de estrategias

Criterios de selección	Impacto	Proba- bilidad de logro	Presu- puesto	Factibilidad para desarrollar esta alternativa	Relación costo/bene- ficio.	Result ado
Estrategias						
3. Realización de encuentros de Socialización interdisciplinaria con el equipo de trabajo frente a la labor realizada y desarrollo de temas que favorezcan el cumplimiento eficiente de las metas.	5	4	4	5	5	23
4. Diseño e implementación de un programa educativo de promoción (Incidir en determinantes; cambios en condiciones de vida, estilos de vida saludable), y prevención a con población en riesgo, población enferma y población con enfermedad crónica, según lo requieran los usuarios que hagan parte del programa y sus cuidadores; teniendo en cuenta que la prevención busca disminuir los factores de riesgo y enfermedad.	5	4	4	4	5	22
5. Implementación de estrategias de divulgación, información y comunicación para el personal interno de la FOSCAL, acerca de los servicios que presta el PAH.	5	4	4	4	5	22
6. Creación del perfil de Trabajo Social en el Programa de Atención en el Hogar.	5	3	2	2	5	17

Continuación Tabla 3. Matriz de priorización de estrategias

Criterios de selección	Impacto	Proba- bilidad de logro	Presu- puesto	Factibilidad para desarrollar esta alternativa	Relación costo/bene- ficio.	Result ado
Estrategias						
7. Diseño e implementación de un programa educativo dirigido a maternas quirúrgicas, después de cumplidas 24 horas de egreso, para fortalecer la relación madre-hijo y mostrar el efecto del desarrollo cognoscitivo en la salud, comportamientos saludables y relaciones interpersonales que se establezcan en la edad adulta.	5	4	4	5	5	23
8. Modificación e implementación del formato de seguimiento telefónico diario a usuarios activos.	5	5	5	4	4	23
9. Modificación e implementación del formato de evaluación del PAH con todos los usuarios que terminan el tratamiento.	5	5	5	4	4	23
10. Realización de visitas familiares a padres, madres, hijos (as), hermanos (as) de usuarios del programa, en especial quienes tienen enfermedad crónica.	4	3	3	3	4	17

A partir de la priorización de estrategias, resultó pertinente asumir como alternativas para el proceso de acción profesional, teniendo en cuenta las limitaciones de tiempo y recursos y el propósito de apoyar el trabajo llevado a cabo por el programa desde un enfoque psico-social, las siguientes estrategias (ver Tabla 4).

Tabla 4. Estrategias priorizadas

1. Diseño e implementación de un programa educativo dirigido a maternas quirúrgicas, para fortalecer la relación madre-hijo y mostrar el efecto del desarrollo cognoscitivo en la salud, comportamientos saludables y relaciones interpersonales que se establezcan en la edad adulta.
2. Diseño e implementación de un programa educativo de promoción (Incidir en determinantes; cambios en condiciones de vida, estilos de vida saludable) y prevención a con población en riesgo, población enferma y población con enfermedad crónica, según lo requieran los usuarios que hagan parte del programa y sus cuidadores, teniendo en cuenta que la prevención busca disminuir los factores de riesgo y enfermedad.
3. Implementación de estrategias de divulgación, información y comunicación para el personal interno de la FOSCAL, acerca de los servicios que presta el PAH.
4. Modificación e implementación del formato de seguimiento telefónico diario a usuarios activos.
5. Modificación e implementación del formato de evaluación del PAH con todos los usuarios que terminan el tratamiento.
6. Realización de encuentros de socialización interdisciplinaria con el equipo de trabajo frente a la labor realizada y desarrollo de temas que favorezcan el cumplimiento eficiente de las metas.
7. Socialización de los derechos y deberes de los usuarios con base en el formato formal impartido por la FOSCAL, a los pacientes vinculados al Programa de Asistencia en el Hogar.

4.3 ACCIÓN PROFESIONAL

4.3.1 Justificación. Desde hace algún tiempo se observa una tendencia a la potenciación de los programas de asistencia a domicilio, pero solo algunos centros hospitalarios tienen planificada la atención especializada en casa. El Programa de Asistencia en el Hogar P.A.H., como uno de los servicios ofrecidos por la FOSCAL, constituye una base no solo para la contribución al mejoramiento de la calidad de vida de la población usuaria de la Institución, sino también funciona como un escenario ideal para la acción profesional de Trabajo Social en su propósito de aportar en los procesos de salud-enfermedad de la población.

“La salud es básicamente una estructura social: se crea a través de la interrelación entre la gente y sus entornos en el proceso de la vida diaria: donde la gente vive, ama, aprende, trabaja y juega.”⁵⁹ Se entiende así la salud y el ser humano como un sistema, influido por su entorno en todo el sentido de la palabra, en el que no solo basta con la atención a nivel físico o desde un solo enfoque, sino que requiere cuidado integral. Así, Trabajo Social en el P.A.H., juega un papel fundamental aportando la interdisciplinariedad necesaria para que los procesos sean realmente efectivos.

Desde la acción específica de Trabajo Social en el Programa se puede aportar en la disminución de las enfermedades a nivel físico y mental, a través del papel esencial de la educación para la salud, reafirmado desde la declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de la Salud (1978) y la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (Ottawa 1986) y por supuesto al reconocer que no solo quien es más pobre está más propenso a sufrir la enfermedad, sino quien no posee la suficiente información y conciencia para cuidarse, y cuidar su entorno (familia, amigos, contexto).

⁵⁹ KICKBUSCH, Ilona Promoción de la Salud a través de la Educación de Adultos. Confintea. Hamburgo, 1997. EN: BELANGER. Paul. UNESCO. Promoción de la salud y educación de adultos para la salud. Confintea. Hamburgo, 1997. P.7.

Por ésto, Trabajo Social tiene gran incidencia en temáticas como la promoción y prevención, y no solo desde el área de la educación, sino desde su rol de asesor, promotor, investigador, coordinador, planificador y evaluador.

Las acciones específicas desarrolladas en el P.A.H, responden a varios de los roles que han sido asignados a Trabajo Social en Salud, y aportan en la construcción o reconstrucción de escenarios innovadores y necesarios para hacer de la atención en salud, un proceso integral, que reconozca al paciente como un sujeto de acción y logre afectar de manera positiva su vida, su entorno, así como posibilite la satisfacción de algunas de sus necesidades humanas.

4.3.2 Objetivos del proceso de práctica.

Objetivo General. Apoyar el funcionamiento de los servicios del PAH y la eficiencia en la prestación de los mismos, a partir del fomento de escenarios educativos de promoción y prevención para la población usuaria del programa y sus cuidadores, así como de estrategias evaluativas, que propicien el desarrollo de acciones y actitudes favorables a la salud y de igual manera, que permitan una labor integral dentro del propósito de mejorar la calidad de vida de los usuarios.

Objetivos Estratégicos.

- Fortalecer el servicio de atención a maternas quirúrgicas a partir de la creación de un programa educativo que fortalezca la relación madre-hijo, el desarrollo cognoscitivo de la madre y el hijo, en beneficio de la salud.
- Promover la educación en materia de promoción (Incidir en determinantes, cambios en condiciones de vida) y prevención (disminuir los factores de riesgo y enfermedad), con la población usuaria del PAH y sus cuidadores.

- Contribuir en el proceso de certificación de la Foscal, a partir del cumplimiento de la política de calidad del programa domiciliario, propiciando la atención encaminada a generar mayor calidad de vida, así como mayor conocimiento a nivel interno de la institución, sobre los servicios que presta el programa.

4.4 MATRIZ DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL PROCESO DE PRÁCTICA

Tabla 5. Matriz de planeación estratégica

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: Fortalecer el servicio de atención a maternas quirúrgicas a partir de la creación de un programa educativo que fortalezca la relación madre-hijo, el desarrollo cognoscitivo de la madre y el hijo, en beneficio de la salud.				
ESTRATEGIA: Diseño e implementación de un programa educativo dirigido a maternas quirúrgicas, para fortalecer la relación madre-hijo y mostrar el efecto del desarrollo cognoscitivo en la salud, comportamientos saludables y relaciones interpersonales que se establezcan en la edad adulta.				
ACCIONES ESTRATÉGICAS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES	RESPONSABLES
1. Socialización del programa educativo dirigido a maternas quirúrgicas, con el personal encargado en los pisos de hospitalización de maternas.	Elaboración de un formato de información del programa educativo a maternas quirúrgicas y socialización del mismo en los pisos donde éstas se internan.	Elaborar un (1) formato de información del plan y lograr en un 100% la socialización del programa en los pisos que lo requieran, al 10 de junio.	Formato de información del programa elaborado. Número de personas a quienes se socializó el plan/Total de personas a quienes se tenía que hacer la socialización.	Practicante de Trabajo Social-Mery Ballesteros C.
2. Ejecución del programa educativo con las maternas quirúrgicas.	Realización visita intra hospitalaria de presentación a las maternas quirúrgicas que cumplan con los requisitos para entrar al programa, para socializar información sobre el P.A.H. y sobre el programa educativo. Organización de la	Realizar la visita intra hospitalaria de socialización al 80% de maternas quirúrgicas que ingresen al programa, durante junio y julio. Elaborar un documento con el 100% del contenido necesario para trabajar en la charla educativa para el 10 de junio de 2009. Realizar la visita y charla educativa al	Número de visitas intra hospitalarias de presentación realizadas/número de maternas quirúrgicas que ingresan al programa. Documento elaborado.	Practicante de Trabajo Social-Mery Ballesteros C.

	<p>información para trabajar en la charla educativa y elaboración de un documento con la misma.</p> <p>Realización de visita en el hogar a cada materna incluida en el programa, con la respectiva charla educativa preparada.</p> <p>Entrega de un folleto que contenga la información básica trabajada durante la charla.</p>	<p>100% de las maternas quirúrgicas que entren al programa durante junio y julio.</p> <p>Folleto elaborado con el 80% de la información trabajada en la charla al 10 de junio de 2009.</p>	<p>Número de visitas y charlas educativas realizadas/Numero de maternas quirúrgicas que ingresen al programa.</p> <p>Número de folletos entregados a las maternas quirúrgicas/número de maternas quirúrgicas que ingresen al programa</p>	
--	---	--	---	--

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: Promover la educación en materia de promoción (Incidir en determinantes, cambios en condiciones de vida) y prevención (disminuir los factores de riesgo y enfermedad) con la población usuaria del PAH y sus cuidadores.

ESTRATEGIA: Diseño e implementación de un programa educativo de promoción y prevención a nivel primario, secundario y terciario, según lo requieran los usuarios que hagan parte del programa y sus cuidadores. **PROGRAMA: MENTE, CUERPO Y VIDA SANA**

ACCIONES ESTRATÉGICAS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES	RESPONSABLES
1. Realización visita de presentación intra hospitalaria, a los usuarios que vayan a vincularse al programa, sobre el PAH y la labor a realizar desde Trabajo Social.	Realización de una visita intra hospitalaria a los pacientes que ingresarán en el programa para socializar la información relevante del PAH y del programa educativo.	Realizar la socialización al 80% de los usuarios que entren al programa durante junio y julio de 2009.	Número de visitas intra hospitalarias realizadas/Total de ingresos al PAH durante junio y julio de 2009	Practicante de Trabajo Social- Mery Ballesteros C.
2. Diseño y desarrollo de 3 módulos temáticos a trabajar con los pacientes de tratamiento endovenoso y curaciones y sus cuidadores por medio de las visitas domiciliarias.	Diligenciamiento de formato de ingreso al programa por parte de Trabajo Social donde se establezca la fecha de realización de cada módulo. Organización de la información para trabajar en las charlas educativas y elaboración de un	Diligenciar el formato de ingreso al programa al 100% de los usuarios con quienes se implementen los módulos. Elaborar los documentos necesarios con el 100% del contenido oportuno para trabajar en la(s) charla(s) educativa(s) para el 10 de junio de 2009. Al 30 de julio se deben haber realizado el 70% de las charlas educativas programadas, según los pacientes que se vayan	Número de formatos diligenciados/Número de usuarios vinculados al PAH con quienes se desarrollaron los módulos. Documentos elaborados.	Practicante de Trabajo Social- Mery Ballesteros C.

	<p>documento con la misma.</p> <p>Realización de visita en el hogar a cada paciente con la respectiva charla educativa preparada.</p> <p>Diseño y entrega de un folleto que contenga la información básica trabajada durante la charla educativa.</p>	<p>vinculando al Programa.</p> <p>Folleto elaborado con el 70% de la información trabajada en la charla.</p>	<p>Número de charlas educativas realizadas en casa/Numero de pacientes que ingresen al programa.</p> <p>Número de folletos entregados a los usuarios del PAH/número de usuarios visitados para realizar la charla.</p>	
<p>3. Diseño e implementación de 4 módulos a trabajar en grupos focales con los cuidadores de los pacientes crónicos vinculados al P.A.H., enfocados a promocionar los estilos de vida saludable.</p>	<p>Convocatoria a los cuidadores para que participen de los grupos focales.</p> <p>Selección y preparación de los temas y dinámicas a trabajar en cada módulo de trabajo en los grupos focales.</p> <p>Desarrollo de los grupos focales.</p> <p>Entrega de un folleto que contenga la información básica de cada módulo</p>	<p>Realizar la convocatoria vía telefónica al 100% de los cuidadores de los pacientes crónicos que conforman el programa al 15 de junio.</p> <p>Al 15 de junio se habrán seleccionado los temas a trabajar.</p> <p>Al 31 de julio se habrán realizado 4 grupos focales con los cuidadores de los pacientes crónicos.</p> <p>4 folletos elaborados con el 70% de la información trabajada en cada grupo focal.</p>	<p>Número de llamadas realizadas/número total de cuidadores</p> <p>Número de módulos diseñados/número de módulos esperados por diseñar.</p> <p>Número de grupos focales realizados/número de grupos focales programados</p> <p>Número de folletos entregados/número de grupos focales realizados</p>	<p>Practicante de Trabajo Social- Mery Ballesteros C.</p>

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: Contribuir en el proceso de certificación de la Foscal, a partir del cumplimiento de la política de calidad del programa domiciliario, propiciando de esta manera la atención encaminada a generar mayor calidad de vida, así como mayor conocimiento a nivel interno de la institución, sobre los servicios que presta el programa.

ESTRATEGIA 1: Realización de encuentros de retroalimentación con el equipo de trabajo frente a la labor realizada y desarrollo de temas que favorezcan el cumplimiento eficiente de las metas.

ACCIONES ESTRATÉGICAS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES	RESPONSABLES
1. Diseño e implementación de los módulos de talleres a trabajar en los grupos focales con los integrantes del equipo de trabajo del PAH. (grupos primarios)	<p>Selección y preparación de los posibles temas y dinámicas a trabajar en cada módulo de trabajo en los grupos focales.</p> <p>Desarrollo de los grupos focales. (grupos primarios)</p> <p>Entrega de un folleto que contenga la información básica de cada tema tratado en cada grupo focal.</p>	<p>Al 30 de mayo se habrán seleccionado las tentativas de temas a trabajar.</p> <p>Al 24 de julio se habrán realizado 4 grupos focales con los integrantes del programa.</p> <p>Folleto elaborado con el 60% de la información trabajada durante los grupos primarios.</p>	<p>Número de grupos focales diseñados/número de grupos focales esperados por diseñar.</p> <p>Número de grupos focales realizados/número de grupos focales programados</p> <p>Número de folletos entregados/número de grupos focales realizados.</p>	Practicante de Trabajo Social- Mery Ballesteros C.

ESTRATEGIA 2: Implementación de un mecanismo de divulgación, información y comunicación para el personal interno de la FOSCAL, acerca de los servicios que presta el PAH.

ACCIONES ESTRATÉGICAS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES	RESPONSABLES
1. creación de una página web dirigida al personal Foscal.	Diseño de la página Web. Inclusión del link de la página Web en la página interna de la Foscal: www.mundofoscal.com	Página web creada al 30 de julio de 2009. Al 24 de julio la página debe estar vinculada a la red interna de la Foscal.	Número de páginas web creadas.	Practicante de Trabajo Social- Mery Ballesteros C.

ESTRATEGIA 3: Modificación e implementación del formato de seguimiento telefónico semanal a usuarios activos.

ACCIONES ESTRATÉGICAS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES	RESPONSABLES
1. Realización semanal del seguimiento telefónico necesario, según características propias de cada paciente.	Archivo semanal de la lista de pacientes que están listados para recibir tratamiento o curación. Realización de llamadas a todos los pacientes activos, dependiendo del tipo de servicio que se le esté prestando y diligenciar el formato de seguimiento telefónico en Excel.	Al 24 de julio deben estar archivadas todas las listas de usuarios semanales, desde el 1 de junio de 2009. Realizar el 70% de llamadas semanales dependiendo de la particularidad de cada paciente hasta el 24 de julio de 2009.	Número de listas archivadas/número de semanas transcurridas desde el 1 de junio al 24 de julio de 2009. Número de llamadas realizadas/total de pacientes atendidos	Practicante de Trabajo Social- Mery Ballesteros C.

ESTRATEGIA 4: Modificación e implementación del formato de evaluación del PAH con todos los usuarios que terminan el tratamiento.				
ACCIONES ESTRATÉGICAS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES	RESPONSABLES
1. Implementación del formato de evaluación del PAH, con usuarios que terminan tratamiento.	Entrega de formatos de evaluación a los (as) auxiliares de enfermería y médico, para aplicación en recorridos. Tabulación de los formatos diligenciados.	Al 24 de julio deben haberse entregado el 70% de formatos, correspondientes al 70% de usuarios que hayan terminado tratamiento o curación. Al 30 de julio debe estar tabulado el 100% de los formatos diligenciados.	Número de formatos diligenciados/número de pacientes que terminaron tratamiento entre junio y julio. Número de formatos tabulados/número de formatos aplicados.	Practicante de Trabajo Social- Mery Ballesteros C.

ESTRATEGIA 5: Socialización de los derechos y deberes de los usuarios con base en el formato formal impartido por la FOSCAL, a los pacientes vinculados al Programa de Asistencia en el Hogar.

ACCIONES ESTRATÉGICAS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES	RESPONSABLES
1. Socialización de los derechos y deberes de los usuarios FOSCAL.	Socialización de los derechos y deberes de los usuarios y entrega de documento con dicha información.	Desde el 15 de junio hasta el 31 de agosto debe haberse entregado y socializado el documento con los derechos y deberes de los usuarios al 70% de pacientes que ingresen al programa.	Número de formatos socializados y entregados/Numero de pacientes que ingresen al programa desde junio 15 hasta agosto 31.	Practicante de Trabajo Social- Mery Ballesteros C.

4.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ACCIÓN PROFESIONAL

La salud se produce cuando se devuelve a la gente el poder para efectuar las transformaciones necesarias que aseguren un buen vivir y se reduzcan las causas que atentan contra la salud y el bienestar.

Carta de Ottawa, 1986

Se presenta en esta descripción, la consecución de los objetivos propuestos explicando los procesos llevados a cabo para cada estrategia planeada y la respectiva matriz de cumplimiento de metas, donde se expone el nivel al que llegó la intervención.

En relación con el primer objetivo de la práctica **“Fortalecer el servicio de atención a maternas quirúrgicas a partir de la creación de un programa educativo que fortalezca la relación madre-hijo, el desarrollo cognoscitivo de la madre y el hijo, en beneficio de la salud”** se realizaron las siguientes acciones estratégicas:

- Diseño del programa educativo sobre cuidados enfocados al desarrollo infantil, dirigido a maternas quirúrgicas y a su entorno familiar inmediato.

Para el montaje e implementación de este programa se tuvo como base la necesidad existente de poner en funcionamiento el servicio de atención médica a maternas quirúrgicas y de vincular en este proceso de cuidado, aspectos de tipo psicosocial y afectivo, debido a la importancia de apoyar el desarrollo integral de los usuarios. Teniendo esta base, se realizó el rastreo bibliográfico necesario para construir la cartilla “apoyando el desarrollo de nuestros bebés” (ver anexo A) que constituye la base educativa para enseñar a las recién madres, ciertas pautas necesarias para el buen desarrollo de los niños y niñas que inician su proceso de socialización.

- Socialización del programa (justificación, objetivos y criterios de inclusión) con el personal encargado del segundo y séptimo piso. (ver anexo B).

La socialización de este programa se llevó a cabo, habiendo realizado la cartilla como base educativa para las maternas y se hizo por medio de dos grupos primarios en cada piso requerido, explicando tanto a Jefes de piso como a Auxiliares el motivo y justificación del programa, así como sus criterios de inclusión. Cada grupo primario se realizó de 7 a 8 de la mañana, debido a la necesidad de dar a conocer el programa con el personal que terminaba turno y con el que recibía. A los grupos primarios asistieron en total **18** personas, Jefes de piso y auxiliares de enfermería.

- Implementación del programa - socialización de la cartilla “apoyando el desarrollo de nuestros bebés”.

La cartilla fue socializada a **9** maternas (ver anexo C), evidenciando una debilidad en la recepción de usuarios, que se debió a que los criterios de ingreso al programa (ver anexo B) eran demasiado excluyentes en especial por la necesidad de hacer la visita domiciliaria para la socialización de la cartilla y el chequeo médico, antes que la materna cumpliera 24 horas después de realizada la cesárea. La mayoría de maternas cumplían las 24 horas de hospitalización o más, siendo este un criterio que por ende no permitía la inclusión de las mismas en el programa. Este criterio se estableció por la necesidad de hacer la visita conjunta con el médico del programa y así responder de manera simultánea a uno de los servicios establecidos por el P.A.H. Aún cuando la cartilla elaborada no pudo ser socializada a un gran número de maternas, queda una base importante para realizar educación con las mujeres que sea posible, de manera que desde pequeños avances se aporte en el desarrollo de mejores formas de crianza, educación y lo más importante el desarrollo del apego y vínculo afectivo entre

padres e hijos, tan importante para el desarrollo integral de los y las niñas, adultos del mañana.

Matriz de cumplimiento de metas

ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES	ALCANCES
Elaboración de un formato de información del programa educativo a maternas quirúrgicas y socialización del mismo en los pisos donde éstas se internan	Elaborar un (1) formato de información del plan y lograr en un 100% la socialización del programa en los pisos que lo requieran, al 10 de junio.	Formato de información del programa elaborado. 18 personas con quienes se socializó el programa / 23 personas con quienes se debía socializar el programa.	Además de la socialización a 18 personas de 25, se hizo entrega a los (as) Jefes de cada piso (2do y 7mo) del documento de socialización, lo cual está soportado por firmas. Teniendo en cuenta esto, la meta se alcanzó en un 72%.
Realización visita intra hospitalaria de presentación a las maternas quirúrgicas que cumplan con los requisitos para entrar al programa; para socializar información sobre el P.A.H. y sobre el programa educativo.	Realizar la visita intra hospitalaria de socialización al 80% de maternas quirúrgicas que ingresen al programa, durante junio y julio.	4 maternas a quienes se realizó la visita intra hospitalaria / 7 maternas a quienes se socializó el programa.	Teniendo en cuenta el indicador de medición planteado, esta meta se cumplió en un 57%
Realización de visita en el hogar a cada materna incluida en el programa, con la respectiva charla educativa preparada.	Realizar la visita y charla educativa al 100% de las maternas quirúrgicas que entren al programa durante junio y julio.	7 mujeres a quienes se socializó la cartilla / 7 maternas que ingresaron al programa durante junio y julio.	Esta meta se cumplió en su totalidad (100%), pero cabe resaltar que fue muy reducido el número de maternas que ingresó al programa, aspecto que se explicó con anterioridad.
Entrega de una cartilla con información básica trabajada durante la charla.	Cartilla elaborada con el 80% de la información trabajada en la charla y entregada al 100% de maternas visitadas.	7 cartillas entregados / 7 maternas visitadas, con quienes se desarrolló la charla.	Se realizó la cartilla y se entregó a todas las maternas visitadas. Por lo tanto la meta se cumplió en un 100%.

En relación con el segundo objetivo: **“Promover la educación en materia de promoción (Incidir en determinantes, cambios en condiciones de vida) y**

prevención (disminuir los factores de riesgo y enfermedad), con la población usuaria del PAH y sus cuidadores”; es importante anotar que el programa esta desglosado en dos subprogramas, uno dirigido a pacientes que reciben antibiótico y curaciones y otro a cuidadores de pacientes con enfermedad crónica. En el marco de este objetivo se realizaron las siguientes acciones estratégicas:

- Visita intra hospitalaria de socialización del P.A.H. y de la acción a realizar desde Trabajo Social.

Esta actividad se realizó satisfactoriamente, aunque no con todos los pacientes con quienes se trabajó la cartilla y el folleto, debido a que algunos ingresaban al programa durante el fin de semana o en alguna tarde en la que se estaban realizando visitas domiciliarias a usuarios crónicos o que recibían antibiótico o curaciones. Aún así, a los pacientes a quienes se les dio el ingreso al programa se les explicó el objetivo y misión del P.A.H, los servicios que ofrece, la dinámica de trabajo de los Auxiliares que iban a ir a visitarlos, al igual que la visita del médico y finalmente se socializó la acción a realizar desde el programa que se estaba implementando por parte de Trabajo Social.

- Diseño del programa de Promoción de estilos de vida saludable y prevención de la enfermedad: “Mente, cuerpo y vida sana”; dirigido a pacientes que reciben antibiótico y curaciones.

La creación de este programa se basó, al igual que con los demás objetivos de la práctica, en el análisis diagnóstico presentado al inicio del documento, que aporta los elementos suficientes para considerar importante el desarrollo de un programa enfocado a la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de enfermedades. Para su diseño y elaboración se realizó el rastreo bibliográfico que soporta la educación brindada a partir de las cartillas y folletos socializados. Este programa está dividido en tres módulos que encierran aspectos relacionados con

los estilos de vida saludable, enmarcados en la política de promoción de la salud y aspectos que también se vinculan con la prevención de la enfermedad, en la medida que se intenta actuar desde los determinantes sociales de la salud.

En el primer módulo se trabajó la importancia de la salud mental en el desarrollo armónico de los seres humanos, qué es la salud mental, los aspectos que favorecen la salud mental, dos patologías relacionadas con deficiencias a nivel mental, como el estrés y la depresión, sus síntomas y las recomendaciones para prevenirlas o manejarlas (ver anexo D). En el segundo módulo se trabajó las definiciones de estilo de vida saludable, los comportamientos, y los factores protectores de un estilo de vida saludable y algunas reglas de alimentación para el beneficio de la salud (ver anexo E). En el tercer módulo se trabajó la autoestima y el auto cuidado como factores determinantes en el desarrollo de mejores condiciones de vida a nivel personal, familiar y social (Ver anexo F).

De igual forma dentro de este programa se diseñó un subprograma que consistió en la realización de talleres con los y las cuidadoras de pacientes en situación crónica, para trabajar todo lo que tiene que ver con su salud, a nivel tanto físico como mental, teniendo en cuenta que su salud se ve deteriorada en la misma dinámica de cuidado de sus pacientes, en la mayoría de casos, familiares.

Justificación. El diseño de este programa y su implementación se debe fundamentalmente a la necesidad de empezar a asumir la salud desde un enfoque integral, en el que no solo cuenta lo biológico, sino lo social en la conformación de la salud individual y colectiva. De esta manera, los módulos que en el programa se trabajan relacionados con los estilos de vida saludable, la salud mental, el auto cuidado y la autoestima, responden a una educación necesaria para alcanzar el disfrute de mejores condiciones de vida y una calidad de vida óptima. Es claro que los hábitos de vida a nivel mental y físico, se adquieren con el tiempo, es decir, para los adultos resulta más complicado reconstruir conocimientos,

comportamiento y costumbres, pero no es imposible. Teniendo en cuenta esta base, se consideró importante apoyar el re direccionamiento de los conocimientos y actitudes que se asumen frente a la vida.

Objetivos.

- Fomentar el auto cuidado en la población usuaria del P.A.H. para que se responsabilice de sus propias acciones frente a su salud y a la de su familia.
- Fomentar en las personas la relación entre su estado de salud actual con los factores psicológicos, familiares y ambientales que le rodean.
- Entregar herramientas prácticas para lograr estilos de vida saludable.
- Implementación de los módulos: estilos de vida saludable, salud mental, auto cuidado y autoestima.

Frente a la socialización de los módulos diseñados, es importante mencionar que la cartilla de auto cuidado y el folleto de autoestima, que fueron la base para la educación en dicho módulo, no fue posible aplicarlos, debido por un lado, al tiempo de vinculación de algunos pacientes al programa, y por otro lado, al desarrollo de otras actividades propias de la planeación y también colaterales, que dificultaron un poco el proceso. Aún así, el diseño de este módulo se realizó, se creó la cartilla de auto cuidado y el folleto de autoestima, siendo este último utilizado en el marco de los talleres dirigidos a los (as) cuidadoras.

Ahora bien, la socialización de la cartilla de salud mental correspondiente al primer módulo tuvo el éxito esperado; se realizaron **50** visitas, en las cuales se realizó la explicación de la cartilla, de manera participativa, teniendo en cuenta los preconceptos de los usuarios y la importancia que ellos daban a la temática. De igual forma la socialización del folleto de estilos de vida saludable correspondiente al segundo módulo, se realizó a **33** pacientes, también siguiendo la misma metodología anterior (Ver anexo G). Para la implementación de este programa se

realizaron recorridos con los Auxiliares de enfermería en las mañanas y con el Médico en las tardes, dependiendo de los pacientes que estuviesen agendados en cada uno de los casos.

Matriz de cumplimiento de metas

ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES	ALCANCES
Realización de una visita intra hospitalaria a los pacientes que ingresarán en el programa para socializar la información relevante del PAH y del programa educativo.	Realizar la socialización acerca del P.A.H. y programa educativo al 80% de los usuarios que entren al programa durante junio y julio de 2009.	39 visitas intrahospitalarias realizadas / 93 pacientes que ingresaron al programa durante junio y julio.	Esta meta se alcanzó en un 42% , meta que no alcanza el porcentaje deseado por aspectos que fueron explicados con anterioridad.
Diligenciamiento de formato de ingreso al programa por parte de Trabajo Social donde se establezca la fecha de realización de cada módulo.	Diligenciar el formato de ingreso al programa al 100% de los usuarios con quienes se implementen los módulos.	Se diligenciaron 50 formatos de ingreso al programa / se desarrollaron charlas con 50 personas en totalidad.	La meta se ha cumplido en un 100% .
Realización de visita en el hogar a cada paciente con la respectiva charla educativa preparada.	Al 31 de julio se deben haber realizado el 70% de las charlas educativas programadas, según los pacientes que se vayan vinculando al Programa.	Se desarrollaron 83 charlas: 50 sobre salud mental y 33 sobre estilos de vida saludable / 93 usuarios que ingresaron durante junio y julio.	Esta meta se cumplió en un 89% .
Diseño y entrega de un folleto o cartilla que contenga la información básica trabajada durante la charla educativa.	Folleto o cartilla elaborada con el 70% de la información trabajada en la charla.	50 cartillas de salud mental y 33 folletos de estilos de vida saludable / 83 visitas realizadas para llevar a cabo las charlas	Meta cumplida a cabalidad (100%)

- Diseño del programa de Promoción de estilos de vida saludable y prevención de la enfermedad: “Mente, cuerpo y vida sana. Aprendiendo a cuidar y a cuidarme”; dirigido a cuidadores de pacientes con enfermedad crónica.

Este programa se compone de talleres que se realizan con los y las cuidadoras de pacientes crónicos que atiende el P.A.H. El ideal es dar continuidad a este programa, debido a la importancia de apoyar el proceso de cuidado que viven los familiares y encargados del enfermo y a la necesidad de este grupo, de cuidarse y saber atender no solo las necesidades del enfermo, sino las propias también.

En el marco del proceso de práctica se planearon 4 módulos de talleres participativos, pero no obstante, se desarrollarán otros encuentros durante el tiempo que no exista vinculación de practicante de Trabajo Social al campo de práctica, para poder dar continuidad al proceso y no perder el espacio abierto.

En el primer encuentro se realizó una dinámica de presentación y la retroalimentación de la experiencia de cada cuidador (a), en cada dinámica particular, y el trabajo por grupos del significado del cuidado y cuidador así como las características de los mismos. Se presentó al final un video de reflexión (ver anexo H). Este taller tenía como objetivo principal el conocimiento entre los y las participantes y la retroalimentación de experiencias desde cada dinámica de cuidado, así como trabajar sobre la definición del cuidador y del cuidado. En el segundo encuentro se trabajó el tema de salud mental, centrando el taller en el manejo de la depresión y el estrés. De igual forma se trabajó en las 7 actitudes del cuidador de manera participativa y por medio de la representación o actuación, como forma de ahondar más el tema y generar reflexión frente al mismo. Se presentó finalmente un video de reflexión sobre el tema y su análisis posterior. (Ver anexo I).

En el tercer módulo se trabajó sobre los sentimientos innatos al proceso de cuidado, qué hacer con ellos, y el tema de la autoestima, como base en el proceso de auto cuidado. Al igual que con los anteriores módulos se presentó un video de reflexión y se utilizó una dinámica llamativa para analizar los temas trabajados. (Ver anexo J). Finalmente en el cuarto módulo se trabajó el valor e importancia de la familia en el proceso de cuidado del familiar enfermo y el tema de estilos de vida saludable, siempre desde una metodología participativa. (Ver anexo K)

En el último encuentro se trabajó todo lo relacionado con el auto cuidado y para próximas fechas que se programen se piensa vincular al Médico del programa para socializar los cuidados que se deben tener para cada patología presentada por los pacientes crónicos, así como la Enfermera del programa para dar una charla sobre las posturas que se deben adoptar en el cuidado de pacientes en cama. De igual forma se quiere vincular Fisioterapia, pues durante la acción desarrollada en el proceso de práctica se encontró que los problemas a nivel de columna, dolores de espalda, dolores musculares, son unas de las principales afectaciones que sufren los y las cuidadoras, además de los problemas a nivel mental.

Justificación. La noticia de que una persona padece una enfermedad crónica genera un impacto familiar importante: en primer lugar la familia sufre un choque emocional, al que le sigue un estado de incertidumbre y tendencia a no creer en el diagnóstico. Luego sobreviene el temor por lo que va a ocurrir con ese miembro de la familia y el sentimiento de amenaza a su salud, sus capacidades y su vida. Por estas razones, la atención a cuidadores permitirá realizar un trabajo preventivo a los tres niveles: En el primario, evitando la aparición de los síntomas en el cuidador; en el secundario, detectando precozmente su aparición y en el terciario, actuando para evitar la progresión de los síntomas y permitir así unos cuidados más adecuados.

Finalmente esta intervención se justifica por las características de la enfermedad crónica: la permanencia, la incapacidad, el hecho de ser irreversible y la necesidad de rehabilitación y largos periodos de cuidado. Frente a esto, los cuidadores necesitan adquirir conocimiento y experiencia en el manejo y deben superar los sentimientos de desconfianza y la tendencia a la sobreprotección, pero además necesitan aprender a preocuparse por su bienestar.

Objetivos.

- Fortalecer las habilidades de cuidados de los cuidadores, teniendo en cuenta algunos aspectos como: conocimiento (tanto de aspectos relacionados con el cuidado personal como con el cuidado del paciente), valor y paciencia en la tarea de cuidar, toma de decisiones, entre otros elementos.
- Mejorar la calidad de vida de los cuidadores, a partir del fomento de acciones favorables a la salud.
- Orientar al cuidador en la definición de límites en el cuidado que proporciona, teniendo en cuenta el reconocimiento tanto de habilidades como de limitantes.
- Fortalecer las acciones de auto cuidado y autoestima en los y las cuidadoras para propiciar hábitos de vida saludable.

Es importante aclarar que la socialización de las cartillas y folletos elaborados, y temas trabajados en los talleres, siempre tuvo como base el reconocimiento de los preconceptos de los usuarios, sus conocimientos previos, y su percepción hacia la temática. Posterior a esta retroalimentación, se exponían los elementos contenidos en los documentos educativos, siendo fundamental la participación de los pacientes frente a cada aspecto mencionado.

- Implementación de los módulos del programa de Promoción de estilos de vida saludable y prevención de la enfermedad: “Mente, cuerpo y vida sana.

Aprendiendo a cuidar y a cuidarme”; dirigido a cuidadores de pacientes con enfermedad crónica.

Para llevar a cabo los talleres se realizó convocatoria telefónica 3 días antes de realizar cada uno de ellos; en algunos casos se realizó personalmente dependiendo de los pacientes crónicos que se visitaran. Para el primer taller la asistencia fue de 10 personas, después de convocar a un total de 16 cuidadores. Para el segundo taller la asistencia fue de 8 personas después de convocar a 15, debido a que uno de los pacientes crónicos que pertenecían al programa falleció. Para el tercer taller la asistencia fue de 7 personas, después de convocar a 16 cuidadores pues hubo una nueva vinculación de paciente crónico. Finalmente en el cuarto taller la asistencia fue de 7 personas después de haber convocado a 14, debido al fallecimiento de 2 pacientes en situación crónica (Ver anexo L).

Aunque el grupo de cuidadores (as) vinculados, con quienes se trabajó fue pequeño, se logró crear un grupo de apoyo importante y las personas que asistieron se mostraron muy interesadas además de agradecidas por aprovechar este tipo de espacios.

Matriz de cumplimiento de metas.

Convocatoria a los cuidadores para que participen de los talleres	Realizar la convocatoria vía telefónica al 100% de los cuidadores de los pacientes crónicos que conforman el programa al 15 de junio.	64 llamadas realizadas distribuidas en 4 convocatorias / 16 cuidadores en total	Las llamadas no se hicieron todas hasta el 15 de junio, se hicieron 3 días antes de cada taller. La meta se ha cumplido en un 100% .
Selección y preparación de los temas y dinámicas a trabajar en cada módulo de trabajo en los talleres	Al 15 de junio se habrán seleccionado los temas a trabajar.	4 talleres diseñados / 4 talleres	Se cumplido en un 100% la meta planteada.

Desarrollo de los talleres	Al 31 de julio se habrán realizado 4 talleres con los cuidadores de los pacientes crónicos.	4 talleres realizados / 4 talleres programados	Meta alcanzada en un 100%
Entrega de un folleto que contenga la información básica de cada módulo.	4 folletos o cartillas elaboradas con el 70% de la información trabajada en cada grupo focal.	2 cartillas y 3 folletos entregados / 4 talleres realizados	Esta meta se cumplió a cabalidad (100%)

En relación con el tercer objetivo: **“Contribuir en el proceso de certificación de la Foscal, a partir del cumplimiento de la política de calidad del programa domiciliario, propiciando la atención encaminada a generar mayor calidad de vida, así como mayor conocimiento a nivel interno de la institución, sobre los servicios que presta el programa”**, se realizaron varias acciones estratégicas. Entre ellas las siguientes:

- Realización de encuentros de retroalimentación con el equipo de trabajo frente a la labor realizada y desarrollo de temas que favorezcan el cumplimiento eficiente de las metas.

Estos encuentros no se realizaron a cabalidad, debido a la dinámica de actividades ya establecida por el equipo de trabajo y la limitante del tiempo necesario para realizar todas las actividades.

En el primer encuentro se desarrolló un taller sobre el trabajo en equipo, que se componía de una reflexión frente a la importancia del trabajo en equipo a partir de un video y una historia trabajada en grupo y la exposición magistral acerca del tema. En el segundo encuentro se desarrolló una actividad “los cubos”, que tenía como objetivo el análisis de la dinámica de trabajo del equipo, nivel de ayuda y

colaboración, nivel de asertividad en la comunicación y forma en que se da el trabajo en equipo.

En el tercer encuentro no se pudo desarrollar lo que se tenía planeado pero, se direccionó la reunión con los puntos importantes que debían ser tratados. En el último grupo primario se desarrolló el tema de competencias, misión y visión de la FOSCAL, sentido de pertenencia e importancia de la cooperación.

Matriz de cumplimiento de metas

ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES	ALCANCES
Desarrollo de los grupos focales. (grupos primarios)	Al 31 de agosto se habrán realizado 4 grupos focales con los integrantes del programa.	3 grupos focales realizados / 4 grupos focales esperados por desarrollar	La meta se cumplió en un 75% , fundamentalmente por dificultades de tiempo para reunir al equipo de trabajo.
Entrega de un folleto que contenga la información básica de cada tema tratado en cada grupo focal.	Folleto elaborado con el 60% de la información trabajada en cada grupo focal.	0 folleto / 3 encuentros desarrollados	Esta meta no se cumplió, debido a que se enfocó mayor atención a las demás actividades planeadas, pues generaban mayor impacto en relación con los usuarios directamente atendidos por el programa.

- Implementación de un mecanismo de divulgación, información y comunicación para el personal interno de la FOSCAL, acerca de los servicios que presta el PAH.

Se desarrolló una página de Internet por medio de la programación de datos en HTML, a partir de conocimientos básicos y por tanto teniendo como resultado una página sencilla pero llamativa, en la que se incluyeron los servicios que ofrecen el programa y fotos respectivas de cada servicio. Se tuvo una reunión con el ingeniero encargado de la intranet de la FOSCAL, con quien se retroalimentó la página y se dejó listo el material para ser vinculado en la intranet

www.mundofoscal.com. El link es: <file:///G:/paginafoscal/pah.html>, pero teniendo en cuenta que está elaborado en HTML, para ser abierto el equipo de computador debe contener los archivos base adjuntos a la página.

Matriz de cumplimiento de metas

ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES	ALCANCES
Diseño de la página Web.	Página web creada al 30 de julio de 2009.	La página esta creada	Se logró a cabalidad la meta planeada.
Inclusión del link de la página Web en la página interna de la Foscal: www.mundofoscal.com	Al 24 de julio la página debe estar vinculada a la red interna de la Foscal.		Esta meta no se cumplió, pero quedó el compromiso por parte del Jefe del Dpto. de Sistemas, de vincular la página en aproximadamente un mes.

- Modificación e implementación del formato de seguimiento telefónico semanal a usuarios activos.

Se realizó la modificación del formato de seguimiento semanal a usuarios activos (ver anexo M) y se implementó durante mayo, junio y julio, dependiendo de las características propias de cada paciente y de la duración en el programa. Por lo general el seguimiento se realizó en horas de la mañana, y se pretendía con esta acción estratégica, primero el seguimiento de la labor de los auxiliares y el médico del programa en su dinámica de acción, y segundo, mejorar los procesos, procedimientos, atención en general, recibiendo las sugerencias de los usuarios, así como respondiendo las preguntas existentes de manera oportuna. En total se realizaron 205 llamadas.

Matriz de cumplimiento de metas

ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES	ALCANCES
Realización de llamadas a todos los pacientes activos, dependiendo del tipo de servicio que se le esté prestando y diligenciar el formato de seguimiento telefónico en Excel.	Realizar el 70% de llamadas semanales dependiendo de la particularidad de cada paciente hasta el 24 de julio de 2009.	205 llamadas realizadas durante mayo junio y julio / 121 pacientes vinculados durante mayo, junio y julio.	Se realizaron aproximadamente 2 llamadas por paciente, lo que quiere decir que se ha logrado hacer seguimiento al usuario durante el tratamiento, de manera efectiva.

- Modificación e implementación del formato de evaluación del PAH con todos los usuarios que terminan el tratamiento.

Se realizó la modificación del formato de evaluación para posteriormente aplicarlo (ver anexo N). El objetivo de la aplicación de este formato fue describir, qué tan alta es la satisfacción de los usuarios así como qué tan efectivo y eficiente es el programa en la prestación de sus servicios. La aplicación de la evaluación se hizo a 48 personas y los resultados fueron los siguientes:



Como se puede observar del 100% de usuarios encuestados correspondiente a 48 personas, el 83% se sintió muy bien con los servicios prestados por el P.A.H., solo un 17% mencionó sentirse bien, siendo esta una categoría menor y ninguna de las

personas encuestadas planteó sentirse regular o mal con los servicios prestados. Esto significa que de manera general, el servicio que presta el P.A.H, es fundamental en el proceso de mejoría de los pacientes, porque además de brindar aporte en materia de la salud, se realiza de manera cálida, aspecto que hace sentir bien a las personas.

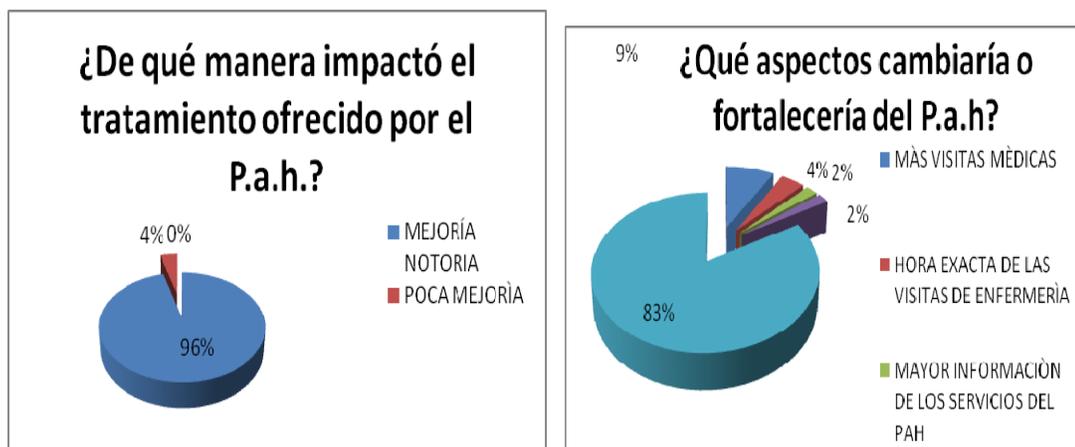
En cuanto al cumplimiento de las visitas planeadas, solo un 2% de un total de 48 personas respondió que se realizaron casi todas las visitas estipuladas por el médico tratante, es decir que el trabajo no se hizo como estaba estipulado. En un 98% de usuarios se realizaron todas las visitas y ningún usuario encuestado mencionó no haber recibido ninguna visita o muy pocas de las preestablecidas. Se mide así la eficacia y eficiencia del programa sustentada en la responsabilidad frente al cumplimiento de las tareas asignadas a todo el equipo interdisciplinario.



En cuanto al trato recibido por el personal del programa, el 94% mencionó recibir un trato muy bueno, lo que se traduce en excelente por el nivel de esta categoría; el 6% recibió un trato bueno, es decir que cumplió con las expectativas del usuario pero no fue en un 100% y finalmente ningún usuario consideró recibir un trato regular o malo, aspecto que evidencia la integralidad en los servicios prestados. Se evidencia que aun cuando el equipo de trabajo P.A.H. no ha recibido capacitaciones por parte de la Institución, relacionadas con el trabajo en equipo, la comunicación, el buen trato y en general temáticas que aportan a la calidad y

calidez del servicio; poseen habilidades para trabajar con el grupo poblacional que atiende el Programa.

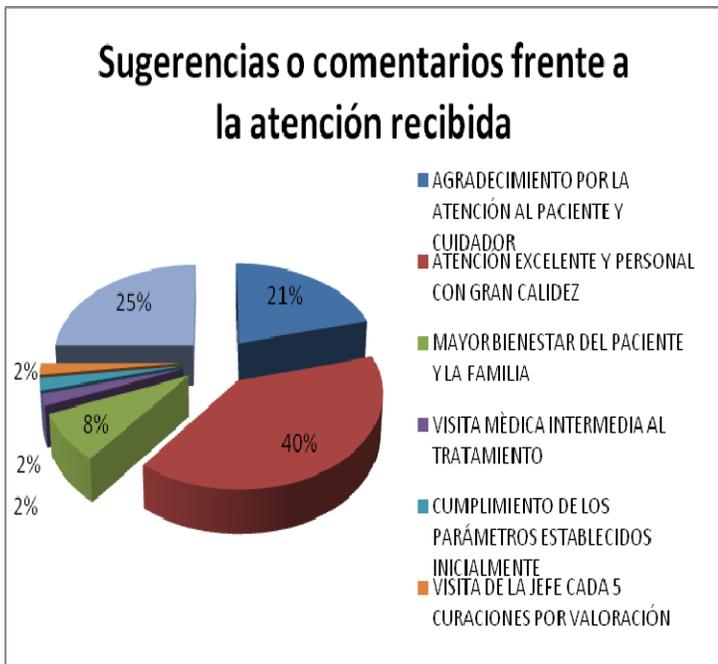
Desde otro lado, la colaboración y ayuda del usuario para llevar a cabo el tratamiento estipulado o las curaciones autorizadas toma un papel importante porque de ello depende en parte la efectividad del proceso. En este sentido, el 83% de usuarios encuestados mencionó que la colaboración que tuvo en este proceso fue muy buena; un 17% que la colaboración fue buena, lo que quiere decir que en ocasiones no se encontraban en sus casas en el lapso de tiempo estipulado para realizar determinado procedimiento, o que no se avisaba con tiempo la realización de otras actividades que se cruzaban con la prestación del servicio. Finalmente ninguno de los usuarios manifestó que su colaboración fue regular o mala.



El impacto que generó el tratamiento o servicio ofrecido por el programa, según el 96% de usuarios encuestados, fue que hubo realmente una mejoría notoria. Solo un 4% mencionó encontrar poca mejoría, relacionada con la patología de base del paciente atendido y ninguno de los usuarios mencionó no encontrar ninguna mejoría. Se refleja entonces la influencia positiva que ejerce el sistema de atención domiciliaria o tratamiento en casa, no solo por la comodidad para la familia y el paciente, sino por el entorno en que el usuario vive su proceso de

mejora. La compañía de la familia y el sentimiento de apoyo por parte del equipo de salud aporta en la efectividad de este tipo de atención.

Por otro lado, la opinión de los usuarios encuestados se centra en varias opciones de cambio para el fortalecimiento del programa. El 83% menciona que no fortalecería ningún aspecto, debido a que no encuentran dificultades o fallas en la prestación del servicio. El 9% plantea necesario que se realicen más visitas por parte del médico a lo largo del tratamiento en casa. El 4% considera que para fortalecer el programa es importante que los usuarios conozcan una hora exacta para recibir la visita, aspectos que se salen un poco de las manos del programa debido a modificaciones en el número de pacientes diarios, en el tiempo, la congestión del tránsito, entre otros factores que no permiten recibir esta recomendación. Finalmente el 2% plantea que es importante recibir mayor información acerca de los servicios del P.A.H. y otro 2% recomienda para fortalecer el programa, tener acceso telefónico al médico del programa.



Dentro de las sugerencias o comentarios frente a la atención recibida, se encontró que el 40% considera que la atención prestada fue excelente y el personal se caracteriza por su gran calidez. Le sigue un 25% que no tiene ninguna sugerencia o comentario frente a la atención recibida; un 21% que agradece por la atención brindada al paciente y al familiar encargado de su cuidado; un 8% que plantea la importancia del programa en la medida que brinda mayor bienestar al paciente y a la familia. Finalmente un 2% sugiere que se realice una visita médica intermedia al tratamiento, pero teniendo en cuenta que este procedimiento se realiza, se retoma la importancia de realizar más visitas médicas, otro 2% sugiere la posibilidad de recibir visita de la Jefe Enfermera del Programa en los casos de curación, para realizar valoración y seguimiento y otro 2% comenta que hubo cumplimiento de todos los parámetros establecidos inicialmente al dar la entrada al programa.

Finalmente frente a la calificación que dan los usuarios encuestados al servicio prestado, se encuentra que ninguno calificó el servicio por debajo de 9. El 88% dio una calificación de 10 y el 12% calificó en nueve la atención. Se evidencia así que el programa presta una atención de calidad y aunque la población con la que se realizó la evaluación no fue el total de usuarios vinculados al programa durante junio y julio, si es una cantidad representativa que hace posible la generalización.

Matriz de cumplimiento de metas

ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES	ALCANCES
Entrega de formatos de evaluación a los (as) auxiliares de enfermería y médico, para aplicación en recorridos.	Al 24 de julio deben haberse entregado el 70% de formatos, correspondientes Al 70% de usuarios vinculados al programa durante junio y julio.	48 encuestas diligenciadas / 93 usuarios que terminaron tratamiento en junio y julio.	Se logró aplicar la encuesta a un 51% de los usuarios vinculados al programa durante junio y julio.
Tabulación de los formatos diligenciados.	Al 10 de agosto debe estar tabulado el 100% de los formatos diligenciados.	48 formatos tabulados / 48 formatos aplicados	Meta cumplida en un 100% .

- Socialización de los derechos y deberes de los usuarios con base en el formato formal impartido por la FOSCAL, a los pacientes vinculados al Programa de Asistencia en el Hogar.

Esta acción aun cuando no estuvo planeada desde el inicio de la práctica, surgió de la necesidad de la institución misma y se llevó a cabo en la medida de lo posible. Ésta estrategia se implementó en el mes de julio pues solo hubo acceso a los folletos institucionales finalizando el proceso de práctica. De esta manera se realizó la socialización de derechos y deberes a **31** usuarios.

Matriz de cumplimiento de metas

ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES	ALCANCES
Socialización sobre los derechos y deberes de los usuarios y entrega de documento con dicha información.	Desde el 15 de junio hasta el 31 de agosto debe haberse entregado y socializado el documento con los derechos y deberes de los usuarios al 70% de pacientes que ingresen al programa.	31 folletos socializados y entregados / 27 pacientes que ingresaron durante julio (tres ultimas semanas) y existencia de 10 usuarios que estaban vinculados desde tiempo atrás, para un total de 37 usuarios.	Aun cuando la meta era de un 70), se alcanzo un 83% .

4.6 ANÁLISIS DEL PROCESO LLEVADO A CABO

Trabajo Social siempre ha estado ligado al campo de la salud. Inicialmente se realizaba una labor completamente asistencial, pues las acciones estaban encaminadas al apoyo de la medicina (auxiliares) y guiado por la influencia de la iglesia católica. Actualmente este campo continúa recibiendo aportes sobre ciertas patologías pero su acción está vinculada directamente a la consolidación de procesos y elaboración de proyectos que contribuyen al bienestar social de la población. La asistencia social por su parte sigue siendo fundamental en la

profesión para situaciones que requieren el auxilio inmediato, como es el caso de las catástrofes naturales, el fenómeno del desplazamiento, entre otros acontecimientos.

El proceso de acción profesional desarrollado en el P.A.H., estuvo enfocado a la realización de acciones no tanto asistenciales, sino aquellas que propenden por generar a largo plazo mejores condiciones de vida; se intentó a partir de las acciones planeadas y desarrolladas responder no solo a los distintos roles que han sido planteados para la profesión en salud, sino también rediseñar formas de educación para la salud, formas de reconocimiento de la necesidad del cuidado de sí mismo y del entorno, de la prevención y fundamentalmente de reafirmación de lo primordial que resulta el cuidado desde los hábitos mentales, para encontrar reflejos positivos en la salud física.

Este último aspecto mencionado fue la base también para dar posicionamiento a Trabajo Social, como profesión que en salud debe encargarse de educar a la población en el manejo de sus emociones, sentimientos, actitudes y formas de ver su cuerpo y su salud, esto como uno de los causantes de la enfermedad, claro está, sin desconocer la gran influencia que ejercen las acciones concretas en materia de hábitos de alimentación, ejercicios físicos, prácticas cotidianas en general, temáticas que también fueron abordadas desde la labor educativa de Trabajo Social.

Es importante reconocer que el P.A.H., en sus acciones específicas deja de lado lo que tiene que ver con lo social, lo que no quiere decir que no sea tenido en cuenta, ya que en su misión y visión siempre se incluye el apoyo a la población en materia psicosocial, pero en lo concreto estas actividades se realizan solo desde lo propuesto por el (la) estudiante en práctica de Trabajo Social. Este hecho muestra la gran importancia que tiene cada idea propuesta y ejecutada por los

futuros profesionales que se desempeñarán en el área de salud, dejando la idea clara de lo indispensable que resulta nuestra acción.

Específicamente desde las acciones desarrolladas se respondió a varias funciones o roles que debe cumplir la profesión, como se mencionó antes, pero a partir de la ejecución del esquema de trabajo se fueron consolidando ciertas características que representan el quehacer de Trabajo Social, no solo en el P.A.H. sino de manera general en la institución.

Uno de los roles desempeñados fue el de **Monitor (a)**, a partir del diseño y aplicación de un instrumento (encuesta) para medir la satisfacción del usuario frente al servicio del programa y también orientado a recibir sugerencias para el mejoramiento del mismo; que fue aplicado a 49 usuarios. En este rol también se puede incluir el seguimiento a la prestación de los servicios del P.A.H., por medio del sistema telefónico y visitas domiciliarias, aspecto que tuvo influencia en la perfección de cada servicio prestado por los miembros del equipo de trabajo.

Es claro entonces, que aun cuando se intentó responder de manera activa a este rol que tiene gran importancia en la profesión y en el área de salud, las acciones que se llevaron a cabo al respecto no alcanzaron a abarcar todos los elementos que desde la investigación pueden ser abordados. Ahora bien, aunque por medio de las visitas domiciliarias se hizo posible la observación y análisis de las condiciones socioeconómicas de los pacientes, esta información no fue sistematizada para generar nuevos conocimientos, lo que implica la necesidad de realizar nuevos procesos que conlleven a la creación de conocimiento; como una de las mayores necesidades de la profesión.

Otro de los roles desempeñados, fue el de **Director (a) y gestor (a)**, por medio del diseño y ejecución de una planeación estratégica que respondió a la realidad del paciente y el contexto que lo rodeaba. Dentro de este rol se incluye el diseño y

ejecución de módulos de talleres con usuarios directos y con cuidadores de pacientes con enfermedad crónica, además de la realización de talleres con el equipo de trabajo, orientados a mejorar la calidad de la atención a los pacientes. A su vez, la realización de los trámites necesarios para la inclusión de los pacientes al P.A.H., contribuyendo al mejoramiento de su salud y a su calidad de vida.

Dentro del rol de **asesor (a)** se propició la creación y mantenimiento de canales efectivos de comunicación entre los miembros del equipo de trabajo P.A.H., y los usuarios; se apoyó la iniciativa de los usuarios en torno a la creación de programas que respondían a una realidad sentida por cada sujeto. También se motivó la resolución de problemáticas que se propiciaban en los entornos familiares de los usuarios, facilitando no solo un adecuado funcionamiento de los servicios prestados por el P.A.H, sino también el consenso a nivel familiar frente a determinada situación. La asistencia y participación en las reuniones mensuales con el equipo interdisciplinario también permitió brindar asesoría acerca del contexto y la realidad social que involucra al paciente, de manera que los procesos se pudieran llevar de forma sistémica. Finalmente, la comunicación y orientación al paciente que facilitó la apropiación de la idea que relaciona la salud con la importancia de cuidarse a nivel físico y mental.

El rol de **Coordinador (a)**, se ejerció por medio del control en la ejecución de la planeación estratégica diseñada; la verificación de la evolución de los pacientes en su proceso de mejora; el contacto con los pacientes que requerían visita domiciliaria y el registro en las respectivas historias clínicas del concepto profesional; entre otras acciones colaterales que aun cuando no se encontraron planteadas en la planeación si reflejaron esta característica en la estudiante en práctica.

Otro de los roles desempeñados, considerado el más importante en este proceso, fue el de **educador (a)**, ya que la mayoría de acciones desarrolladas estuvieron encaminadas a orientar y capacitar a los pacientes y a sus familias en los problemas consecuentes de la enfermedad, con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, aceptándola como un valor colectivo que deben preservar.

La promoción, ya que se suministró información sobre los derechos y deberes de los ciudadanos-usuarios de los servicios de salud, prestados por el P.A.H., y por la FOSCAL en general. La prevención, al estudiar las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a los mejores niveles de salud, al participar en el estudio de la calidad y la cantidad de los servicios y recursos de salud a que tienen acceso los usuarios del Programa, por medio del seguimiento telefónico y la medición de la satisfacción del usuario y finalmente, al orientar y fortalecer la unidad familiar y capacitar a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros.

La recuperación, a partir de la contribución junto con el equipo de trabajo, para reducir, atender y reparar los daños causados por la enfermedad y capacitar al paciente y a su familia, especialmente el cuidador principal, para que sean agentes de su mejoría. Finalmente, la rehabilitación, intentando asegurar que todo enfermo o minusválido físico o mental pueda lograr el uso máximo de su potencialidad. Al respecto cabe resaltar que no fue posible cumplir este rol desde el punto de vista comunitario; es decir no se hizo posible la orientación al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social del enfermo o minusválido, debido fundamentalmente al reducido tiempo; lo que evidencia el gran trabajo que tiene la profesión en salud y las distintas esferas que es imposible alcanzar a trabajar cuando no se cuenta con disponibilidad amplia de tiempo y de profesionales interesados en el tema.

Es importante también mencionar que uno de los roles decisivos para la profesión y al que no se responde de manera continua durante los procesos de práctica, es la participación en la formulación, ejecución y evaluación de políticas de salud orientadas hacia la reducción o eliminación de las desigualdades para el acceso a la salud. A pesar que a partir del proceso de práctica se aportan pequeños pasos en la construcción de mejores condiciones de vida, no hay una incidencia concreta en la generación o participación en política pública, lo que refleja la necesidad de aportar en la reconstrucción o retroalimentación de la política en salud e interrelacionarla con las demás esferas sociales de la misma, para que la acción profesional no se limite a trabajar desde los efectos ya causados por acontecimientos sociales que pueden ser mitigados de manera oportuna.

Ahora bien, al establecer la relación entre teoría y práctica, se puede afirmar que Trabajo Social es un quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico-sanitarias a través de programas integrados y no de acciones aisladas del todo, que en este caso es la institución de salud, de la cual es un subsistema, sea ésta Ministerio o Secretaría de Salud, Coordinación Sanitaria Regional u Hospital. Esto significa también que el ser humano como foco de acción profesional tiene que ser visto como un sistema, así como fue entendido durante este proceso de acción, que se vio afectado directamente por los subsistemas que constituían su entorno. Fue precisamente por esto, que en cada acción desarrollada se tuvo en cuenta el conjunto de subsistemas que rodeaban al sujeto, su familia, su cultura, su situación socio-económica, en general, para entender la manera como se debía reaccionar frente a determinada problemática.

Se comprendió que el sistema de hábitos físicos y mentales está determinado por una serie de preconceptos y actitudes influidas por el contexto y fue así que se pudo realizar un conjunto de acciones que realmente tuvieran impacto en la población con que se trabajó. Cada concepto definido y analizado permitió actuar en una realidad variada y dinámica con las suficientes bases y elementos para

conocer de mejor forma el escenario; pero por supuesto, con la madurez conceptual suficiente para no intentar encerrar la realidad en marcos teóricos o conceptuales, reconociendo que lo social se representa en procesos cambiantes y transformados constantemente.

El enfoque de necesidades planteado como una base teórica fundamental para la acción, facilitó el reconocimiento del sujeto como un conjunto de necesidades reunidas, algunas satisfechas, otras no. Este enfoque orientó las acciones desarrolladas al aportar al diseño de propuestas que propiciaran la satisfacción de algunas de las necesidades que tienen los seres humanos. Este intento no se vio frustrado ya que generó por lo menos el saber sobre ciertas acciones concretas que aportaron a la salud, pero no se puede desconocer que la transformación que permite la satisfacción o alcance de las necesidades humanas depende en su mayoría de cada sujeto de acción, de la convicción que éste tenga frente a la importancia de transformar su propia realidad en aras de alcanzar mejores condiciones de vida y en este caso específico, de la interiorización que logre hacer de los aprendizajes obtenidos.

Cuando se trata de complicaciones en la salud, donde se incluye también el caso de una enfermedad crónica, como foco de acción del Programa de Atención en el Hogar, significa enfrentarse a una dimensión global que comprende no sólo esta área sino todos los campos de la vida del paciente; por esto, la acción de Trabajo social se orienta a la satisfacción de las necesidades integrales del usuario originadas por el diagnóstico de salud determinado y además facilita que las personas desarrollen sus propios recursos para afrontar los diferentes problemas.

Para citar un ejemplo y entender mejor lo mencionado con anterioridad, por medio de los talleres realizados con los (las) cuidadoras de pacientes con enfermedad crónica, se aportó a la satisfacción de necesidades de entendimiento y a la vez

participación, al propiciar espacios de interacción formativa, donde por medio de la participación y socialización de experiencias se generó nuevos conocimientos y aprendizajes; así como el reconocimiento de saberes nuevos y la posibilidad de replantear pre-saberes que en ocasiones no eran los más apropiados para el bienestar físico y mental del sujeto.

En estos encuentros, así como en las visitas a los demás usuarios del programa, se desarrollaron procesos que consistieron en brindar educación individual y familiar desde el enfoque de promoción de estilos de vida saludable y prevención, por medio de cartillas diseñadas con temáticas alusivas a estas áreas, aplicando así la resolución 412 del 2000, en la que se dispone toda acción en materia de promoción de la salud.

Específicamente a partir de la educación enfocada al desarrollo de actitudes favorables a la salud, no solo para la detección y prevención de enfermedades sino también para prevenir alteraciones o complicaciones de la enfermedad o enfermedades existentes, se dio cumplimiento al artículo 9 (detección temprana) por el cual se adoptan las normas técnicas para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; se hizo énfasis en la norma técnica relacionada con la detección de alteraciones del adulto (mayor de 45 años), ya que fue el grupo poblacional que tuvo preponderancia en la atención brindada por el Programa de Atención en el Hogar. Esto por mencionar solo algunas de las normas técnicas aplicadas en el proceso de acción profesional.

Cabe resaltar que el tipo de metodología empleada en cada acción ejecutada generó espacios donde los participantes se apropiaron de la construcción del conocimiento a partir de procesos de comunicación-información-educación-movilización, los cuales requerían de elementos imprescindibles tales como la reflexión, el análisis y la retroalimentación. Esto reafirmó una de las

características que debe tener todo profesional en Trabajo Social, que es la capacidad para generar impacto en la forma como los sujetos ven y analizan su propia realidad.

Finalmente, aún al reconocer la capacidad de toma de decisiones de cada sujeto y la orientación en términos positivos que cada usuario debe dar a sus acciones, ya que se le reconoce como actor de su propio desarrollo, una debilidad encontrada en todo el proceso de ejecución, especialmente con los usuarios del servicio de antibiótico y curaciones, que se constituye como población fluctuante, es que no es posible dar continuidad al proceso educativo iniciado desde Trabajo Social, por la misma condición de la población. Esto imposibilita el hecho de estudiar el impacto real que tienen las acciones desarrolladas con este grupo poblacional y por ende conocer las debilidades o aspectos que deben ser mejorados.

5. EVALUACIÓN

La evaluación fue un proceso continuo que se desarrolló durante toda la experiencia y se realizó en dos momentos. El primero, al finalizar cada una de las acciones estratégicas ejecutadas, lo cual permitía medir el cumplimiento de los objetivos planteados y la eficacia de cada proceso desarrollado y el segundo, al finalizar todo el proceso de acción profesional.

El proceso de práctica desarrollado por la anterior estudiante aportó la base para proponer uno de los objetivos de práctica planteados, referido al apoyo en el proceso de certificación de la Foscal y la política de calidad a la que debe responder el P.A.H. En relación con los dos objetivos restantes se debe mencionar que surgieron a partir del proceso de ubicación y diagnóstico llevado a cabo al inicio del proceso de práctica. Se reconoce que el trabajo realizado con anterioridad y las temáticas profundizadas fueron muy importantes, pero cabe resaltar que no fue encontrado ningún registro claro de los procesos de ejecución llevados a cabo, ni soportes de las acciones desarrolladas y precisamente por estas condiciones, en el actual proceso se intentó transformar las debilidades encontradas en fortalezas y oportunidades de mejoramiento.

Ahora bien, en relación directa con las acciones emprendidas, fue posible el diseño, organización e implementación de estrategias enfocadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y al desarrollo afectivo entre madre – hijo, así como el apoyo en el mejoramiento de la calidad de atención en salud a los usuarios que se beneficiaron del programa de atención en el hogar; al reconocer la necesidad de trabajar de manera distinta con cuatro grupos de población; uno constituido por los usuarios que recibieron tratamiento antibiótico o curaciones; otro, por cuidadores de pacientes en situación crónica y por ende con los usuarios directos; otro por el equipo de trabajo que se encarga de la prestación

de los servicios y otro, por las maternas quirúrgicas que se vincularan al programa después de cumplir con los requisitos de inclusión al mismo.

Estos cuatro grupos, especialmente el primero y segundo, constituyeron el principal foco de acción, más no el único, debido al desarrollo también de actividades colaterales que enriquecieron el trabajo así como el saber de la estudiante y debido también a la dificultad presentada con los otros dos grupos para realizar a plenitud las actividades planeadas.

En relación con la atención dada a pacientes crónicos, es importante mencionar que se realizaron seguimientos individuales dependiendo de la complicación o situación específica vivida por los mismos. Estos seguimientos permitieron la generación de conocimientos derivados de la experiencia y de la utilización de enfoques y marcos teóricos vistos durante el proceso educativo.

En cuanto al programa dirigido a cuidadores, aún cuando el número de personas involucradas en el proceso fue pequeño, el impacto fue muy grande pues se conformó un grupo de apoyo que permitió la generación de aprendizajes a partir de la vivencia de cada participante y se hizo posible la aprehensión de nuevos conocimientos a nivel teórico y nuevas formas de asumir la vida y afrontar las diversas dificultades que se puedan presentar. Con estos dos grupos con que se trabajó hubo una retroalimentación importante de saberes, pues por una parte se intentó aportar desde lo académico y personal por parte de la estudiante en práctica y por otro, se recibió un significativo insumo desde los usuarios a nivel de experiencia, fortaleciendo no solo las relaciones interpersonales sino también propiciando reflexión frente a diferentes situaciones de la vida.

En el diseño e implementación del programa dirigido a maternas quirúrgicas, se presentaron dificultades relacionadas con los criterios de inclusión al mismo. Fue entonces muy bajo el número de maternas que aplicó para el programa, pero es

importante recalcar que el insumo quedó listo para que aún, cuando el impacto a nivel cuantitativo no sea muy grande, se sigan dando las charlas y socializando la cartilla elaborada ya que constituye una base necesaria en el proceso de educación y socialización durante el primer ciclo de vida de los niños y niñas.

Otro de los objetivos del programa estaba dirigido a dar apoyo al proceso de certificación de la Foscal, a dar cumplimiento a la política de calidad y eficiencia en los servicios, a que debe responder el P.A.H. De esta manera se trabajó con el equipo del programa en temas como el trabajo en equipo, la cooperación, el sentido de pertenencia, y las competencias a nivel laboral. En este sentido, aunque no se realizó la totalidad de talleres programados, los que se hicieron posibles, fomentaron en el equipo la reflexión frente a la importancia de trabajar de manera conjunta no solo para cumplir con reglamentos de tipo procedimental, sino para garantizar a los usuarios una atención de calidad.

Fue posible también aplicar una encuesta a usuarios que recibieron el servicio del programa, permitiendo así realizar una evaluación en la prestación del servicio y recibir también recomendaciones para generar oportunidades de mejoramiento. En el marco de este objetivo también se elaboró una página de internet que generará un gran impacto en el momento que se vincule a la intranet de la Foscal, debido al desconocimiento que tiene el personal interno de la institución de la existencia del programa y permitirá la expansión del mismo.

Se realizó seguimiento a los usuarios activos, generando de esta forma no solo confianza sino eficacia y eficiencia en la prestación del servicio, además del descubrimiento de problemáticas familiares y personales específicas en algunos usuarios, lo que propició el desarrollo de habilidades y la aplicación de conocimientos en el área de atención psicosocial-individual. Finalmente se logró el empoderamiento de algunos usuarios con quienes se socializó el formato de derechos y deberes de los usuarios Foscal, en relación con los mismos y con la

necesidad de reconocimiento de derechos en salud y con la importancia de asumirlos y aplicarlos.

De manera general durante el proceso de intervención se comprendió que el abordaje en salud es bastante holístico debido a que abarca varias áreas de trabajo social, y se hace posible el desarrollo de competencias en el accionar con sujetos y con grupos, en temáticas relacionadas con aspectos psicosociales, redes sociales, construcción de personalidad y autoestima, promoción de mejores modos de vida, más sanos. También se hizo posible la acción de apoyo al mejoramiento en la calidad de la prestación del servicio, aspecto que propicia el alcance de verdadera calidad en el sector salud.

El tener este tipo de experiencias es muy gratificante, ya que es un campo en el que se pueden desarrollar habilidades como la creatividad, innovación e integralidad, además de ser muy amplia la acción que se puede desarrollar. Precisamente por lo enriquecedor del campo es muy importante que se refuercen los contenidos aportados desde la cátedra, de manera que los aprendizajes construidos a partir de la experiencia sean aun más amplios y continúen aportando al desarrollo profesional.

Finalmente, ha quedado un soporte de la acción desarrollada y la base para seguir construyendo, reconstruyendo y reafirmando la importancia del rol que Trabajo Social puede desempeñar en el área de salud, a partir de la creación de espacios de reflexión –acción y de construcción de saberes, de nuevos conocimientos, de nuevas formas de aprender, de vivir, de cuidar el cuerpo y la salud. Pero además, se ha generado un gran impacto desde un pequeño espacio, por el simple hecho de involucrar la profesión en un programa que requiere de atención integral y de apoyo educativo a nivel de prevención y tratamiento de factores de riesgo así como de fortalecimiento de factores protectores de la salud.

6. DISEÑO DE UN MEDIO COMUNICACIONAL ALTERNATIVO COMO BASE PARA EL APOYO A LOS Y LAS CUIDADORAS DE PACIENTES CRÓNICOS, ASI COMO A PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN SU LABOR CON ESTE GRUPO POBLACIONAL

6.1 SITUACIÓN PROBLEMA

La enfermedad crónica produce un impacto sobre la familia y el cuidador, cuya magnitud y consecuencias dependen del tipo de enfermedad (diabetes, cáncer, etc.); el estado de la enfermedad (inicial o Terminal); la estructura familiar (familia completa, madre soltera, hijo único); el rol de la persona enferma crónica (hijo, abuelo, padre); el ciclo vital individual y familiar (criando niños, ancianos). Todos estos aspectos se deben tener en cuenta al abordar a los cuidadores⁶⁰. Además, la enfermedad crónica se caracteriza porque requiere intervenciones permanentes, lo que justifica un programa dirigido a este grupo.

Ahora bien, la experiencia de ser cuidador implica hacer cambios en el estilo de vida y reorganizar la vida laboral y social. En la experiencia obtenida a partir del proceso de acción profesional en el P.A.H, se encontró que los y las cuidadoras terminan aislándose de sus amigos, sus actividades antes cotidianas, incluso su familia inmediata, pues el cuidado del paciente requiere de todo su tiempo. Se llega a un punto en el que existe un sobrepeso de trabajo que conlleva al desarrollo de alteraciones internas y externas que afectan significativamente la salud y desarrollo social integral de la persona.

Es claro entonces que la experiencia de ser cuidador (a) acarrea sensaciones positivas: satisfacción por el cuidado del ser querido, búsqueda de su bienestar;

⁶⁰ HERRERA SANCHEZ, Beatriz. Programa "Cuidando a Cuidadores Familiares" Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Medwave. Vol. 11, Diciembre. Colombia, 2008. P.4. consultado en Julio de 2009. (vía Internet) <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/3663>

pero desafortunadamente suelen ser más intensos los sentimientos negativos de sobrecarga, depresión, impotencia, tristeza y también de culpabilidad. A esto se agrega la censura y reclamos de otros familiares, que muchas veces critican el manejo del cuidador, aspecto que fue evidenciado a partir de los talleres realizados durante el proceso de acción profesional descrito con anterioridad, donde por medio de ejercicios de retroalimentación los y las cuidadoras pudieron expresar sus sentimientos.

Es por esto que la principal motivación para trabajar con los cuidadores familiares proviene de las vivencias personales, lo que han expresado, a lo que se han tenido que enfrentar en el proceso de cuidado, a la desesperanza de sus pacientes que termina siendo desesperanza propia. La dura experiencia de trabajar con enfermedades sin expectativas de curación, de luchar contra la limitación y la dependencia genera muchas frustraciones, pero también grandes satisfacciones cuando se logra superar con éxito los retos y cuando se logra encontrar una forma de sobrellevar la situación, cuando se encuentra una voz de aliento.

Teniendo en cuenta que desde Trabajo Social, se intenta trascender en la forma de llegar a la población y crear un real impacto, se ha pensado en un medio de comunicación informático que permita dotar a la población sujeto-objeto constituida por los y las cuidadoras, no solo que hacen parte del P.A.H, sino toda aquella población que se pueda beneficiar, de herramientas suficientes no solo para tener éxito en el cuidado del paciente, sino para alcanzar mejores condiciones de vida, desde lo mental, psicológico, social y físico, contando con una fuente importante de conocimiento y apoyo social, plasmado en una página web. Este elemento comunicacional que se fundamenta en la estrategia de información, educación y comunicación IEC, para la promoción de la salud, no solo aportará a los y las cuidadoras información y apoyo mediante foros, sino

también, brindará a profesionales en Trabajo Social en su rol de educadores, herramientas básicas y metodológicas para trabajar con este grupo poblacional.

6.2 JUSTIFICACIÓN

Comunicarse en el siglo actual implica conocer y usar herramientas tecnológicas que faciliten y dinamicen la información a gran cantidad de personas, estar inmersos en una sociedad cuyas comunicaciones cada día son más globalizantes. Exige estar a la vanguardia con las tecnologías de información ya que éstas facilitan interactuar en un mundo donde la ciencia y la tecnología determinan el desarrollo social, económico político y cultural. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) son un conjunto de servicios, redes, software y aparatos que al recibir un buen uso pueden contribuir al mejoramiento de calidad de vida de las personas dentro de un entorno y que se integran a un sistema de información interconectado y complementario.

En toda actividad o acción, en especial en cualquier proceso educativo y de aprendizaje las TIC aportan todas las herramientas necesarias para innovar las actividades y metodologías de enseñanza y llegar más eficazmente a la población, llevar nuevos ingredientes motivacionales y lúdicos, agilizar, optimizar y ampliar los procesos educativos, pues facilita la expansión de la acción llegando a más espacios dentro de lo institucional, familiar e individual.

Se ha considerado esta propuesta como una estrategia de información, educación y comunicación enfocada a la promoción de la salud y también encaminada a tratar factores de riesgo presentes en el proceso de cuidado de los y las cuidadoras de pacientes con enfermedad crónica. También dirigido, como ya fue mencionado antes, a Trabajadores (as) Sociales que desde la educación quieran implementar metodologías de talleres dirigidos específicamente para cuidadores, desde un enfoque concreto de la profesión. Esta forma de comunicar, enseñar y

aprender se ha considerado la más efectiva, eficiente y agradable, además, para motivar a los y las cuidadoras en el proceso que viven; es una manera de iniciar nuevas formas de apoyo permanente y actualizado constantemente. Se tiene en cuenta la novedad de esta propuesta, ya que no existen muchas experiencias comunicacionales de este tipo y con estas características.

Además es importante empezar a trascender por medio de procesos interdisciplinarios, que permitan integrar distintos conocimientos y contenidos de asignaturas vistas durante el proceso de aprendizaje, vinculándolos a actividades prácticas y transformadoras del quehacer cotidiano de la profesión.

Finalmente es importante aclarar que se pueden encontrar limitaciones como: falta de computadores en algunos hogares, la permanencia y costo de los servidores de Internet, la actualización de la Web que requiere de personal especializado que no siempre está disponible, entre otras dificultades que pueden surgir; pero se debe también tener en cuenta que esta es la manera más funcional para que personas que tienen limitado tiempo, puedan sentirse apoyadas de alguna manera y para comunicar de forma permanente y actualizada los logros obtenidos a partir del proceso de acción desarrollado.

6.3 ELEMENTOS BÁSICOS DE LA PROPUESTA

Programas a emplear en el diseño del sitio Web. La herramienta a utilizar para el diseño del sitio web es dreamweaver, que permite a sus usuarios diseñar, desarrollar y mantener de forma eficaz sitios y aplicaciones y que además facilita utilizar un editor de diseño, un código de primera calidad en una sola herramienta y agregar video, imágenes y gráficos, fácilmente. Con Dreamweaver y Flash Video es posible agregar rápidamente contenidos de vídeo en la Web y permite un acceso rápido para realizar cambios y actualizaciones de manera muy sencilla.

Población objetivo y coordinador (a) – educador (a) del sitio. Los visitantes web objetivo inicialmente se constituyen por todos los (as) cuidadoras que conforman el grupo del P.A.H, y que tuvieron la experiencia de trabajar durante el proceso de acción profesional desempeñado y por supuesto por todos los y las cuidadoras que se encuentren vinculados a la Foscál a partir de sus pacientes. Posterior a la aplicación de esta prueba piloto, se espera poder extender el grupo de visitantes objeto, y que el sitio web pueda ser vinculado a páginas Gubernamentales que quieran aportar al bienestar y calidad de vida de este grupo poblacional, por medio de este tipo de estrategias de información, educación y comunicación. En este proceso de comunicación el educador-comunicador-coordinador continúa siendo una figura necesaria, pero ya no como emisor exclusivo, sino como facilitador-animador, que aporta también al proceso, pero respetando el ritmo de los grupos y sin adelantarse a su propia búsqueda. Su principal función es la de ordenar y organizar el diálogo inter grupal y crear condiciones pedagógicas que favorezcan la participación y el aprendizaje.

Los contenidos. Aunque la presente propuesta tiene como base el empleo de medios informáticos, éstos son vistos como vehículos comunicadores útiles, pero no como agentes educativos per se. Se ha generado una mayor preocupación por los contenidos y las metodologías que por el empleo de medios. Se considera a la comunicación como diálogo, intercambio, dinámica de interacción componente de un proceso educativo y no solo como uso de medios tecnológicos de transmisión. La comunicación en la presente propuesta no se define desde la tecnología sino desde los procesos humanos, sean éstos interpersonales o a distancia.

Ahora bien, los contenidos estarán divididos en varias fases: una que contendrá toda la información básica del sitio, la misión, la visión, los objetivos, la justificación, etc.; otra en la que se encontrará toda la información con relación al cuidador, sus características, los cuidados a tener con el paciente crónico etc; de igual forma se encontrará aquí las temáticas importantes en relación con la salud

del cuidador y el desarrollo de mejores habilidades para la vida, como lo relacionado con estilos de vida saludable, auto cuidado, salud mental, autoestima, el valor de la familia en el proceso de cuidado, y las respectivas cartillas o folletos adjuntos a cada temática, así como videos de reflexión e historias que activarán la motivación y reflexión de los sujetos. Otra de las fases contendrá las metodologías para llevar a cabo talleres en las áreas antes mencionadas, enfocadas desde Trabajo Social, para que profesionales en el área cuenten con un apoyo en el trabajo con este grupo poblacional. Finalmente se encontrará una red de apoyo que consistirá en relacionar a los cuidadores visitantes con otras entidades, organizaciones y profesionales que estén dispuestos a apoyar su situación y que constantemente se retroalimente con las consultas y aportes de sus usuarios (cuidadores, inicialmente vinculados a la Foscal, Trabajadores (as) Sociales y profesionales en Salud). Además se expondrán páginas Gubernamentales y enlaces de interés para hacer aun más integral el sitio y se comunicarán eventos y noticias relacionadas con la Foscal y que aporten al diario vivir de los y las cuidadoras.

El tiempo y los recursos. Esta propuesta no puede establecer un tiempo definido, debido a que consiste en un sitio web que puede ser diseñado y puesto en marcha en determinado tiempo, en este caso 4 meses, pero que por su característica de apoyo social y psicológico a sus usuarios web, necesita ser retroalimentado y transformado constantemente (se espera, semanalmente). Esta precisamente es la característica que hace de la propuesta algo innovador e impactante en el bienestar de la población objeto-sujeto. Obviamente todo esto solo es posible con la financiación de la Institución (FOSCAL), para poder implementar y dar continuidad al sitio web. Los recursos humanos se constituyen básicamente por el profesional en Trabajo Social y el profesional en sistemas y los logísticos, como el auditorio para la capacitación, video beam, papelería, etc. Para dinamizar un poco los elementos presentados se puede observar la figura 6. Elementos de la propuesta.

Figura 5. Elementos de la propuesta de acción



6.4 OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

Objetivo General. Influir en el mejoramiento de los procesos de cuidado de pacientes crónicos y en la salud del cuidador, así como en el rol educativo desempeñado por Trabajo Social en el área, mediante una estrategia de información, educación y comunicación (sitio web, adjunto a la página de la FOSCAL), que funcione como red de apoyo y como orientación en el desarrollo de actividades de promoción y prevención.

Objetivos Específicos.

- Fortalecer el proceso de enseñanza-aprendizaje entre educadores de Trabajo Social y cuidadores de pacientes crónicos, para promover el mejoramiento de la salud de este grupo poblacional, mediante el diseño de un sitio web como herramienta continua, permanente y retro alimentadora, utilizando la herramienta informática Dreamweaver.

- Dar a conocer a los y las cuidadoras temáticas enmarcadas dentro de las políticas de promoción y prevención, con el fin de mejorar su calidad de vida, su salud y fortalecer sus habilidades de cuidado propio y del paciente.
- Divulgar a profesionales en Trabajo Social, metodologías dinámicas para trabajar con grupos de cuidadores de pacientes crónicos, con el fin de fortalecer los procesos educativos y generar retroalimentación de saberes desde la profesión.

6.5 MATRIZ DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: Fortalecer el proceso de enseñanza-aprendizaje entre educadores de Trabajo Social y cuidadores de pacientes crónicos, para promover el mejoramiento de la salud de este grupo poblacional, mediante el diseño de un sitio web como herramienta continua, permanente y retro alimentadora, utilizando la herramienta informática Dreamweaver.				
ESTRATEGIA: Diseño y socialización de un sitio web, vinculado a la página de la FOSCAL, como herramienta continua y permanente de enseñanza-aprendizaje entre educadores de Trabajo Social y cuidadores de pacientes crónicos; utilizando la herramienta informática Dreamweaver.				
ACCIONES ESTRATÉGICAS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES	RESPONSABLES
1. Socialización de la estrategia de diseño del sitio web, su visión, misión, justificación, objetivos, formato básico del sitio, cronograma del diseño y presupuesto.	<p>Elaboración de los contenidos de la página de inicio del sitio web, como misión, visión, justificación y objetivos.</p> <p>Elaboración de una presentación Power Point a la coordinación del P.A.H, y gestión humana de la FOSCAL, para exponer la propuesta.</p> <p>Presentación de la propuesta a la coordinación P.A.H, y de gestión Humana de la Foscal</p>	<p>Elaborar el 100% de los contenidos de la página de inicio del sitio web durante el primer mes del proyecto.</p> <p>Elaborar una (1) presentación power point y exponerla al 100% de personas invitadas; durante el primer mes del proyecto.</p>	<p>Contenidos elaborados: misión, visión, justificación, y objetivos del sitio web.</p> <p>Documento Power Point elaborado.</p> <p>Número de personas a quienes se socializó la estrategia de diseño del sitio web/Total de personas a quienes se tenía que hacer la socialización.</p>	Profesional en Trabajo Social-Mery Ballesteros C.
2. Construcción y socialización del Sitio web (sus contenidos) para incluir en la página institucional.	<p>Contacto con un profesional de sistemas para el apoyo directo en la elaboración del sitio web.</p> <p>Diseño del menú principal con que contará el sitio web por medio del apoyo profesional de sistemas. (Inicio, información educativa, cartillas, folletos, videos e historias de reflexión, metodologías de talleres para cuidadores, red de</p>	<p>Contar con un (1) profesional en el área de sistemas para el primer mes del proyecto.</p> <p>Al segundo mes del proyecto estará diseñado el menú principal con la información básica e interfaces que manejará el sitio web.</p> <p>124</p> <p>Vincular para el tercer mes del</p>	<p>Número de profesionales contactados/total de profesionales que se debía contactar.</p> <p>Número de temáticas y elementos incluidos en el menú del sitio/total de temáticas y elementos que debían ser incluidas en el menú.</p>	Profesional en Trabajo Social-Mery Ballesteros C.

	<p>apoyo, enlaces de interés y noticias.)</p> <p>Contacto con organismos y entidades nacionales e internacionales, así como profesionales de distintas áreas que quieran conformar la red de apoyo a cuidadores.</p> <p>Contacto con cada cuidador ya focalizado para la red de apoyo (aquellos con quienes ya se adelantó trabajo durante el proceso de acción profesional)</p> <p>Capacitación al personal de salud Foscal, para el manejo de la página, su retroalimentación y el reporte de cuidadores (as) de pacientes crónicos (pretendiendo su vinculación a la red de apoyo en el sitio web)</p> <p>Apoyo al profesional en sistemas, en la vinculación del sitio web a la página institucional Foscal.</p> <p>Socialización del sitio web a toda la población usuaria interna y externa de la Foscal, por medio de enlaces intranet y afiches.</p>	<p>proyecto; un mínimo de 5 entidades u organismos y 10 profesionales en distintas áreas, que apoyen la red.</p> <p>Vincular al 100% de cuidadores (as) vinculados al P.A.H y a la FOSCAL para el tercer mes del proyecto.</p> <p>Capacitar al 70% del personal médico Foscal en el manejo del menú y los contenidos centrales del sitio web, durante el cuarto (4) mes del proyecto.</p> <p>Vincular el sitio web a la página institucional con todas (100%) las interfaces y contenidos creados, incluidos y disponibles en la página institucional de la Foscal para el cuarto (4) mes del proyecto.</p> <p>Realizar la socialización del sitio web, finalizando el cuarto (4) mes del proyecto, a un 50% de la población usuaria interna y externa Foscal.</p>	<p>Número de entidades, organismos y profesionales vinculados a la red / número de entidades, organismos, y profesionales esperados por vincular.</p> <p>Número de cuidadores (as) vinculados (as) a la red / total de cuidadores (as) vinculados (as) a la FOSCAL.</p> <p>Número de profesionales del área médica capacitados / total de personal médico de la Foscal.</p> <p>Sitio web vinculado a la página institucional.</p> <p>Total de interfaces y contenidos incluidos en el sitio / 100% de inter fases y contenidos que se planteó incluir.</p> <p>Número de afiches y enlaces intranet realizados / Total de visitantes del sitio web durante determinado tiempo.</p>	
<p>OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: Dar a conocer a los y las cuidadoras temáticas enmarcadas dentro de las políticas de promoción y prevención, con el fin de mejorar su calidad de vida, su salud y fortalecer sus habilidades de cuidado propio y del paciente.</p>				

ESTRATEGIA: comunicación, información y educación frente a las temáticas enmarcadas dentro de las políticas de promoción y prevención (estilos de vida saludable, auto cuidado, autoestima, salud mental, entre otras) enfocadas a mejorar la calidad de vida de los y las cuidadoras de pacientes crónicos de la Foscal.

ACCIONES ESTRATÉGICAS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES	RESPONSABLES
1. Diseño de un manual inductivo para el ingreso al sitio web.	Elaboración de un manual con contenidos básicos para el manejo del sitio web, iniciando por la forma de utilizar un computador, hasta la forma de visualizar cada contenido del menú del sitio web.	Elaborar un (1) manual de ingreso al sitio web con cada paso necesario para el cuarto mes (4) del proyecto	Manual diseñado.	Profesional en Trabajo Social- Mery Ballesteros C
2. capacitación a los y las cuidadoras vinculados a la Foscal para el ingreso al sitio web.	Convocatoria a cuidadores (as) de pacientes crónicos para la capacitación de ingreso al sitio web. Capacitación a cuidadores (as) el manejo de computadores y el ingreso al sitio web.	Elaborar la convocatoria para la capacitación por medio de volantes durante el cuarto (4) mes del proyecto. Llevar a cabo la capacitación al 100% de cuidadores (as) al finalizar el cuarto (4) mes del proyecto.	-Convocatoria realizada. -Total de cuidadores de pacientes crónicos vinculados a la Foscal / Total de cuidadores (as) convocadas. Número de cuidadores convocados / Total de cuidadores a quienes se capacitó.	Profesional en Trabajo Social- Mery Ballesteros C.
3. Inclusión de los contenidos (información, videos, historias de reflexión) educativos y vinculación de los mismos a la web (apoyo profesional Sistemas)	Perfeccionamiento de los contenidos para su vinculación al sitio web.	Vincular a la web el 100% de contenidos y temáticas trabajadas durante el proceso de práctica durante el tercer (3) mes del proyecto.	-Número de temáticas incluidas en el sitio / total de temáticas que se desarrollaron durante el proceso de acción profesional. -contenidos incluidos.	Profesional en Trabajo Social- Mery Ballesteros C.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: Divulgar a profesionales en Trabajo Social, metodologías dinámicas para trabajar con grupos de cuidadores de pacientes crónicos, con el fin de fortalecer los procesos educativos y generar retroalimentación de saberes desde la profesión.

ESTRATEGIA: Socialización de metodologías dinámicas experimentadas durante el proceso de práctica y sistematizadas para el fortalecimiento de las acciones profesionales de Trabajo Social con relación a los (las) cuidadores (as) de pacientes crónicos, específicamente en el rol educativo.

ACCIONES ESTRATÉGICAS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES	RESPONSABLES
1. Inclusión en el sitio web de las metodologías de talleres participativos para el trabajo con cuidadores (as) de pacientes crónicos.	<p>Revisión, perfeccionamiento y sistematización de las metodologías utilizadas para el desarrollo de talleres participativos en temáticas enfocadas a la promoción de estilos de vida saludable y prevención de enfermedades.</p> <p>Introducción de las metodologías al sitio web con apoyo del profesional en sistemas vinculado al proyecto.</p>	<p>Sistematizar las metodologías correspondientes al 100% de talleres llevados a cabo en el proceso de práctica profesional; durante el segundo (2) mes del proyecto.</p> <p>Vincular el 100% de metodologías al sitio web para el cuarto (4) mes del proyecto.</p>	<p>-Metodología de cada taller realizado.</p> <p>-Total de talleres realizados / total de metodologías sistematizadas.</p> <p>Disponibilidad en el sitio web del vínculo correspondiente a las metodologías para realizar talleres participativos en cada temática específica.</p>	Profesional en Trabajo Social- Mery Ballesteros C.

6.6 PROCESO METODOLÓGICO

Este proceso educativo, en su metodología, no solo está enfocado a proporcionar un conocimiento de carácter informativo sino que está dirigido a generar una forma distinta de apoyo a este grupo poblacional, y una manera creativa de proporcionar información y conocimientos que favorecen el desarrollo de mejores condiciones de vida y la posibilidad de adoptar en la practicidad nuevos hábitos de vida. Esta propuesta además genera la posibilidad de reproducir los aprendizajes en red, por medio de la estrategia voz a voz que facilita la comunicación de conocimientos.

La propuesta está compuesta básicamente por 3 fases: la primera de ellas "*Recopilación de contenidos*" se refiere a la recolección de todos los datos, imágenes, videos, textos, cartillas y en general todo el contenido que se encontrará en el menú del sitio. Esta fase requiere que el profesional en Trabajo Social retome todos los elementos contenidos y trabajados en el proceso de práctica, los mejore, los actualice, los sistematice y finalmente los comunique a la población de cuidadores (as) visitantes del sitio web, con el objetivo fundamental de generar procesos educativos activos, poco convencionales, motivacionales y dinámicos.

La segunda fase "*inclusión de contenidos*", implica no solo la vinculación de todos los elementos mencionados antes, sino la coordinación con entidades y profesionales para introducción de datos en la red virtual de apoyo a cuidadores (as), la vinculación con el Departamento de sistemas y los profesionales encargados de la página web de la Foscál y la intranet para conocer algunos formatos institucionales a tener en cuenta para el sitio web, entre otras actividades que se ven reflejadas en la matriz de planeación estratégica.

La tercera fase "*Puesta en marcha del sitio web*", se refiere a la socialización del sitio web con todas sus interfaces terminadas, es decir al montaje en la web del

sitio. Para llevar a cabo esto, es necesario realizar una serie de actividades complementarias como capacitación a cuidadores para el manejo de computadores y la posibilidad de ingresar al sitio; socialización del sitio al personal médico y del área social de la Foscál, la participación constante del grupo de cuidadores (as), vinculación de nuevas personas y demás actividades también expuestas en las matrices de planeación. Esta fase también vincula la necesidad de actualizar el sitio web constantemente debido a la red de apoyo constituida. El proceso descrito se puede observar en la siguiente figura:

Figura 6. Proceso metodológico de la propuesta



7. CONCLUSIONES

- Se logró afianzar el reconocimiento existente de la importancia de la profesión en cualquiera de los campos de acción. Específicamente en el área de salud se encontró que la labor profesional generó un gran impacto en los usuarios foco de atención que se evidenció en las actitudes y comportamientos de los mismos frente a las temáticas trabajadas.
- Haciendo referencia a la especialidad de Trabajo Social dentro de las instituciones de salud públicas o privadas (centros de salud, hospitales, consultas de especialistas, etc) se debe tener por objeto, el estudio de los factores sociales que influyen en el fenómeno de salud- enfermedad, así como el tratamiento de las situaciones de malestar psicosocial que surgen como consecuencia de la pérdida de salud física, ya que la realización de acciones desligadas de fenómenos estructurales genera dificultades en el proceso de acción profesional.
- Como profesionales de Trabajo Social, se hace parte de los equipos de salud de atención primaria y especializada, por lo cual la contribución a la Salud Pública está en la defensa de la salud y los derechos sociales de las personas atendidas. Para ésto es necesario trabajar sobre los determinantes sociales y de esta manera aportar al equipo y a las organizaciones de salud una visión integral de la misma incorporando la dimensión social en los procesos de salud- enfermedad.
- La experiencia en el área de salud permitió el desarrollo de destrezas y la utilización de conocimientos existentes en metodologías propias de la profesión centradas en la persona, como el *case work (trabajo social de casos)*, el *group work (trabajo social grupal)* y el *community work (trabajo social comunitario)*.

- El conocimiento de la organización y de la dinámica de trabajo en el área de salud, permitió el establecimiento de relaciones de colaboración con otros profesionales lo que favoreció la prestación integrada de los servicios de salud a los ciudadanos, además de generar conocimientos nuevos relacionados con procedimientos médicos y administrativos.
- Cuando se busca intervenir en la transformación de hábitos de vida es muy importante reconocer las particularidades de la formación cultural individual y grupal de aquellos sujetos con los que se pretende trabajar, a fin de potenciar cambios en los comportamientos de estos grupos e individuos en sentido de propiciar mejor ajustes de los mismos a los entornos meso y macro sociales en que se desempeñan, pero reconociendo siempre su percepción frente a la temática abordada con relación a la realidad vivida.

8. RECOMENDACIONES

Para la institución.

- Dar continuidad al proceso emprendido desde Trabajo social con el fin no solo de fortalecer el programa y que preste atención integral a sus usuarios sino también de seguir posicionando la profesión en el área de salud.
- Hacer la vinculación directa de un profesional en Trabajo Social y de otro grupo de profesionales, como psicólogo (a), nutricionista, fisioterapeuta; para que exista interdisciplinariedad y se logre atender a los usuarios de manera integral.
- Abrir un nuevo espacio además del ya existente para estudiantes en práctica que quieran iniciar nuevos procesos y así lograr mayor posicionamiento de la profesión.

Para la Escuela de Trabajo Social.

- Mantener vigente el convenio entre la Universidad Industrial de Santander y la Fundación Oftalmológica de Santander-Foscal, para que los estudiantes puedan afianzar, aplicar y complementar los conocimientos adquiridos en la academia.
- Llevar a cabo un proceso de empalme entre el estudiante que culmina y el que inicia la práctica académica, para que no se pierda tiempo valioso y para que el estudiante comprenda de mejor forma el tipo de acción desarrollada en el campo.

- Fortalecer la enseñanza en relación con los medios didácticos y de comunicación necesarios e importantes en la profesión para dar a conocer, por medio no solo de la socialización, sino también de la reflexión, distintas temáticas que competen a Trabajo Social.

BIBLIOGRAFÍA

ABEIJON MERCHAN, Juan Antonio. La atención primaria desde la teoría de sistemas. Revista de Servicios Sociales. Vol. 7. Colombia, 1989. 27 p. Consultado en Mayo de 2009. Disponible en internet: <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/La%20atencion%20primaria.pdf>

ARAZANA, Augusto. Manual de atención domiciliaria. Fundación de Atención Primaria. Barcelona: SCMFIC; 2003. 14 p. (Documento físico suministrado en el P.A.H.)

AGUDELO, Carlos y VEGA ROMERO, Román. Revista Gerencia y Políticas de salud. Colombia, 2007. Disponible en internet: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista-1/salud-dossier-foro.pdf>

ARNEDO, Ferrer. Modelos de organización de la atención domiciliaria. 55 p.

ACEMI. GALÁN SARMIENTO, Augusto. El Sistema de Seguridad Social en Colombia. (Presentación diapositiva)

CASTAÑO, Ramón A. Los Mandatos Constitucionales sobre el Derecho a la Salud: Implicaciones de Equidad y Eficiencia. Documento de trabajo n3. Colombia, 2006. 45 p. Consultado en julio de 2009. Disponible en internet: http://www.asivamosensalud.org/descargas/lecturas/Mandatos_Constitucionales_derechos_Salud.pdf

CHIAVENATO, Idalberto. Administración de Recursos Humanos. Mc Graw Hill, México, 1981. 578 p.

CARTA DE OTTAWA. Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud. Canadá, noviembre 1986. 17 p. Consultado en agosto de 2009. Disponible en internet: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205_2.pdf

CORREA TOBON, Ofelia. El auto cuidado. Una habilidad para vivir. 12 p. consultado en Junio de 2009. Disponible en internet: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Bogotá. Ed. 2007.

CALDERON SANTAMARIA, Leonor Alexandra. Descripción de la creación del cargo de Trabajo Social en la Empresa Social del Estado Hospital Local de Piedecuesta. Universidad Industrial de Santander. Escuela de Trabajo Social. 2008. 137 p.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 del 2000. Consultado en Septiembre. Disponible en: www.ministeriodelaproteccionsocial.gov.co

DEPARTAMENTO DE COMUNICACIONES. Portafolio de servicios. 6 p.

DUNCAN, P. FUNLIBRE. Estilos de Vida. En Medicina en Salud Pública. 1986. Consultado en Julio de 2009. Disponible en internet: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>

Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud. Servicio de Atención Primaria de Planificación y Evaluación. Rol Profesional del Trabajo Social en la Atención primaria de la salud. 55 p. Consultado en octubre de 2009. Disponible en internet: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/6/6_1/pdf/ROL_PROFESIONAL.pdf

FOSCAL. Cartilla de Presentación del Programa de Asistencia en el Hogar (P.A.H.) Bucaramanga, 2008. 17 p.

FOSCAL. MANUAL DE INDUCCIÓN. Bucaramanga. Tercera edición. 2009. 13 p.

GARCIA OSPINA, Consuelo Y TOBÓN CORREA, Ofelia. Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención Básica ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa? Colombia, 2002. 17 p. Consultado en Junio de 2009. Disponible en internet: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205_2.pdf

HERRERA SANCHEZ, Beatriz. Programa "Cuidando a Cuidadores Familiares" Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Medwave. Vol. 11, Diciembre. 2008. consultado en Julio de 2009. Disponible en internet: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/3663>

JIMENEZ RAMOS, Faviola Susana. Qué entendemos por promoción de la salud. Red Peruana de alimentación y nutrición. Perú, 2005. 6 p. Consultado en junio de 2009. Disponible en internet: <http://www.rpan.org/publicaciones/pv002.pdf>

KICKBUSCH, Llona Promoción de la Salud a través de la Educación de Adultos. Confintea. Hamburgo, 1997. EN: BELANGER. Paul. UNESCO. Promoción de la salud y educación de adultos para la salud. Confintea. Hamburgo, 1997. 69 p.

KISNERMAN, Natalio. Salud Pública y Trabajo Social. Buenos Aires: Humanitas, 1981. 239 p.

MANTILLA Rubén Darío, GOMEZ Fernando, "Portafolio de servicios Fundación Oftalmológica de Santander", Departamento de Comunicaciones, Colombia. 30 p.

MAX-NEEF, Manfred. ELIZALDE, Antonio y HOPENHAYN, Martín. Desarrollo a escala humana. Una opción para el futuro. Chile: Cepaur, 1986. 96 p.

MARMOT, Michael y WILKINSON, Richard. Determinantes sociales de la salud. Hechos irrefutables. Reino Unido. 29 p.

MEDINA VERASTEGUI, Julio César. Salud Comunitaria. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Departamento académico de medicina preventiva y salud

pública. Perú, 2000. 146 p. Consultado en noviembre de 2009) Disponible en internet:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Libros/Medicina/salud_comun/sacomu.pdf

Modos de Vida Sanos y Salud Mental - OPS –OMS. 2003. Consultado en Junio de 2009. Disponible en internet:
http://www.tabaquismo.freehosting.net/Estilo/estilos_de_vida_saludables.htm

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política Nacional de Prestación de Servicios en Salud. Bogotá, 2005. 78 p. Consultado en mayo de 2009. Disponible en internet:
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo17047DocumentNo6114.PDF>

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. GUIA DE CONSULTA PARA USUARIOS Y COMUNIDADES. ABC del Sistema de Protección Social. Derechos y deberes. (Cartillas). Consultado en agosto de 2009. Disponible en internet:
http://www.saludtolima.gov.co/portal/data/file/cartillaazul_DEBERESYDERECHOS.pdf

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Sesión del Comité Regional. Washington D, C. Septiembre. 2000.

PEREZ LOZADA, David. AFAL Contigo. Departamento de Recurso Humano. 4 p. Consultado en junio de 2009. Disponible en internet:
http://www.macrosad.com/docs/situacion_cuidadores_principales_personas_ea_david_lozada_perez20081028.pdf

QUEVEDO, Emilio. Proceso salud-enfermedad. Ponencia. Seminario permanente salud y administración. Bogotá; Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Estudios Interdisciplinarios, Postgrado en Administración en Salud. 1990. 65 p.

RONDÓN, Martha B. SALUD MENTAL: Un problema de salud pública en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica 23(4), 2006. Perú, 238 p. Consultado en abril de 2009. Disponible en internet: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Medicina_Experimental/v23_n4/pdf/a01.pdf

Régimen de Seguridad Social. Colección Códigos Básicos. Bogotá: Legis, 1997.

SAN MARTIN, Hernán. y PASTOR, Vicente. Salud comunitaria. Teoría y práctica. Madrid: Díaz de Santos. 1988. 95 p.

SAAVEDRA JIMENEZ, Luisa María. Rol profesional de Trabajo Social en la Atención primaria de la salud. 2004. 57 p. Consultado en noviembre de 2009 Disponible en internet: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7003bf26-ebbe-11dd-9b81-99f3df21ba27/ROL_PROFESIONAL.pdf

SECRETARIA DE CALIDAD DE VIDA. PONENCIA: Programa de Servicio Social de atención primaria de la Salud. BAUDINO, Verónica y BONNANO, Anastasia. Buenos Aires, Argentina, 2004. Consultado en noviembre de 2009. Disponible en internet: <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p14.3.htm>

TALAVERA, Martha. El concepto de la salud. Colombia, 2007. 18 p. Consultado en octubre. Disponible en internet: <http://pochicasta.files.wordpress.com/2009/03/concepto-de-salud.pdf>

VELEZ ARANGO, Alba Lucía. Marco Político y legal de la Promoción de la salud. Universidad de Caldas, Manizales. Colombia, 2000. 17 p. Consultado en Julio de 2009. Disponible en internet: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL31NO2/oferta.pdf>

ZAMBRANO CRUZ, Renato y CEBALLOS CARDONA, Patricia. Síndrome de carga del cuidador. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. XXXVI, Suplemento No. 1. Colombia, 2007. 14 p. Consultado en julio de 2009. Disponible en internet: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36s1/v36s1a05.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Cartilla materna

**APOYANDO EL DESARROLLO
DE NUESTROS BEBES**



¡Felicitaciones por el nacimiento de su bebé!

**PROGRAMA EDUCATIVO
A MATERNAS**

MUCHO MÁS QUE CRECER...

La familia (cualquiera sea la forma que adopte) es el grupo humano en el cual las niñas y los niños nacen, crecen y se desarrollan. El desarrollo es un proceso que comienza antes del nacimiento y perdura durante toda la vida, siendo muy importantes los primeros 5 años. El desarrollo significa mucho más que el crecimiento: comprende aspectos referidos a la salud, a la nutrición, a la crianza y educación de los niños. Si bien es cierto que tener buena salud y estar bien alimentados son condiciones fundamentales para poder vivir, no son suficientes para desarrollarse armónicamente.

Además de la satisfacción de sus necesidades físicas, los chicos requieren que nos ocupemos de ofrecerles afecto, sostén, cuidados, palabras, juegos,



¡¡Tener un bebé es una experiencia maravillosa e ir conociendo a su bebé y disfrutando de él es la parte más preciosa de esa experiencia !!



EL DESARROLLO

Un niño crece cuando aumenta de peso y de altura. En cambio, cuando se ríe, se sienta, emite sonidos, camina y se mueve cada vez más, estamos hablando de desarrollo. Una sonrisa de bienvenida al mundo y la disposición cálida y afectuosa, especialmente durante los primeros meses de vida, son algunas de las mejores inversiones para la futura salud mental y física de un nuevo ser humano.



PROCESOS FAMILIARES

Llegar a ser padre es a la vez maravilloso y estresante. La transición a la paternidad produce desequilibrio y requiere una adaptación considerable.

El núcleo familiar que antes se constituía por la pareja y en ocasiones por más hijos, se ve modificado con la llegada de un nuevo miembro a la familia; pero siempre es importante concebir que este nuevo integrante generará más alegrías que tristezas o preocupaciones.



ES IMPORTANTE HABLAR...



Si tuvieran que decir las cosas que más les gustan de los bebés...

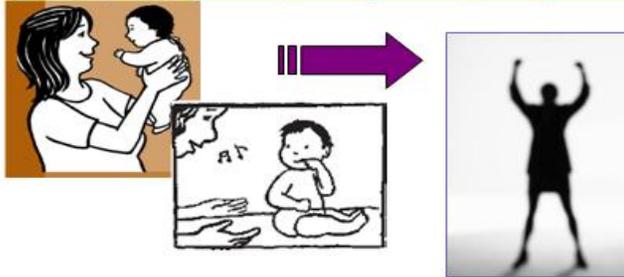
¿cuáles serían?, ¿y las que menos les gustan?
¿Hay cosas que les resultan difíciles en la crianza?,
¿cuáles y por qué?



PRIMER CICLO DE VIDA

La relación y la interacción que los padres (o las personas que los cuidan) establecen con los pequeños, tienen un impacto fundamental sobre la constitución del niño como sujeto. Las actitudes, los conocimientos, las creencias y los modos de relación familiar que aquellos pongan en juego incidirán sobre el niño para potenciar o inhibir su aprendizaje, la confianza en sí mismo, la progresiva conquista de su autonomía, los procesos de simbolización, la construcción y apropiación del conocimiento, entre otros factores que hacen a su desarrollo.

Observemos



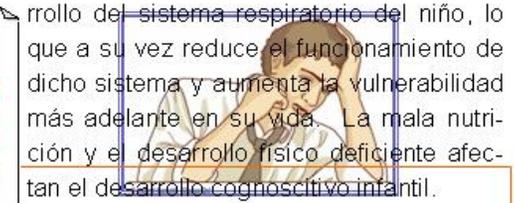
Un crecimiento deficiente y la falta de apoyo emocional durante este periodo aumentan el riesgo de por vida de tener una mala salud física y reducen el funcionamiento físico, cognoscitivo y emocional en años posteriores.

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE UN MAL DESARROLLO

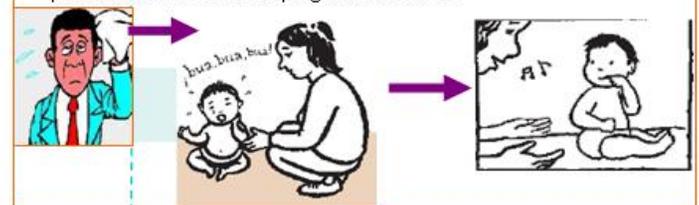
La alimentación deficiente o inadecuada de la madre y el tabaquismo, pueden reducir el desarrollo prenatal e infantil. El crecimiento lento en los primeros años está asociado con un menor funcionamiento cardiovascular, respiratorio, renal y pancreático en la edad adulta.



El tabaquismo en los padres de familia impide el desarrollo del sistema respiratorio del niño, lo que a su vez reduce el funcionamiento de dicho sistema y aumenta la vulnerabilidad más adelante en su vida. La mala nutrición y el desarrollo físico deficiente afectan el desarrollo cognoscitivo infantil.



Además, la depresión, estrés y el cansancio mental relacionados con dificultades económicas disminuyen la estimulación que los padres de familia brindan a los niños y pueden dificultar el apego emocional.



VINCULO AFECTIVO-APEGO

QUÉ ES?

Entre los padres y sus bebés se crea un fuerte vínculo de unión o apego. Este vínculo hace que los padres deseen colmar a su pequeño de amor y cariño, protegerlo, alimentarlo y cuidarlo



Se definen 5 pautas de conducta que constituirán las respuestas instintivas que componen la conducta de apego y permiten establecer el lazo madre-hijo: succión, presión, seguimiento, llanto y sonrisa.



Las señales de comunicación no verbales son esenciales: la mirada, la expresión facial, el tono de voz, los gestos, las caricias, la capacidad de calmar el llanto del bebé. Se trata de un proceso de interpretar las señales del menor para "encontrarse" y compartir afectos.



¿QUÉ HABILIDADES TIENE EL BEBÉ PARA FORMAR EL VÍNCULO?

El tacto es una de las primeras formas de comunicarse que tiene un bebé; los bebés responden enseguida al contacto piel a piel. Es tranquilizador tanto para el bebé como para los padres, al tiempo que favorece el crecimiento y desarrollo saludable del pequeño.



- El contacto ocular también es una forma de comunicarse a distancias cortas.



- Los bebés pueden seguir con la vista objetos en movimiento.



- Los bebés intentan desde muy pronto imitar las expresiones faciales y los gestos que ven.

- Los bebés prefieren las voces humanas y disfrutan vocalizando en sus primeros intentos de comunicarse vocalmente.



CÓMO ESTABLECER UN VÍNCULO DE APEGO?

Establecer un vínculo de apego con su bebé será probablemente uno de los aspectos más placenteros de su cuidado. Usted puede empezar a establecer ese vínculo mecidiendo al pequeño en su regazo y acariciándolo suavemente de distintas formas. Si usted y su pareja cogen en brazos, tocan y acarician al bebé frecuentemente, su pequeño aprenderá pronto a distinguir entre ambas formas de relacionarse táctilmente con él. Ambos deberían también establecer contacto "piel a piel" con el recién nacido dejando que se acurruque y apretuje contra su piel desnuda mientras lo alimentan o mecen.

La formación del vínculo también suele ocurrir de forma natural casi inmediatamente en la madre, independientemente de que amamante al bebé o le dé el biberón.

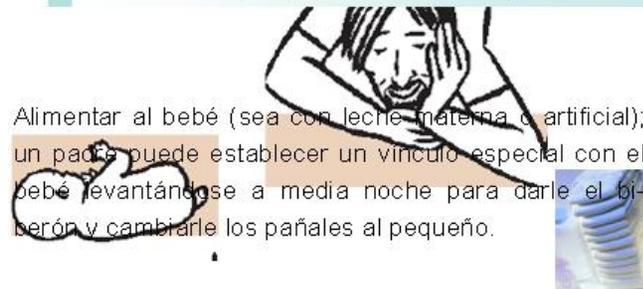


Los bebés responden al olor y el tacto de sus madres, así como a la receptividad de ambos progenitores a sus necesidades.



Las actividades de formación del vínculo en que pueden participar ambos progenitores incluyen:

Alimentar al bebé (sea con leche materna o artificial); un padre puede establecer un vínculo especial con el bebé levantándose a media noche para darle el biberón y cambiarle los pañales al pequeño.



Leerle cuentos o cantarle canciones al bebé, bañarse con el bebé, Imitar los movimientos del bebé, Imitar los ruiditos, balbuceos y otras vocalizaciones del bebé –sus primeros intentos de comunicarse.



Utilizar un "canguro portabebés" que permita establecer contacto ocular con el bebé durante las actividades cotidianas, dejar que el bebé toque a los padres –por ejemplo, palpando las distintas texturas de la cara de papá y mamá.

RECUERDE...

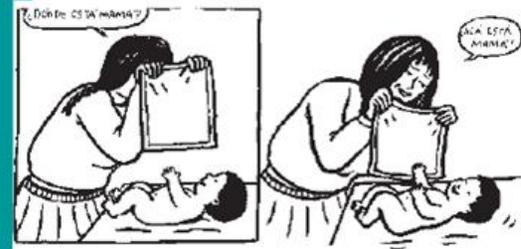


La formación del vínculo es una experiencia personal y compleja que requiere tiempo. No hay ninguna fórmula mágica para llevarla a cabo y tampoco se puede forzar. Mientras se colmen las necesidades básicas del bebé, él no sufrirá por el hecho de que al principio el vínculo materno-filial no sea muy fuerte.

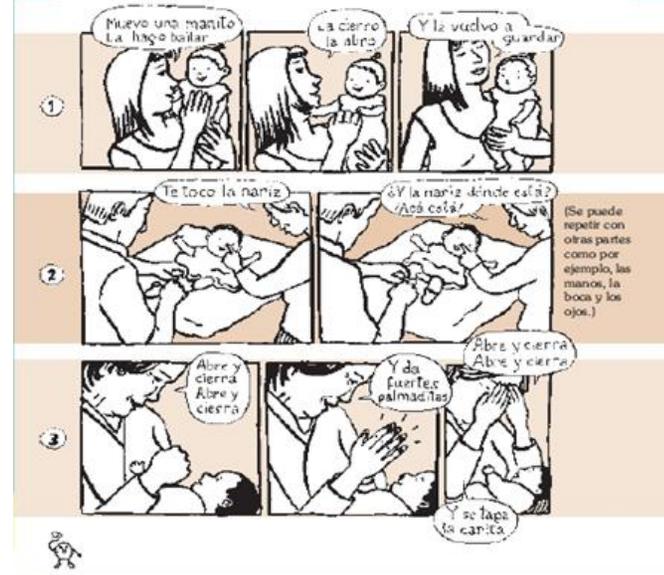


A medida que usted se sienta más cómoda y más tranquila con el bebé y su nueva rutina se haga más predecible, tanto usted como su pareja se sentirán más seguros sobre todos los sorprendentes aspectos implicados en el proceso de criar a un hijo.

CONOCES EL JUEGO ¿acá esta?



¿CONOCES EL JUEGO DE "Manitas juguetonas?"





**EL DESARROLLO DE SUS HIJOS
ESTA EN SUS MANOS...
¡¡PROTÉJALO!**



**¡¡BRINDAMOS APOYO CUANDO USTED LO
NECESITE!
EST. PRÁCTICA TRABAJO SOCIAL**

Anexo B. Documento de socialización programa maternas.



FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER

Clinica Carlos Ardila Lülle



FOSCAL



PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE CUIDADOS ENFOCADOS AL DESARROLLO INFANTIL DIRIGIDO A MATERNAS QUIRÚRGICAS Y AL ENTORNO FAMILIAR INMEDIATO AL MENOR

EL Programa de Asistencia en el Hogar (PAH), atiende varios grupos de población. Se trabaja con maternas quirúrgicas con las que se busca realizar un seguimiento, a la madre y recién nacido, que egresan tempranamente de la institución, con el fin de identificar signos de alarma y educar sobre cuidados básicos del puerperio. Desde Trabajo Social se busca brindar apoyo a las madres a nivel educativo frente a la importancia de la relación madre-hijo, y la necesidad de reconocer que el desarrollo significa mucho más que el crecimiento: comprende aspectos referidos a la salud, a la nutrición, a la crianza y educación de los niños.

Si bien es cierto que tener buena salud y estar bien alimentados son condiciones fundamentales para poder vivir, no son suficientes para desarrollarse armónicamente. Además de la satisfacción de sus necesidades físicas, los niños(as) requieren afecto, sostén, cuidados, palabras, juegos, miradas. Además los primeros años de vida y la posibilidad de garantizar un buen entorno durante la primera infancia sientan las bases para la salud en la edad adulta. “Un crecimiento deficiente y la falta de apoyo emocional durante este periodo aumentan de por vida el riesgo a tener una mala salud física y reducen el funcionamiento físico, cognoscitivo y emocional en años posteriores”⁶¹.

⁶¹ WILKINSON Richard y MARMOT, Michael. Determinantes sociales de la salud: hechos irrefutables. 26 p.

OBJETIVO DEL PROGRAMA

Promover el desarrollo infantil a partir de la educación a maternas quirúrgicas y a la red más cercana del menor, en relación con el vínculo afectivo entre padres e hijos, el desarrollo emocional y cognitivo, la importancia del apego para la salud en la edad adulta, así como del cuidado y sus efectos en el desarrollo del menor.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Deben ser maternas quirúrgicas
- Deben estar afiliadas a empresas capitadas, avanzar y algunas prepagadas
- Materna con menos de 24 horas hospitalizada

SOCIALIZACIÓN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE CUIDADOS ENFOCADOS AL DESARROLLO INFANTIL DIRIGIDO A MATERNAS QUIRÚRGICAS Y AL ENTORNO FAMILIAR INMEDIATO AL MENOR

PISO	CARGO	NOMBRE	FIRMA

Anexo C. Documento de socialización cartilla materna.



PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE CUIDADOS ENFOCADOS AL DESARROLLO INFANTIL DIRIGIDO A MATERNAS QUIRÚRGICAS Y AL ENTORNO FAMILIAR INMEDIATO AL MENOR		
FECHA	NOMBRE (S)	C.C.

Anexo D. Cartilla salud mental



PROPICIANDO EL BIENESTAR



DESDE LOS HÁBITOS MENTALES

¡¡UNIMOS ESFUERZOS POR TU BIENESTAR...AYÚDANOS!!

PROGRAMA EDUCATIVO DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

SALUD MENTAL



Es la capacidad de sentir, pensar y actuar en forma que aumente nuestra posibilidad de disfrutar la vida y de enfrentar los retos. Es un sentido positivo de bienestar emocional y espiritual, que respeta la importancia de la cultura, la equidad, la justicia social, las interco-

EN SÍNTESIS

- Bienestar personal
- Capacidad de reconocer la realidad con autonomía
- Habilidad para vivir con las tensiones normales de cada día
- Tener claridad sobre nosotros y sobre lo que queremos
- Ser capaces de reconocer nuestras capacidades tanto como nuestros límites.
- Tener una forma de pensar positiva y creativa
- Un recurso para resolver los conflictos buscando siempre el bien propio y común.



¿QUÉ FACTORES FAVORECEN LA SALUD MENTAL?

- 1. El estilo y la calidad de vida:** es decir las formas de pensar y de encarar los problemas, de pasar el tiempo libre, de pensar el futuro y de recordar el pasado.
- 2. La resiliencia:** o la capacidad de reaccionar y recuperarse ante las adversidades.
- 3. El empoderamiento:** cuando la gente busca reconocer y potencia sus recursos, capacidades y habilidades personales y sociales para la resolución de problemas y conflictos.



Las enfermedades mentales no necesariamente son observables como las enfermedades físicas. Sus síntomas son manifestaciones que indican conflicto entre una persona y su entorno, sea este ambiental, familiar, social, u ocupacional.

LAS ENFERMEDADES MENTALES PUEDEN PRODUCIRSE POR:



- Factores hereditarios
- Consumo de sustancias psicoactivas o farmacológicas
- Alteraciones de los procesos de percepción e interpretación de las situaciones que se viven
- Vivencia de situaciones demasiado abrumadoras
- Influencias socio ambientales perturbadoras o traumáticas
- Carencia de apoyo de redes sociales
- Imposibilidad de expresar
- Aceptarme y quererme como soy, para hacerlo con los demás.
- Agradecer lo que soy y lo que tengo y Expresar mis sentimientos
- Dedicarme tiempo para gozar la vida y reír a carcajadas.
- Respetarme y perdonarme a mí mismo (a) y a los demás
- Establecer lazos de solidaridad y ayuda mutua con las personas que nos rodean
- Cuidar mi cuerpo y mi salud, haciendo ejercicio y descansando..



¡PARA RECORDAR!

Los sentimientos positivos, fortaleza personal, habilidad para resolver los problemas, capacidad para manejar las tensiones, mente abierta, actitud de diálogo, capacidad de reflexionar., diálogo, y comunicación, nos ayuda a tener buen salud mental.

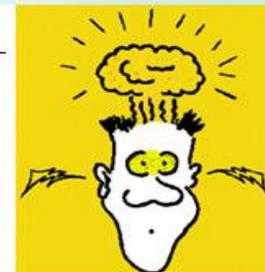
¿QUÉ ES ESO DEL ESTRÉS?

Todos enfrentamos a él a diario, el problema consiste en que muchos no saben cómo hacerlo de una manera efectiva. Cuando a nuestro cuerpo se le exige una carga extra de energía por presiones en el trabajo diario, por estrés emocional, el organismo agota las reservas de energía y, en consecuencia, las reservas de vitamina B, lo que nos vuelve vulnerables a padecer depresión, insomnio o irritabilidad.



SUS SÍNTOMAS

- La incapacidad de dormir adecuadamente
- Irritabilidad
- Sentimiento de frustración
- sentimiento continuo de que algo necesita hacerse y de que no te puedes simplemente: sentar y relajar.



¿Qué hacer?

COMER BIEN

Comer de forma equilibrada es fundamental para mantener en orden tu cuerpo y tu mente y evitar que el estrés afecte a tu estómago, tus defensas y su sistema nervioso. De lo que comemos depende buena parte de nuestra estabilidad física y emocional.



EL EJERCICIO

No solo ayuda a aliviar el estrés, sino que te hace ver y sentir mejor, lo que elevará tu autoestima y esto a su vez, alivia el estrés. Para que esto funcione es necesario que hagas ejercicio tres o cuatro veces por semana.

CONSEJOS PARA MANEJAR EL ESTRÉS

1. Sea realista en lo que puede y no puede hacer. Las metas ambiciosas son causas frecuentes de estrés.
2. Establezca una hora regular para dormir en horas de la noche. Por lo menos 8 horas.
3. Evite apurarse y preocuparse y controle sus emociones.
4. No mantenga los sentimientos dentro de sí mismo, identifique los errores y converse con algún amigo.



¿QUÉ ES ESO DE LA DEPRESIÓN?

Cuando los sentimientos negativos cobran una mayor intensidad y hacen que los pacientes y cuidadores se sientan totalmente fatigados, que lloren con frecuencia o que se enojen fácilmente con su ser querido o con otras personas. Hay que empezar a preocuparse por una posible depresión cuando la tristeza y el llanto son permanentes, o cuando dichos sentimientos negativos desbordan la capacidad de resistencia de la persona.



SINTOMAS DE LA DEPRESIÓN



- Un cambio en los hábitos alimentarios que provoque un aumento o pérdida de peso no deseado

- Un cambio en sus hábitos de sueño—dormir demasiado o muy poco



- Sentir cansancio a todas horas



- Pérdida de interés en las personas o actividades que antes le producían placer

- Agitarse o enojarse con facilidad



- Pensar que nada de lo que hace está bien hecho
- Ideas de muerte, deseos suicidas o intento de suicidio



- Síntomas físicos permanentes que no responden al tratamiento, como los dolores de cabeza, trastornos digestivos o dolor crónico.

ESTRATEGIAS DE AUTOAYUDA



Los trastornos depresivos pueden provocar que uno se sienta agotado, y sin esperanzas. Dichos pensamientos y sentimientos negativos hacen que algunas personas se sientan a punto de abandonar la batalla.

Instituto Nacional de Salud Mental

Las ideas positivas ocuparán el lugar de los sentimientos negativos que forman parte de la depresión. El pensamiento negativo irá cediendo en la medida en que la depresión responde al tratamiento.



RECUERDE...

- Fíjese objetivos realistas y sólo asuma un grado razonable de responsabilidad.



- Desglose las tareas grandes en eslabones más pequeños, fíjese algunas prioridades y haga lo que pueda en la medida en que pueda.

- Trate de conversar con otras personas y de confiar en alguien; por lo general eso es mejor que estar solo y ocultar lo que uno siente.



- Participe en actividades que le hagan sentir mejor, como el ejercicio físico ligero, ir al cine o a un espectáculo deportivo, o asistir a encuentros comunitarios de carácter religioso o social.

- Tenga en cuenta que su estado de ánimo mejorará gradualmente, no de inmediato. La mejoría toma tiempo.



- Permita que sus familiares y amistades le ayuden.

- Intente llevar una dieta saludable.



LOS YO QUE NOS DESTRUYEN



En la construcción de nuestra personalidad, nos formamos conceptos que en vez de favorecer nuestro crecimiento personal, nos arrastran hacia estados depresivos, melancólicos o simplemente, deterioran la imagen que poseemos de nosotros mismos.

Los yo que nos destruyen, son los actos pasivos en donde enfrentamos o aceptamos las consecuencias de los hechos realizados, a nosotros mismos nos atormentamos pensando en lo que nos hemos equivocado, en lo que no hemos hecho bien, o en lo que pudimos hacer y no hicimos.



Si hablamos del aspecto emocional, de su genialidad o de su irritabilidad, pregúntese: ¿nací con ellos o los adquirí? Si los ha adquirido puede con seguridad también, cambiarlos. En cuanto mejor conozcas y comprendas tu propio yo, y mejor preparado estarás para cambiar de actitud.



¿Hacia donde debemos mirar en busca de la esperanza en el mundo?...hacia nosotros mismos, el principio de la sabiduría está en el conocimiento propio.
Albert Einstein

Anexo E. Folleto estilos de vida saludable

En alimentación 4 reglas simples



Regla 1 : Hacer tres comidas por día, y comenzar el día con un pequeño desayuno.

Regla 2 : Alimentación variada y elegir cada día un alimento de cada uno de los cuatro grupos siguientes : leche (semi descremada o sin crema), yogur, quesos con poca grasa, carnes, pescados, aves, legumbres y frutas, crudas o cocidas, pan, cereales, papas, legumbres secas

Regla 3 : Limitar el uso de grasas saturadas (aquellas que se endurecen al enfriarse), utilizar margarinas vegetales ricas en grasas poli insaturadas (las otras), y evitar el exceso de alimentos dulces.

Regla 4 : Beber cada día 1 litro à 1,5 litro de agua. Si se toma bebidas con alcohol hacerlo con moderación.



"Siembra un pensamiento y cosecharás un acto, siembra un acto y cosecharás un hábito, siembra un hábito y cosecharás una costumbre, siembra una costumbre y cosecharás un destino"



RECUERDE QUE LA FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA CLÍNICA CARLOS ARDILA LLULE Y EL PROGRAMA DE ASISTENCIA EN EL HOGAR SOMOS SU MANO AMIGA.

CONTACTENOS AL 6390487 O A LA EXT. 4700

**ESTILOS DE VIDA
SALUDABLE**

**UNIMOS ESFUERZOS POR
TU BIENES-**

**PROGRAMA EDUCATIVO DE
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y
PREVENCIÓN DE LA
ENFERMEDAD**

¿QUÉ SON LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE?

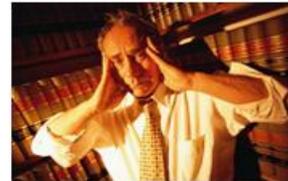
Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Los comportamientos que tienen impacto en la salud se denominan habitualmente "**Modos o Estilos de Vida**" y quiere decir que la persona es libre de elegir la forma de vivir que le guste.



Incluye fundamentalmente una alimentación adecuada, promoción de la actividad física, control del tabaquismo y de otras adicciones, ambientes saludables en viviendas y trabajos, conductas sexuales, salud mental y el control de tres elementos ligados a la alimentación: presión arterial, colesterol y arteriosclerosis.

Los más importantes estilos de vida están relacionados con el sistema cardiovascular que sufre los impactos de la exposición repetida a diversos riesgos, que pueden describirse junto con la Cardiología de Francia como "Los 4 Verdugos del Corazón".



Colesterol
Hipertensión
Tabaco
Sedentarismo

En forma general, la HIGIENE DE VIDA (alimentación equilibrada, ejercicios físicos regulares, control del peso, suprimir el consumo de tabaco...) es la mejor PREVENCIÓN, acompañada de un seguimiento periódico de algunos parámetros: Tensión arterial, niveles de colesterol y de glucosa en sangre, etc...

La prevención de las enfermedades cardiovasculares interviene en el bienestar general porque promueve el adoptar un MODO DE VIDA globalmente beneficioso para la salud..

Algunos de los comportamientos saludables y factores protectores de la calidad de vida que apoyan el desarrollo humano son:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar, Tener satisfacción con la vida y capacidad de auto cuidado.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio, Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros..

Anexo F. Cartilla auto cuidado y folleto autoestima

Cartilla auto cuidado



AUTOCUIDADO... ¡¡CUIDANDO MI SALUD!!



¡¡UNIMOS ESFUERZOS POR TU
BIENESTAR...AYÚDANOS!!

**“PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA
SALUD: Mente, cuerpo y vida sana.
Aprendiendo a cuidar y a cuidarme”**

PRESENTACIÓN

El auto cuidado trata del diagnóstico temprano de enfermedades e identificación de riesgos que pongan en peligro tu salud. Por tanto, esta guía tiene como objetivo lograr que tomes la decisión de acudir a un médico en caso de reconocer algún síntoma peligroso. Con ello te asegurarás que si lo haces pronto, evitarás mayores riesgos y verás las ventajas de una atención que se realiza de manera temprana y especializada.



¡Hazle caso a tu cuerpo!

Para saber si está ocurriendo algo anormal a tu organismo o si, estás padeciendo alguna enfermedad, es necesario que recuerdes si has presentado algunos de los síntomas que se mencionan a continuación:

mareo, zumbidos en los oídos, visión borrosa o ves lucecitas, falta de aire, sudoración, baja de peso sin razón aparente, orina en mayor cantidad a lo acostumbrado, seque dad prolongada de la boca, pérdida o aumento de apetito, dolor de cabeza, de estómago o de pecho, debilidad general o fatiga, fiebre, entre otros.

¿Has experimentado cambios bruscos en el carácter como tristeza, mal humor, arranques de cólera, etc.?

Si encuentras uno o varios de estos síntomas, no dejes pasar más tiempo, acude al médico lo antes posible.

AUTOCUIDADO



La protección es necesaria,
pero no suficiente



¡INFÓRMATE!

El auto cuidado implica asumir la responsabilidad de escoger estilos de vida y de trabajo saludables, en la medida de las propias limitaciones y posibilidades.

Una persona que practica el auto cuidado es aquella que se percibe como un ser valioso en su condición de ser humano y que está en capacidad de construir su propio proyecto de vida. En su ambiente laboral, personal y familiar, piensa en soluciones que lo benefician tanto a él como a sus compañeros.

LOS DIEZ MANDAMIENTOS DEL AUTOCUIDADO



1. Una buena nutrición entendida en términos de calidad, cantidad y oportunidad. Proteínas, fibra, grasas, minerales, hidratos de carbono, vitaminas.

2. Ejercicio físico apropiado a las condiciones vitales y con la periodicidad suficiente, mínimo tres veces por semana.



3. Descanso



7. Tolerancia, autocontrol y respeto por la seguridad y supervivencia.

8. Respiración consciente y deliberada.

9. Actitud mental positiva, receptiva y proactiva.

10. Conservación de un alto nivel de autoestima, autorrespeto y consideración.





La higiene corporal comienza con el baño diario, de preferencia, con jabón neutro. El baño ayuda a quitarle impurezas a la piel, la hidrata y le proporciona cierto relajamiento. La muda de ropa más importante es la interior. Es muy saludable que después del baño te apliques crema o aceite en todo el cuerpo, especialmente en los pies donde haya callos y/o grietas. Ten cuidado con los cambios bruscos de temperatura al salir del baño.

Dentro de estas normas higiénicas debes incluir a los pies y las uñas. Estos miembros del cuerpo cargan con una gran responsabilidad y están muy alejados de la vista, por lo que les debe procurar especial atención observándolos a diario, vigilando la aparición de ampollas, callos, heridas, grietas y resequeadas. Las uñas no deben crecer demasiado y puedes pedir ayuda para ser cortadas en caso de que no lo puedas hacer por ti mismo.

“El aseo y arreglo personal muestran una imagen muy agradable lo cual te hace sentir mejor contigo mismo”

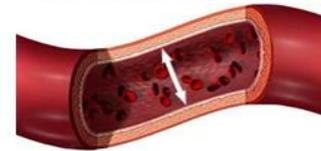
EVITA LO SIGUIENTE---

- Dejar de vigilar y cuidar tu imagen y arreglo personal con el pretexto de que ya no necesitas.
- Utilizar pretextos para evitar el baño diario.
- Usar la ropa sucia, creyendo que no lo está.

CUIDADO DE LAS ARTERIAS

Las enfermedades de las arterias pueden causar serios problemas. Cuando se obstruyen, la falta de riego sanguíneo es causa de la muerte del tejido que depende de ellas. Por su frecuencia, te mencionaremos lo que puede suceder en las piernas, el corazón y el cerebro.

La presión arterial mide la fuerza que se aplica a las paredes arteriales



Si se obstruye una arteria de las piernas, puede aparecer dolor en las pantorrillas al caminar una o dos cuadras, que obliga a detenerte. Si la enfermedad progresa sin que la trates, aparecerá necrosis (muerte de los tejidos) de los dedos de los pies y puede ser necesario llegar a la amputación. En el corazón, la oclusión de las arterias produce dolor, insuficiencia cardíaca o muerte súbita, y muchas veces las enfermedades cardíacas provocan lesiones cerebrales.

#ADAM



Cuando se tapa o se rompe una arteria en el cerebro, se produce un infarto (por falta de irrigación) o una hemorragia (por la rotura de la arteria). Esto puede causar una parálisis de un lado del cuerpo (hemiplejía), con una pérdida del lenguaje (afasia), confusión mental u otros defectos. El mejor tratamiento es prevenir el daño arterial y para ello es necesario que mantengas un control permanente de los factores de riesgo:

- Exceso de grasas en la sangre (hiperlipidemia), con aumento del colesterol o triglicéridos. Este riesgo se evita mediante dieta, ejercicio y, en las mujeres, con terapia de sustitución hormonal en la posmenopausia (cuando cesan sus sangramientos menstruales).

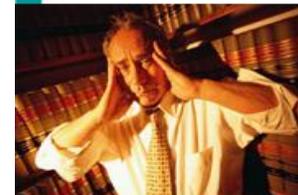
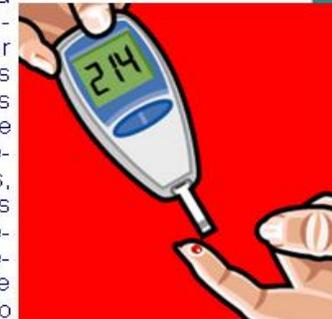


- Presión arterial elevada (hipertensión arterial), que puede no producir ninguna molestia hasta que se produce una hemorragia cerebral u otra afección grave. Se puede prevenir si disminuyes la ingesta de sal, evitas la obesidad y realizas alguna actividad física en forma regular. Es muy importante detectar la hipertensión arterial antes que produzca complicaciones. Para ello, conviene que realices controles preventivos, como parte de chequeos de salud que debes practicarte.



- Falta de actividad física, que hace perder capacidad funcional de los músculos, de las articulaciones, del corazón y de los pulmones. Obesidad, que se asocia con exceso de grasa en la sangre y falta de actividad física.

Exceso de azúcar en la sangre (diabetes mellitus) que puede producir daño arterial, trastornos metabólicos, etc. Las personas con riesgo de desarrollar diabetes mellitus (adultos mayores, familiares de enfermos diabéticos, obesos), deben practicarse exámenes periódicos de sangre que lleven al diagnóstico antes de que aparezcan los síntomas.



- Consulta con urgencia en caso de dolor al pecho, debilidad de un lado del cuerpo, confusión mental o pérdida de la visión.
- Presión arterial normal: máxima menos de 135 mm Hg; mínima menos de 85 mm Hg.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Si sufres presión alta presentarás uno o varios de los siguientes síntomas: tos, dificultad respiratoria, hinchazón de los tobillos, dolor de cabeza, mareo, zumbidos en los oídos o verá destellos , de luz. En ocasiones las uñas se ven oscuras, como amoratadas.

En las etapas tempranas del padecimiento, estos síntomas pueden pasar desapercibidos, por lo que se llama "la enfermedad silenciosa". Es importante que revises constantemente tu presión para evitar ser sorprendido demasiado tarde.



Para reducir la presión arterial es necesario que procures adelgazar hasta un peso corporal apropiado y aminorar el consumo de sal, alcohol, sazónadores y aderezos, salsas industrializadas, refrescos y grasas de origen animal. El médico te puede recomendar tanto el peso ideal como la dieta conveniente para lograrlo .

¿Qué debes evitar?

- *Acostumbrarte a la enfermedad sin cuidarla médicamente.
- *Defender las costumbres alimenticias por perjudiciales que sean
- *Vivir con preocupaciones y angustias continuamente (estrés)



¿CÓMO PREVENIR Y ATACAR EL CÁNCER?

El cáncer es una de las principales causas de muerte. No obstante, algunas de sus formas pueden prevenirse y, si se detectan y tratan a tiempo, el cáncer puede ser curado.



Entre los factores de riesgo podemos mencionar:

- El cigarrillo daña los bronquios y aumenta el riesgo de cáncer pulmonar. Las personas que rodean al fumador pueden perjudicarse como "fumadores pasivos". Además, el cigarrillo daña las arterias. Por esos motivos, la recomendación es que no fumes.
- Dieta pobre en fibras y rica en grasas, que aumenta el riesgo de cáncer de colon.



- Descuido con las enfermedades que comienzan. Ante cualquier síntoma se recomienda te cheques con el médico. Por ejemplo, si notas sangre al orinar, tos persistente, baja de presión inexplicada, dolor persistente en el abdomen o la espalda, aparición de bultos (ganglios) en el cuello, axilas o ingles etc. En las mujeres se agrega como precaución el auto examen de mamas y el examen papanicolaou anual; en el hombre el control médico ante trastornos de la emisión de orina.

RECOMENDACIONES FINALES

Las revisiones médicas redundan en grandes beneficios para tu salud presente y futura. Sin embargo, menos de un tercio de las personas consultan al médico con regularidad, solamente lo hacen cuando están enfermos. Los médicos especializados en la salud recomiendan que cada año realices una visita al doctor para una revisión, a partir de la cual se detectará si es necesario que te realices algunos exámenes de laboratorio.



CONSEJOS PARA COMPARTIR

- Pídele al médico que te muestre cómo tomar los signos vitales y cuáles son las medidas que corresponden al paciente. También lo que se tiene que hacer en caso de que esas medidas no estén normales.
- Conserva una copia de los resultados para sí mismo/a y la otra para el médico.



“El hombre que ha movido montañas comenzó siempre soñando que movería piedrecillas” marden



¡RECUERDE QUE LA FOSCAL Y EL PAH SOMOS SU MANO AMIGA!
CONTACTENOS A LA EXT: 4700 O AL 6390487

Anexo F. Folleto autoestima

Las personas con baja autoestima son:

- Las personas con baja autoestima, tienen miedo de arriesgarse por miedo a fracasar.
- Tienen menos probabilidad de lograr lo que se proponen porque siempre están pensando de antemano que no lo lograrán.
- Las personas con baja autoestima suelen dejarse atropellar por los demás o ser maltratados por miedo a resistirse y quedarse solos.
- Les cuesta expresar sus sentimientos.
- Las personas con baja autoestima tienen una mayor tendencia a la depresión y a sufrir ante las adversidades.
- Pueden ser muy autoexigentes y nunca valorar sus propios logros. No tienen confianza en sí mismos ni creen que puedan lograr lo que se proponen. Siempre tienen miedo de estar molestando o quitándole tiempo a los demás.



“Fija tus ojos hacia adelante en lo que puedes hacer, no hacia atrás en lo que no puedes cambiar” - Tom Clancy



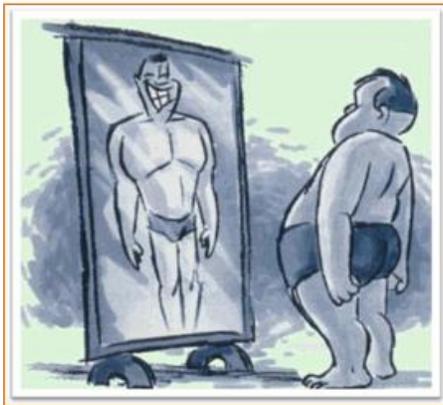
RECUERDE QUE LA FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA CLÍNICA CARLOS ARDILA LLULE Y EL PROGRAMA DE ASISTENCIA EN EL HOGAR SOMOS SU MANO AMIGA.

CONTACTENOS AL 6390487 O A LA EXT. 4700

The image shows the cover of a brochure. At the top, the word "AUTOESTIMA" is written in a large, bold, black, sans-serif font, arched over a small play button icon. Below this, the text "“Mente, cuerpo y vida sana. Aprendiendo a cuidar y a cuidarme”" is written in a smaller, black, sans-serif font. In the center, there is a framed photograph of a ginger cat sitting next to a framed portrait of a lion's face. Above the photo, the text "Lo Que Más Importa Es Cómo Te Ves A Ti Mismo" is written. At the bottom of the brochure, a white box contains the text "PROGRAMA EDUCATIVO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DIRIGO A CUIDADORES (AS)".

¿QUÉ ES AUTOESTIMA Y CÓMO IDENTIFICAMOS SI LA TENEMOS ALTA O BAJA?

La autoestima podría definirse como el aprecio y valoración que uno tiene por sí mismo y es un aspecto muy importante en todo ser humano. La autoestima nos marca como personas y nos ayuda a definir nuestra personalidad.



La autoestima que se tiene influirá en casi todo lo que uno hace, como por ejemplo; influirá en la toma de decisiones, podrá modificar acciones, aspiraciones, gustos y muchas otras cuestiones que forman el ser, la felicidad y la vida de una persona.

Explicado de otra forma, la autoestima es básicamente la valoración que nosotros hacemos de nosotros mismos; como nos vemos, como nos sentimos, como sentimos que estamos y encajamos en el mundo. Nuestro nivel de autoestima puede determinar nuestras actitudes, el cómo nos sentimos y encontramos frente a los demás, el trato hacia mujeres y hombres y también cómo encaramos nuestros proyectos, sueños, ideales, problemas y frustraciones.



De nuestro nivel de autoestima dependerá a qué aspiramos en la vida, lo que pretendemos lograr y ser y lo que podremos conseguir.

Las personas con alta autoestima son:

- Son más felices.
- Se relacionan mejor con las demás personas pero también aprecian y saben estar solas.
- Suelen lograr lo que se proponen y las metas que se plantean.
- Tienen confianza en si mismos y saben lo que son capaces de lograr
- Se sienten más capaces de enfrentarse a retos aun cuando saben que corren el riesgo de no lograrlos.
- Suelen ser apreciados y respetados por los demás.
- Saben plantear sus puntos de vista, sus gustos, mostrar su opinión y decir cuando están de acuerdo y cuando están no lo están.
- Pueden aceptar sus errores sin sentirse unos fracasados
- Les resulta más fácil entender y perdonar a los demás
- Tienen menos dificultades para expresarse o dar a conocer sus sentimientos.

Anexo G. Formato de ingreso al programa “mente, cuerpo y vida sana”

FECHA INGRESO:					FECHA EGRESO:					
NOMBRE USUARIO	DIRECCIÓN-TELÉFONO	EMPRESA	DIAG. MÉDICO	DURACIÓN TTO O CURACIONES	EDAD	C.C.	H.C	HAB.	ESTRATO	NIV. EDUCATIVO
NOMBRE CUIDADOR:										
PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD “MENTE CUERPO Y VIDA SANA”										
PRIMER MÓDULO (SALUD MENTAL)			SEGUNDO MÓDULO (DEFINICIÓN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE)			TERCER MÓDULO (AUTOCUIDADO Y AUTOESTIMA)			OBSERVACIONES	

Anexo H. Cartilla “características del cuidador”, y programación primer módulo



CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR



¡JUNIMOS ESFUERZOS POR TU BIENESTAR...AYÚDANOS!

PROGRAMA “Mente, cuerpo y vida sana. Aprendiendo a cuidar y a cuidarme”

QUIEN ES EL CUIDADOR?

Es quien además de tener un vínculo de parentesco o cercanía, asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido que vive con enfermedad crónica. Es esa persona que asume la responsabilidad total en la atención y el apoyo diario a este tipo de pacientes.

QUE ES EL CUIDADO?

Es un proceso dinámico que va a requerir un progresivo incremento de atenciones y tareas por varios motivos: la larga duración de la enfermedad (en más del 70% se trata de un proceso superior a 6 años), la pérdida progresiva de capacidad física y cognitiva por parte del paciente y su creciente dependencia del entorno familiar.



La tarea de cuidar conlleva a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio-familiar constituyentes de un auténtico síndrome que es necesario conocer, diagnosticar precozmente y tratar de prevenir.

¿QUÉ MORBILIDAD PRESENTAN?

El bienestar del cuidador depende de su propia salud, de la ayuda que reciba de su familia (apoyo emocional y el reconocimiento de otros familiares), de la capacidad de las instituciones a adecuarse a sus necesidades, de la información que tiene sobre la enfermedad, la propia tarea de cuidar, su forma de enfrentarse a la situación de cuidado y el estilo de resolver los problemas y la capacidad para superar momentos complicados.



La carga a la que se ve sometido el cuidador puede expresarse en distintas áreas:

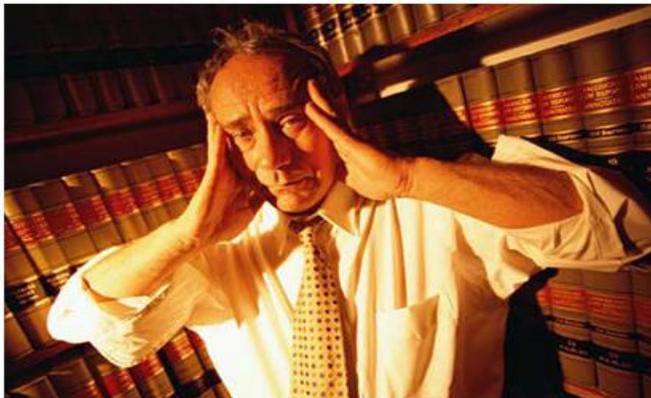
Problemas físicos

Las quejas somáticas son múltiples, destacando las referidas a dolor de tipo mecánico crónico del aparato locomotor; otras frecuentes son cefalea de características tensionales, astenia, fatiga crónica, alteración del ciclo sueño-vigilia, insomnio y otros, de evolución crónica y claramente deteriorantes de su ya mermada calidad de vida.

Existe deterioro de la función inmune de los cuidadores, a expensas de una reducción de sus niveles de inmunidad celular, que los hace más susceptibles a determinadas infecciones víricas. También tienen mayor predisposición a otro tipo de patologías como la enfermedad ulcerosa péptica y la patología cardiovascular. Asimismo se demostró un aumento del 63% en el riesgo de mortalidad entre los cuidadores ancianos cónyuges que habían desarrollado un alto nivel de estrés.

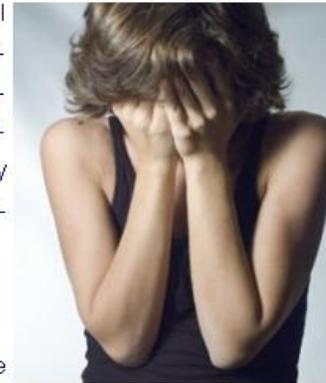
PROBLEMAS PSÍQUICOS

La prevalencia de desórdenes del área psíquica alcanza un 50% . Entre los elementos causales de la aparición de desórdenes en esta esfera cabe destacar la propia incapacidad del paciente anciano, las tareas que debe realizar el cuidador, el impacto negativo de estas sobre su calidad de vida y una pobre técnica de afrontamiento, que los convierte en más vulnerables.



PROBLEMAS PSÍQUICOS...

Los principales problemas psíquicos del cuidador son la depresión, la ansiedad y el insomnio, que constituyen la vía de expresión de su estrés emocional. Entre todos ellos destaca por su frecuencia la depresión; entre las circunstancias que influyen en mayor medida en su aparición destacan la falta de apoyo social, la carencia de recursos económicos, las relaciones previas con el paciente, el sentimiento de culpa, la existencia de una historia familiar de depresión y las limitaciones psicofísicas del cuidador.



Las consecuencias de los problemas psíquicos del cuidador van a manifestarse en el terreno individual, el familiar y el de los propios cuidados al paciente incapacitado. Los cuidadores presentan una alta tasa de automedicación, especialmente de diversos tipos de psicofármacos y analgésicos.

PROBLEMAS DE ÍNDOLE SOCIO -FAMILIAR

En este ámbito aparecen frecuentemente conflictos familiares, consecuencias sobre las obligaciones laborales (absentismo, conflictividad laboral...), dificultades económicas y disminución de las actividades sociales y de ocio.

¿QUÉ HACER CON LOS PRO- PIOS SENTIMIENTOS?



Contar con ellos. Aprender a manejarlos, que sean nuestra propia riqueza no nuestros perturbadores implacables y desesperantes. El cuidador principal a menudo está abrumado y de poco le valen los consejos de otros familiares. Las reacciones emocionales, los sentimientos en los que puede caer como consecuencia de convivir, atender y querer a su familiar enfermo, son variados. Aunque cada persona cada enfermo y cada familia son diferentes, se exponen a continuación algunas de las perturbaciones del carácter que pueden afectar al cuidador principal.

TRISTEZA

A pesar de lo doloroso de la situación, el cuidador no debe abandonarse a la tristeza. La melancolía le empañará la vida y no le permitirá disfrutar de otros momentos felices. La tristeza es lógica, pero no puede vivirse como un sentimiento único o prioritario.



PREOCUPACIÓN



Constantemente le abruma el futuro. El cuidador debe procurar serenarse. Lo que sea será y por pensarlo y darle vueltas, no va a tener mejor solución. Es inevitable, pero hay que vivir el presente, sin dejarse enmarañar por un futuro incierto, no hay que dejar de vivir el presente por pensar en el futuro.

SOLEDAD

Es vital no sentirse solo. Debe buscar amigos y compañía allí donde pueda: vecinos, centros recreativos, asociaciones, etc.



IRRITABILIDAD

Porque está cansado de hacerse cargo del enfermo, porque nadie le ayuda o así lo siente, porque está sacrificando sus aficiones, porque los días pasan con pena y sin alegrías

CULPABILIDAD

Culpabilidad por los propios errores o inadecuaciones en la tarea. Debe asumirlos como inevitables y tratar de mejorar, dentro de lo que cada uno puede dar. Cuando los sentimientos que causan infelicidad no se mitigan, o se equilibran con otras vivencias positivas:

DEPRESIÓN

amor, cariño, ilusiones, etc., causan depresión en el cuidador. Este debe autoanalizarse para valorar el grado de depresión que padece. En el caso de depresiones leves su estado de ánimo mejorará tomándose unas vacaciones, un tiempo alejado del enfermo, realizando alguna actividad gratificante, descansando lo suficiente, etc. En otras personas la depresión es más grave, y no se cura por sí misma, por lo que deben acudir, sin falta, a un profesional bien de la medicina que le administrará medicamentos o a un psicoterapeuta que le tratará mediante psicoterapia o le pondrá en contacto con grupos de apoyo y/o personas que están en su misma situación.

LAS 7 ACTITUDES POSITIVAS DEL CUIDADOR

Procure mantener alguna de las actividades que siempre le han divertido: ir al cine, pasear, tocar el piano, pintar, hacer punto, hacer crucigramas.



La risa, el amor y la alegría son fundamentales para su bienestar y para su vida con el enfermo. Si tiene la suerte de sentirse bien "en medio del temporal", no se avergüence de ello. Procure buscar personas, cosas, situaciones y actividades que le satisfagan. Una persona serena irradia armonía, y si además se ríe, relajará el ambiente. El enfermo vivirá mejor con su alegría.

Procúrese un tiempo semanal para Vd. Busque a un familiar, asistente etc., que cuide del enfermo unas horas a la semana para que Vd. pueda salir y relajarse. Y no olvide tomarse unas vacaciones, al menos anualmente, después de haber descansado verá las cosas con mayor serenidad.

LAS 7 ACTITUDES POSITIVAS DEL CUIDADOR

Descanse cada día lo suficiente. Si Vd. enferma las cosas se pondrán peor.



Evite el alcohol para animarse

Haga todo lo que pueda para conservar su propia salud. Vaya al médico periódicamente, consúltelo lo que le duele, lo que siente, etc. y explíquelo su situación personal. Muchas veces el cuidador debe medicarse por prescripción médica, para evitar el insomnio, la angustia o la depresión. También es frecuente la aparición de lesiones musculares, dolores de espalda, cervicales, etc., por el esfuerzo de mover al enfermo, para levantarlo, ducharlo, etc., que deben de ponerse en conocimiento del médico.



No se aíse. A pesar de todo, continúe quedando con los buenos amigos que le quedan, acuda a reuniones sociales. El cuidador necesita tener amigos y también nuevos amigos relacionados con la situación que Vd. está viviendo.



¿Hacia donde debemos mirar en busca de la esperanza en el mundo?...hacia nosotros mismos, el principio de la sabiduría está en el conocimiento propio.

Albert Einstein



¡¡RECUERDE QUE LA FOSCAL Y EL PAH SOMOS SU MANO AMIGA!!

Programación primer módulo con cuidadores

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. “MENTE, CUERPO Y VIDA SANA”

PLAN DE TRABAJO PRIMER MÓDULO

ORDEN DEL DÍA

1. Saludo de bienvenida al inicio de los módulos a trabajar dentro del programa.
2. Dinámica de presentación “refranes”⁶²

Se entrega a todos los y las participantes una ficha con la parte de un refrán, por lo cual tienen que buscar el complemento para el mismo. De esta manera se van formando las parejas, que intercambian información personal, se presentan entre ellas, tanto en lo relacionado con la vida de ellas como en lo relacionado con el cuidado que tienen que hacer de su familiar o el paciente que atienden. Posteriormente cada persona socializa lo que conoció de su compañero (a) al resto del grupo. La intención de esta dinámica es que todos los asistentes se conozcan y empiecen a generar lazos iniciales de cordialidad, compañerismo y afecto.

3. Lectura por grupos de un pequeño texto donde se identifica el significado de los cuidadores, cómo se identifican, y los tipos de problemas a nivel personal que pueden presentar (físicos, psicológicos y socio-familiares). Posterior a la lectura, análisis y reflexión en cada uno de los grupos, se escoge un representante por grupo, quien socializa lo analizado con los y las compañeras y los demás participantes, aportan ideas o comentarios frente a lo expuesto. (entrega de cartilla “características del cuidador”)
4. Presentación de video “cuando yo ya no pueda” de Mariano Osorio, donde se muestra la importancia de aceptar a los padres en la faceta de adultos mayores, con sus limitantes y dificultades, después de haber sido ellos quienes se ocuparon de los hijos cuando niños.
5. Varios

⁶² VARGAS VARGAS, Laura y BUSTILLOS DE NUÑEZ, Graciela. Técnicas participativas de educación popular. Dimensión educativa, segunda edición. Colombia. 1992.

- Conclusión del módulo
- Sugerencia de temas para trabajar en próximos módulos
- Definición de la fecha para el próximo encuentro
- Entrega de refrigerios

MATERIALES

- Video beam
- Portátil
- Tarjetas de refranes
- Video de reflexión
- Documentos impresos para trabajar en grupos

Anexo I. Programación segundo módulo

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DIRIGIDO A CUIDADORES (AS) DE PACIENTES EN ESTADO CRÓNICO

“Mente, cuerpo y vida sana. Aprendiendo a cuidar y a cuidarme”

SEGUNDO MÓDULO (SALUD MENTAL)

ORDEN DEL DÍA

1. Saludo de bienvenida
 2. Reflexión grupal basada en el video proyectado en el anterior módulo
 3. Charla “salud mental-propiciando el bienestar desde los hábitos mentales” (entrega de cartilla “propiciando el bienestar desde los hábitos mentales”)
 4. Recomendaciones específicas para los y las cuidadoras. “¿qué hacer con los sentimientos y qué actitudes positivas desarrollar?” (representación por grupos de los sentimientos encontrados en cuidadores (as)).
 5. Foro participativo frente a la temática vista
 6. Presentación de video sobre salud mental y comentarios posteriores.
 7. Varios
-
- Conclusión del módulo
 - Definición de fecha para próximo encuentro
 - refrigerio

Anexo J. Cuento de la autoestima y programación tercer módulo

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DIRIGIDO A CUIDADORES (AS) DE PACIENTES EN ESTADO CRÓNICO “Mente, cuerpo y vida sana. Aprendiendo a cuidar y a cuidarme”

TERCER MÓDULO (ACTITUDES POSITIVAS DEL CUIDADOR-AUTOESTIMA, IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE)

ORDEN DEL DÍA

1. Saludo de bienvenida
 2. Dinámica de animación
 3. Actividad de análisis de las 7 actitudes positivas del cuidador.
 4. Actividad de reconstrucción del autoestima. Se analiza en grupos el cuento “un pez debe ser pez” y se hace la retroalimentación de ideas. Posteriormente se hace la actividad del
 5. Video reflexivo relacionado con el autoestima
 6. Presentación del tema “importancia de la familia en el proceso de cuidado”
 7. Socialización de folleto “estilos de vida saludable”
 8. Varios
-
- Conclusión del módulo
 - Definición de fecha para próximo encuentro
 - Refrigerio

Cuento de la autoestima: Un pez debe ser pez

Tan lamentable es desconocer e infravalorar nuestros talentos como no reconocer ni aceptar nuestros errores y limitaciones. En Razones para la alegría, J. L. Martín Descalzo cita la siguiente fábula que ilustra la importancia de conocer y reconocer nuestras limitaciones.

Los animales del bosque se dieron cuenta un día de que ninguno de ellos era el animal perfecto: los pájaros volaban muy bien, pero no nadaban ni escarbaban; la liebre era una estupenda corredora, pero no volaba ni sabía nadar... Y así todos los demás. ¿No habría manera de establecer una academia para mejorar la raza animal? Dicho y hecho. En la primera clase de carrera, el conejo fue una maravilla, y todos le dieron sobresaliente; pero en la clase de vuelo subieron al conejo a la rama de un árbol y le dijeron: '¡Vuela, conejo!' El animal saltó y se estrelló contra el suelo, con tan mala suerte que se rompió dos patas y fracasó también en el examen final de carrera. El pájaro fue fantástico volando, pero le pidieron que excavara como el topo. Al hacerlo se lastimó las alas y el pico y, en adelante, tampoco pudo volar; con lo que ni aprobó la prueba de excavación ni llegó al aprobadoillo en la de vuelo.

Convenzámonos: un pez debe ser pez, un estupendo pez, un magnífico pez, pero no tiene por qué ser un pájaro. Un hombre inteligente debe sacarle la punta a su inteligencia y no empeñarse en triunfar en deportes, en mecánica y en arte a la vez. Una muchacha fea difícilmente llegará a ser bonita, pero puede ser simpática, buena y una mujer maravillosa... porque sólo cuando aprendamos a amar en serio lo que somos, seremos capaces de convertir lo que somos en una maravilla.

Reflexión

Por Auto aceptación entendemos:

a) el reconocimiento responsable, ecuánime y sereno de aquellos rasgos físicos y psíquicos que nos limitan y empobrecen, así como de aquellas conductas inapropiadas y/o erróneas de las que somos autores; y

b) la consciencia de nuestra dignidad innata como personas que, por muchos errores o maldades que perpetremos, nunca dejaremos de ser nada más y nada menos que seres humanos falibles.

Anexo K. Folletos “el valor de la familia” y programación cuarto módulo

Una enfermedad ya sea aguda o crónica es una situación difícil de llevar que afecta y genera cambios no solo en la persona que la padece sino también a la familia o aquellas personas que están relacionadas afectiva y directamente con el enfermo (a). Estos cambios pueden causar estrés y conflictos familiares, también puede haber problemas económicos debido a las facturas médicas o al desempleo ; situación que añade más estrés a la familia, a tal punto que no se sabe cómo actuar.

Para mitigar estas situaciones difíciles podemos destacar:

- Escuchar y utilizar un lenguaje real y positivo.
- Dar a conocer al enfermo que se está junto a él/ella.
- Evitar sensaciones de aislamiento e inutilidad (tanto por parte de la familia como del propio enfermo). Cuidar al cuidador.
- Respetar los momentos de desahogo necesarios para la persona enferma
- Seguir manteniendo actividad y costumbres cotidianas.

¿PORQUÉ ES IMPORTANTE EL

La aceptación y el apoyo de la familia pueden ayudar al paciente a recuperar la autoestima y a mejorar la imagen de sí mismo. Las actitudes positivas y la reafirmación de los seres queridos a menudo ayudan al paciente a trabajar para restablecerse. La participación, la flexibilidad y la comunicación abierta de los familiares pueden superar muchas barreras asociadas con la discapacidad.

Los familiares que infunden esperanza pueden ayudar al paciente a adaptarse y a confiar más en sus propias capacidades.



**RECUERDE QUE LA FUNDACIÓN
OPTALMOLÓGICA CLÍNICA CARLOS
ARDILA LLULE Y EL PROGRAMA DE
ASISTENCIA EN EL HOGAR SOMOS SU
MANO AMIGA**
**CONTACTENOS AL 6390487 O A LA EXT.
4700**

Universidad Industrial de Santander

UIS

PAHO
PROGRAMA DE ASISTENCIA EN EL HOGAR - FOSCAL

FOSCAL

EL VALOR DE LA FAMILIA

“Tal vez en el dinero encuentres un poco de felicidad, en las amistades encuentres alegrías, en las medicinas la cura para tu enfermedad, pero el amor, solo lo encontrarás en tu familia”

¿QUÉ ES LA FAMILIA?

Es el nutrimento afectivo que proporciona el espacio para el adecuado desarrollo y bienestar de cada persona. Es donde co-



SUS FUNCIONES

La familia en la sociedad tiene importantes tareas, que tienen relación directa con la preservación de la vida humana como su desarrollo y bienestar. Las funciones de la familia son:

- **Función biológica:** se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.
- **Función educativa:** tempranamente se socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc.

- **Función económica:** se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.
- **Función solidaria:** se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.
- **Función protectora:** se da seguridad y cuidados a los niños, enfermos y el adulto mayor.



La persona como integrante de una familia, es partícipe de su desarrollo a través del ciclo vital. Hay situaciones puntuales que estructuran el ciclo de la vida constituyéndose en un contexto determinante para los miembros del sistema familiar.

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN EL SISTEMA FAMILIAR

ALTERACIONES ESTRUCTURALES:

- PATRONES RÍGIDOS DE FUNCIONAMIENTO
- ROLES Y FUNCIONES FAMILIARES
- EL CIDADOR PRIMARIO FAMILIAR
- AISLAMIENTO SOCIAL

La enfermedad coincide con uno u otro momento del ciclo evolutivo y, en parte, de ello depende la magnitud de su impacto. La enfermedad fuerza a un momento de transición en la familia que la lleva a adaptarse a las necesidades que impone; a la pérdida (si es fatal), a la muerte.



La familia y especialmente la pareja, pierden su identidad; sus posibilidades de adaptación son las que le ayudan a sobreponerse a todos los problemas.

RESPUESTAS DE LA FAMILIA ANTE EL ENFERMO

- Ambivalencia
- Conspiración de silencio
- El duelo
- Sobreprotección

**PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y PREVENCIÓN
DE LA ENFERMEDAD. “MENTE, CUERPO Y VIDA SANA”**

**PLAN DE TRABAJO CUARTO MÓDULO (EL VALOR DE LA FAMILIA Y ESTILOS DE
VIDA SALUDABLE)**

ORDEN DEL DÍA

1. Saludo de bienvenida
2. Dinámica animación
3. Desarrollo del tema “valor de la familia y violencia intrafamiliar”. Se realiza lectura por grupos del tema y una persona por grupo, socializa lo analizado.
4. Conceptualización “estilos de vida saludable
5. Actividad para recordar los temas vistos “sopa de letras”. La persona que encuentra la palabra, la conceptualiza, según lo aprendido en el módulo.
6. Video alusivo al tema visto.
7. Construcción en grupo del concepto de salud, promoción de la salud y concepto de auto cuidado.
8. Actividad final de reflexión: “la telaraña”. Los participantes se ponen de pie, formando un círculo y se entrega a uno de ellos el ovillo de lana, quien debe pasar el ovillo a cualquiera de los compañeros del círculo y regalarle algo que quiera, una frase, un deseo, un comentario de apoyo, o algo que quiera decirle al compañero (a).

9. Varios:
 - Conclusión del módulo
 - Definición de la fecha para el próximo encuentro
 - Entrega de refrigerios

MATERIALES

- Video beam
- Portátil
- Video de reflexión
- Documentos impresos para trabajar en grupos
- Folleto estilos de vida saludable
- Folleto el valor de la familia

Anexo L. Formato de asistencia talleres cuidadores



PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. “MENTE, CUERPO Y VIDA SANA”						
NOMBRE PACIENTE	DIAGNÓSTICO DE PACIENTE	NOMBRE CUIDADOR (A)	CÉDULA CUIDADOR	EDAD CUIDADOR	TELÉFONO	FIRMA

Anexo M. Formato de seguimiento telefónico



FORMATO DE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO SEMANAL A PACIENTES ACTIVOS

El PAH considera importante conocer los avances del paciente y tener información acerca del servicio prestado.

Nombre paciente:

Cuidador principal:

Fecha:

¿Cómo se ha sentido con los servicios brindados por el PAH?

¿Ha recibido las visitas estipuladas por parte del personal de enfermería y médico, de manera cumplida?

¿El (la) Auxiliar le explica el procedimiento que va a realizar y habla con usted acerca de la intervención?

¿Se han presentado cambios repentinos en su estado de salud, o ha presentado alguna molestia?

¿Tiene usted alguna inquietud sobre el tratamiento o procedimiento que recibe?

¿Tiene alguna sugerencia o queja frente a la atención que se le está prestando?

¿De qué manera se está colaborando con el personal del PAH en el tratamiento o procedimiento realizado?

OFRECEMOS NUESTROS SERVICIOS POR SU BIENESTAR Y EL DE SU FAMILIA.....SOMOS UNA MANO AMIGA



Anexo N. Formato de evaluación



FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER
Clinica Carlos Ardila Lülle



FOSCAL



FORMATO DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA EN EL HOGAR

La FOSCAL en su interés de mejorar la atención a sus usuarios, en este caso los directamente vinculados con el Programa de Atención en el Hogar, desea evaluar el servicio prestado y conocer las sugerencias de sus usuarios para que el programa cada vez sea de mejor calidad.

Nombre paciente: _____

Cuidador principal: _____

Fecha de ingreso al programa: _____

Fecha de egreso del programa: _____

Por favor, subraye una sola opción de respuesta a cada pregunta realizada.

1. **Cómo se sintió con los servicios brindados por el PAH?**

- a. Bien
- b. Muy Bien
- c. Regular
- d. Mal

2. **¿Se le realizaron todas las visitas estipuladas por el médico tratante?**

- a. Todas
- b. Casi todas
- c. Muy pocas
- d. Ninguna

3. **¿Cómo fue el trato que recibió por parte del personal del PAH?**

- a. Muy bueno
- b. Bueno
- c. Regular
- d. Malo

4. ¿Cómo fue su colaboración con el personal del PAH para llevar a cabo el tratamiento?

- a. Muy buena
- b. Buena
- c. Regular
- d. Mala

5. ¿Usted estuvo disponible en los horarios establecidos para la administración del tratamiento?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Nunca

6. ¿De qué manera impactó el tratamiento ofrecido por el PAH en el paciente?

- a. Mejoría notoria
- b. Poca mejoría
- c. Ninguna mejoría

7. ¿Qué aspectos fortalecería o cambiaría del programa domiciliario?

8. ¿Tiene alguna sugerencia o comentario frente a la atención que recibió?

a. Si

¿Cuál?

b. No

9. ¿En cuánto calificaría la atención que recibió por parte del personal del P.A.H. en una escala de 1 a 10?

a. 1

b. 2

c. 3

d. 4

e. 5

f. 6

g. 7

h. 8

i. 9

j. 10

**OFRECEMOS NUESTROS SERVICIOS POR SU BIENESTAR Y EL DE SU
FAMILIA.....SOMOS UNA MANO AMIGA**



Anexo O. Fotografías

Acompañamiento en uno de los recorridos por piso



Acompañamiento en uno de los recorridos de visita domiciliaria



Visita domiciliaria a paciente en situación de enfermedad crónica



Foto de usuaria que recibió curaciones y apoyo psicosocial continuo



Fotos con el equipo de trabajo



Foto con grupo de cuidadoras



Actividad con grupo de cuidadoras (es)



