

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

**PROGRAMA DE DISCAPACIDAD
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEL MUNICIPIO DE CHIA**

**LAURA CAMILA SANCHEZ RODRIGUEZ
STEFFANY LORENA VILLATE SOTO**

**ASESORA: ENF. BLANCA CECILIA VENEGAS
PROFESORA DE SALUD PÚBLICA**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
ESTUDIANTES DE DÉCIMO SEMESTRE
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
CHÍA
2014**

**PROGRAMA DE DISCAPACIDAD
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEL MUNICIPIO DE CHIA**

**PROYECTO DE AUTOGESTIÓN: AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD,
UNA MIRADA DE APOYO A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE
DISCAPACIDAD**

**STEFFANY LORENA VILLATE SOTO
LAURA CAMILA SANCHEZ RODRIGUEZ**

**ASESORA: ENF. BLANCA CECILIA VENEGAS
PROFESORA DE SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
ESTUDIANTES DE DÉCIMO SEMESTRE
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
CHÍA
2014**

TABLA DE CONTENIDOS

1. Diagnóstico situacional de salud.
2. Matriz DOFA
3. Justificación...
4. Objetivo general
 - 4.1. Objetivos específicos
5. Marco teórico
 - 5.1. Discapacidad y su entorno
 - 5.1.1. Generalidades de la discapacidad
 - 5.1.2. Impacto social de la discapacidad
 - 5.1.3. Costos de la discapacidad
 - 5.1.4. Barreras para la discapacidad
 - 5.1.4.1. Discriminación
 - 5.1.4.2. Dificultad de acceso
 - 5.1.4.3. Economía
 - 5.1.4.4. Elaboración e implementación de programas en salud pública en Colombia
 - 5.2. Legislación de discapacidad en Colombia
 - 5.3. Inclusión de la discapacidad en los programas de Salud Pública en Colombia
 - 5.3.1. Inclusión social
 - 5.3.2. Focalización de personas con Discapacidad
 - 5.3.3. Rehabilitación basada en comunidad
 - 5.3.4. Autogestión
 - 5.4. Panorama de la discapacidad en Chía
 - 5.5. Papel de la Enfermería en la discapacidad
6. Propósito o metas.
7. Población.
 - 7.1. Población en situación de discapacidad
 - 7.2. Agentes comunitarios de salud
8. Estrategias que se emplearán
 - 8.1. Estrategias diagnosticas
 - 8.2. Estrategias de planificación y elaboración
 - 8.3. Estrategias de implementación
 - 8.4. Estrategias de evaluación
9. Metodología
10. Régimen operacional.
 - 10.1. Estrategias diagnosticas
 - 10.2. Estrategias de planificación y elaboración
 - 10.3. Estrategias de implementación
11. Recursos
 - 11.1. Humanos
 - 11.2. Físicos

- 11.3. Financieros
- 12. Presupuesto.
- 13. Indicadores de evaluación.
 - 13.1. Indicador de calificación
 - 13.2. Indicador de satisfacción
 - 13.3. Caracterización
 - 13.4. Asistencia
- 14. Características de la organización
 - 14.1. Reseña histórica
 - 14.2. Aspectos religiosos
 - 14.3. Ubicación geográfica
- 15. Ejecución y evaluación de las actividades
- 16. Resultados.
- 17. Conclusiones
- 18. Recomendaciones

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
ANEXOS

1. DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA VEREDA DE BOJACA DEL MUNICIPIO DE CHIA

Chía es un municipio perteneciente al departamento de Cundinamarca. Este municipio tiene una extensión de 80 kilómetros cuadrados; limita por el Norte con Cajicá, por el Oriente con Sopo, por el Sur con el Distrito Capital Bogotá y con el municipio de Cota, por el Occidente con Tenjo y Tabio. La mayoría de la población de Chía se encuentra ubicada en la zona urbana, predominando el género femenino con 32.60%, el género masculino representa un 28.88%, en el centro poblado y rural disperso el género femenino es de un 19.81% y el género masculino representa un 18.71% según los datos registrados en el Plan de desarrollo municipal 2012 - 2015.

Chía está conformada por nueve veredas (Bojacá, Tiquiza, La Balsa, Fagua, Fonqueta, Cerca de Piedra, Yerbabuena y Fusca) y la parte urbana del municipio.

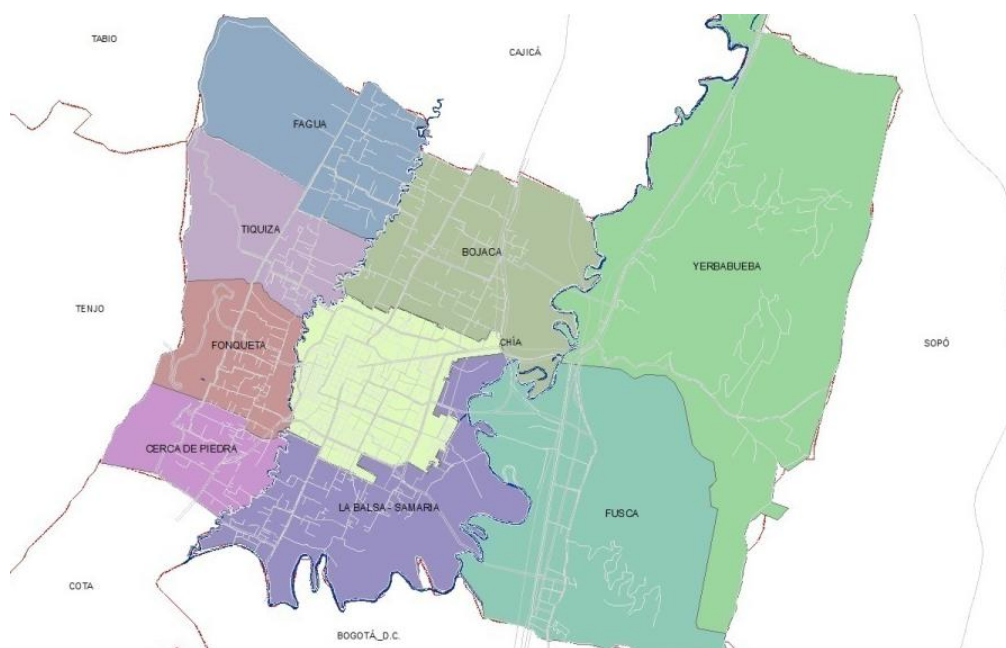


Imagen 1: tomada del plan de desarrollo municipal 2012 – 2015.

Bojacá es una de las veredas de Chía, la cual limita al Norte con Cájica, al oriente con la Vereda Yerbabuena, al Sur con Chía centro y al occidente con la Vereda la Fagua y la Vereda Tiquiza. Esta vereda a su vez está conformada por ocho sectores, en los cuales encontramos: Tres esquinas, El cuarenta, Mercedes de Calahorra, Frontera-Paredes, La dorada, Bochica; Delicias, y El paraíso. El sector productivo de la vereda es el comercio, aunque también se

observan empresas como la cementera Argos, fábrica de casas prefabricadas, postes mediana entre otros. En cuanto a los sectores parroquiales, la principal es la Iglesia de Nuestra Señora de la Salud la cual genera la mayor congregación de los creyentes de la vereda, esta se encuentra en el sector de Mercedes de Calahorra; encontramos también la capilla de Santa Ana y la Capilla de Plaza Mayor.

POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN EL MUNICIPIO DE CHIA

La población en situación de discapacidad se ha convertido en uno de los retos de inclusión para el gobierno nacional, a pesar de la creación de una normatividad que se ha establecido para generar igualdad en las diferentes dimensiones del ser humano y que busca promover la atención integral de este grupo poblacional, se evidencia que las barreras que impiden su desarrollo son mayores y requieren de planes de acción más concretos que permitan dar solución a las problemáticas sociales planteadas e identificadas en esta comunidad.

El municipio de Chía no cuenta con un censo que permita identificar la población total en situación de discapacidad del municipio, la alcaldía cuenta con un programa que va dirigido a la atención y rehabilitación de la comunidad en situación de discapacidad que se encuentra liderado por la secretaría de desarrollo social; este programa cuenta con un contrato especial que se estableció con el ICAL Institución de atención especializada, quienes se encargan de realizar la rehabilitación requerida en cada uno de los casos.

Sin embargo el programa solo cuenta con 206 personas en situación de discapacidad vinculadas, quienes son beneficiarios de los auxilios destinados para este tipo poblacional, personas quienes voluntariamente han asistido al programa a solicitar la vinculación; se desconoce el número de discapacitados que no tiene medios para llegar al programa a realizar dicha solicitud de servicios. No se ha realizado una caracterización de esta población en el municipio, por lo cual se desconoce el número exacto de personas en situación de discapacidad en el municipio de Chía, sus condiciones y la distribución en las diferentes veredas.

El presente diagnóstico se realizó en la vereda de Bojacá del municipio de Chía, la cual cuenta con una caracterización realizada por parte de los estudiantes de la Universidad de la Sabana de primer semestre en el año 2012 como actividad académica, en donde se caracterizó la población en situación de discapacidad de toda la vereda a través de la aplicación del formato de

registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad; el cual permite evaluar aspectos como la salud, educación, vivienda, origen y manejo de la discapacidad, actividades familiares y trabajo.

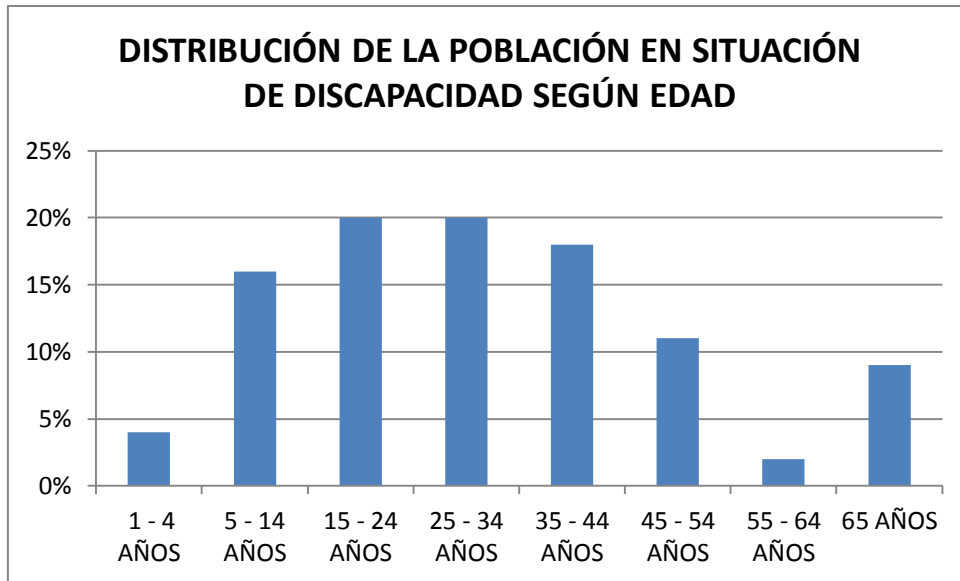
Con esta información se creó una base de datos, donde se consignó la información recolectada y por medio de la cual se realizó el presente diagnóstico; la población total censada en situación de discapacidad fue de 45 personas que oscilan entre los 2 a los 87 años, encontrándose un alto porcentaje de población joven, y una alta prevalencia de discapacidad cognitiva.

A continuación se analizarán cada una de las variables evaluadas y se mostrarán los resultados obtenidos de dicha caracterización.

CATEGORÍA: INFORMACIÓN PERSONAL

1. Edad de la población caracterizada

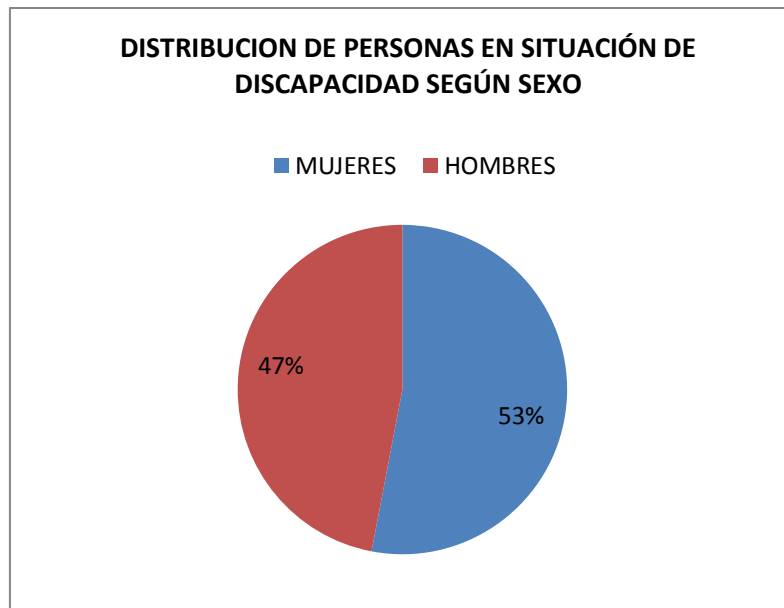
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN EDAD				
RANGOS DE EDAD	Nº	%	TOTAL	
			Nº	%
1 – 4 AÑOS	2	4%	2	4%
5 – 14 AÑOS	7	16%	7	16%
15 – 24 AÑOS	9	20%	9	20%
25 – 34 AÑOS	9	20%	9	20%
35 – 44 AÑOS	8	18%	8	18%
45 – 54 AÑOS	5	11%	5	11%
55 – 64 AÑOS	1	2%	1	2%
65 AÑOS	4	9%	4	9%
TOTAL	45	100%	45	100%



La anterior gráfica refleja que el rango de edad en el que se encuentra la mayoría de la población en situación de discapacidad es de 15 a 24 años y 25 a 44 años con un 20% cada uno, seguido de 35 a 44 años de edad con un 18%. Con esta información se puede deducir que un alto porcentaje de la población que en este caso corresponde al 78% es menor de 45 años; edades que se consideran las más productivas tanto a nivel económico como educativo, social y político.

45.6 Sexo de la población

DISTRIBUCION DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR RANGOS DE EDAD SEGÚN SEXO			
MUJERES		HOMBRES	
Nº	%	Nº	%
24	53%	21	47%
POBLACIÓN TOTAL		45 PERSONAS	

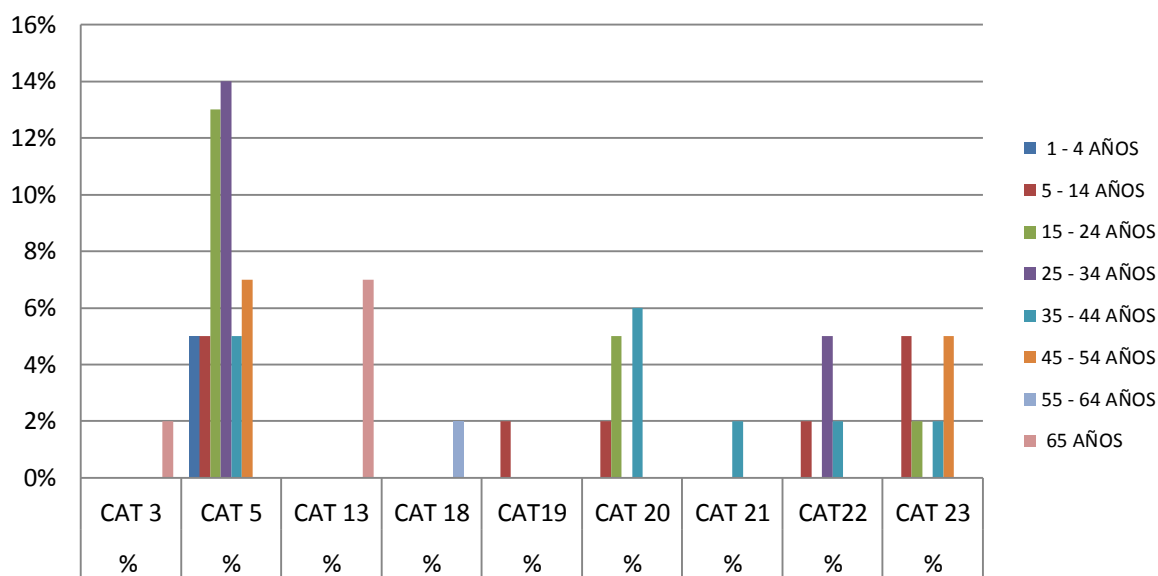


La gráfica evidencia la distribución de los pacientes en situación de discapacidad según el sexo. Observamos que la mayor proporción de los pacientes son de sexo masculino en un 53%, comparado con las mujeres las cuales alcanzaron el 47% de la población analizada. Se puede identificar que aunque el sexo masculino obtuvo el mayor porcentaje, la diferencia con respecto a las mujeres no es tan significativa.

1.2 Tipo de población

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR RANGOS DE EDAD SEGÚN EL TIPO DE POBLACION																			
EDAD	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	TOTAL		
	CAT 3		CAT 5		CAT 13		CAT 18		CAT19		CAT 20		CAT 21		CAT22			CAT 23	
1 – 4 AÑOS	0	0%	2	5%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5%
5 – 14 AÑOS	0	0%	2	5%	0	0%	0	0%	1	2%	1	2%	0	0%	1	2%	2	5%	16%
15 – 24 AÑOS	0	0%	6	13%	0	0%	0	0%	0	0%	2	5%	0	0%	0	0%	1	2%	20%
25 – 34 AÑOS	0	0%	7	14%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	5%	0	0%	0	0%	19%
35 – 44 AÑOS	0	0%	2	5%	0	0%	0	0%	0	0%	3	6%	1	2%	1	2%	1	2%	17%
45 – 54 AÑOS	0	0%	3	7%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	5%	12%
55 – 64 AÑOS	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2%
65 AÑOS	1	2%	0	0%	3	7%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	9%
TOTAL	1	2%	22	48%	3	7%	1	2%	1	2%	6	14%	1	2%	4	9%	6	14%	100%
POBLACIÓN TOTAL												45 PERSONAS							

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR RANGOS DE EDAD SEGÚN EL TIPO DE POBLACION

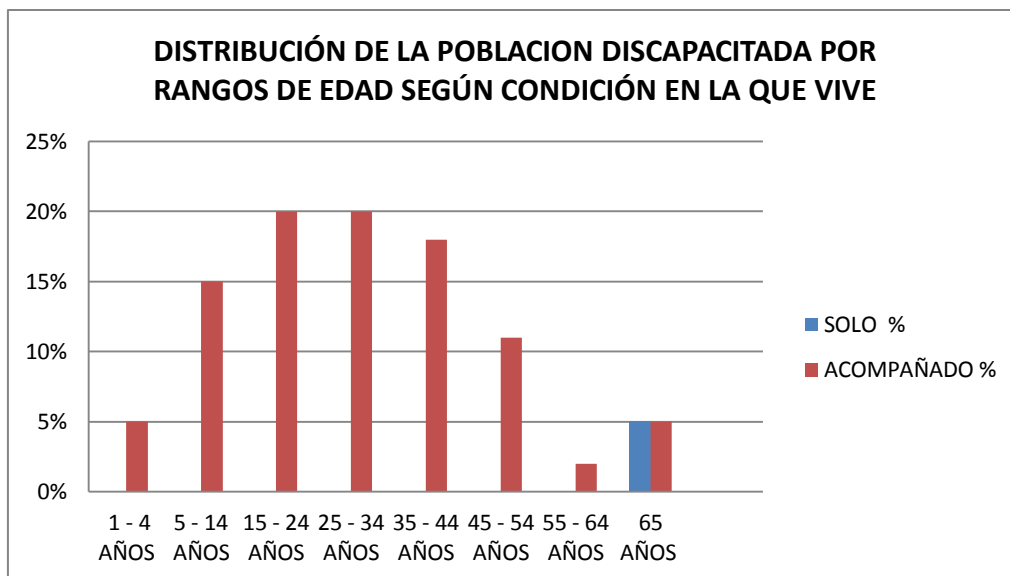


CATEGORIAS	
CAT 1	Habitante de la calle
CAT 2	Población infantil a cargo del ICBF
CAT 3	Madres comunitarias
CAT 4	Artistas, autores, compositores
CAT 5	Población sisbenizada
CAT 6	Población desmovilizada
CAT 7	Población con desmovilizamiento forzado
CAT 8	Población en centros psiquiátricos
CAT 9	Población rural migratoria
CAT 10	Población de centros carcelarios
CAT 11	Población rural no migratoria
CAT 12	Pob. Tercera edad en protección del anciano
CAT 13	Adulto mayor
CAT 14	Cabeza de familia
CAT 15	Mujer embarazada
CAT 16	Mujer lactante
CAT 17	Trabajo urbano
CAT 18	Trabajador rural
CAT 19	Víctima de la violencia armada
CAT 20	Jóvenes vulnerables rurales
CAT 21	Jóvenes vulnerables urbanos
CAT 22	Sin ocupación
CAT 23	Ninguno

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA: La gráfica muestra que el tipo de población predominante en la del grupo analizado es la categoría 5 con un 48% correspondiente a población sisbenizada; seguida de la categoría 20 y 23 con un 13% las cuales corresponden a jóvenes vulnerables rurales y ningún tipo de población. El rango de edad que predomina es entre 24 y 34 años de edad, una de los rangos de edades más productivos en todos ámbitos. De esto podemos deducir que el 48% está inscrito a recibir beneficios por parte del estado respecto a educación, alimentación y salud.

45.6 Actualmente vive

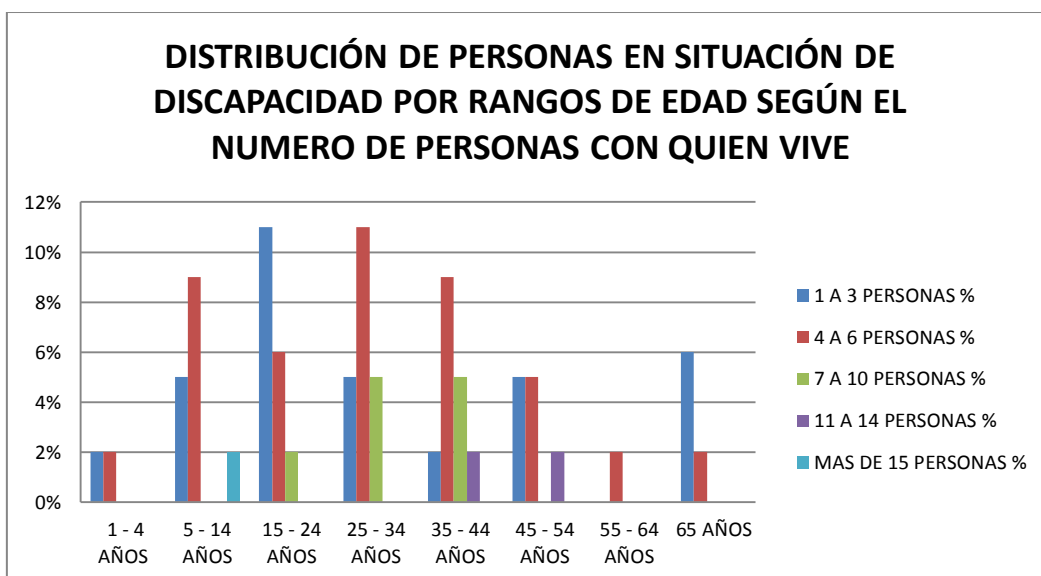
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION DISCAPACITADA POR RANGOS DE EDAD SEGÚN CONDICIÓN EN LA QUE VIVE					
EDAD	SOLO		ACOMPañADO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
1 – 4 AÑOS	0	0%	2	5%	5%
5 – 14 AÑOS	0	0%	7	15%	15%
15 – 24 AÑOS	0	0%	9	20%	20%
25 – 34 AÑOS	0	0%	9	20%	20%
35 – 44 AÑOS	0	0%	8	18%	17%
45 – 54 AÑOS	0	0%	5	11%	11%
55 – 64 AÑOS	0	0%	1	2%	2%
65 AÑOS	2	5%	2	5%	10%
TOTAL	2	5%	43	95%	
POBLACIÓN TOTAL			45 PERSONAS		



Análisis de la gráfica: La gráfica muestra que el 95% de la población en situación de discapacidad vive acompañado, tan solo el 5% que corresponde a dos personas viven solas en su hogar; sin embargo es importante resaltar que la población que vive sola tiene más de 65 años de edad, condición que incrementa el nivel de vulnerabilidad de dichas personas.

45.6 Según personas conforman este hogar

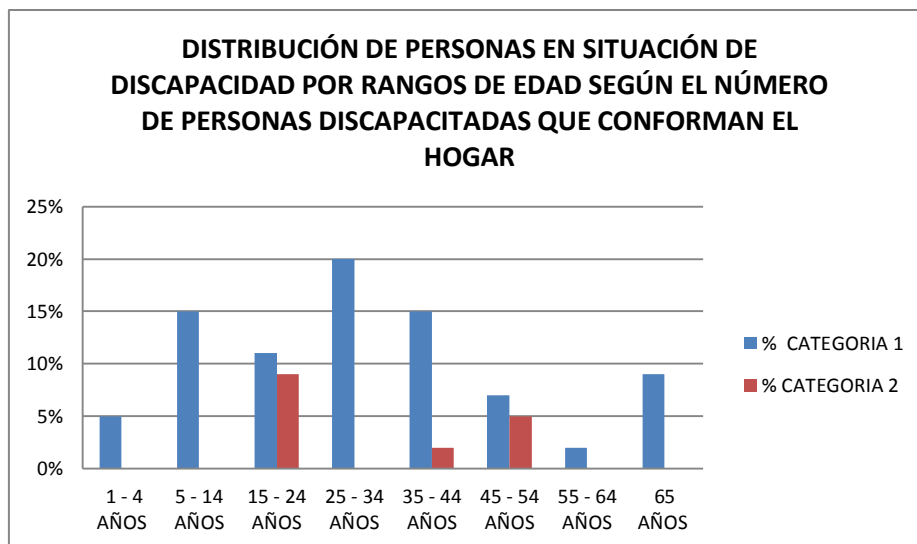
DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR RANGOS DE EDAD SEGÚN EL NUMERO DE PERSONAS CON QUIEN VIVE										
EDAD	1 A 3 PERSONAS		4 A 6 PERSONAS		7 A 10 PERSONAS		11 A 14 PERSONAS		MAS DE 15 PERSONAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 – 4 AÑOS	1	2%	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%
5 – 14 AÑOS	2	5%	4	9%	0	0%	0	0%	1	2%
15 – 24 AÑOS	5	11%	3	6%	1	2%	0	0%	0	0%
25 – 34 AÑOS	2	5%	5	11%	2	5%	0	0%	0	0%
35 – 44 AÑOS	1	2%	4	9%	2	5%	1	2%	0	0%
45 – 54 AÑOS	2	5%	2	5%	0	0%	1	2%	0	0%
55 – 64 AÑOS	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%
65 AÑOS	3	6%	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	16	36%	21	46%	5	12%	2	4%	1	2%
POBLACIÓN TOTAL					45 PERSONAS					



Análisis de la gráfica: Analizando el número de personas con quien convive la población en situación de discapacidad caracterizada, se evidencia que el porcentaje más alto lo refleja el grupo de 4 a 6 personas convivientes con un 48%, de este porcentaje el rango de edad que predomina es el de 25 a 34 años. El grupo que obtuvo el segundo porcentaje más alto es el de 1 a 3 personas convivientes, donde el rango de edad que predominó es el de 15 a 24 años de edad. El grupo de más de 15 personas convivientes fue el que reportó el porcentaje más bajo con un 2%.

45.6 ¿Cuántas de ellas presentan discapacidad?

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR RANGOS DE EDAD SEGÚN EL NÚMERO DE PERSONAS DISCAPACITADAS QUE CONFORMAN EL HOGAR				
EDAD	Nº	%	Nº	%
		1	1	2
1 - 4 AÑOS	2	5%	0	0%
5 - 14 AÑOS	7	15%	0	0%
15 - 24 AÑOS	5	11%	4	9%
25 - 34 AÑOS	9	20%	0	0%
35 - 44 AÑOS	7	15%	1	2%
45 - 54 AÑOS	3	7%	2	5%
55 - 64 AÑOS	1	2%	0	0%
65 AÑOS	4	9%	0	0%
TOTAL	38	84%	7	16%
POBLACIÓN TOTAL	45 PERSONAS			

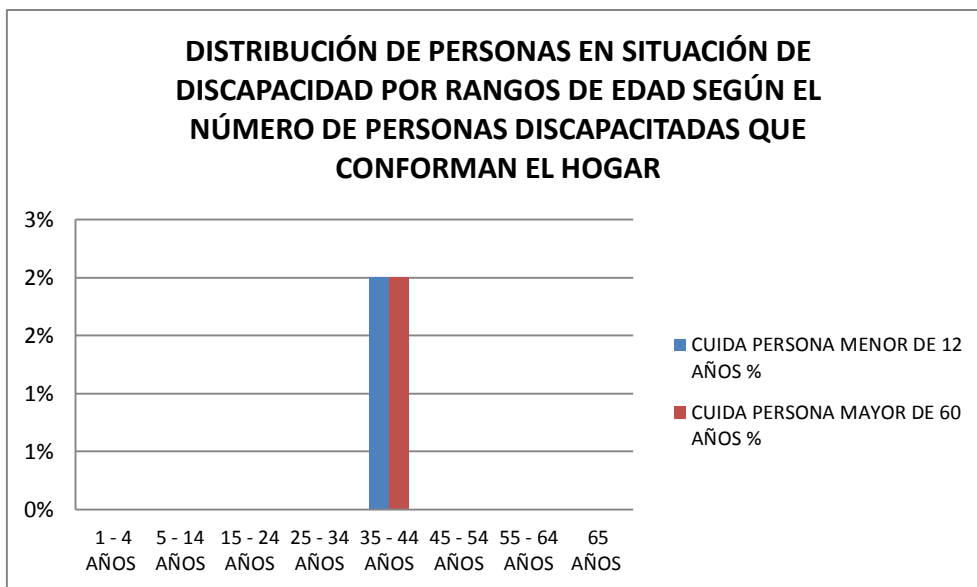


Análisis de la gráfica: La gráfica refleja el número de personas discapacitadas que conforman el hogar de las personas caracterizadas, el 84% de las personas en situación de discapacidad no conviven con otros discapacitados y el 16% conviven con al menos una personas más en situación de discapacidad; en este porcentaje el rango de edad que predominó es el de 15 a 24 años.

1.6 Número de personas a cargo menores de 12 años

1.7 Número de personas a cargo mayores de 60 años

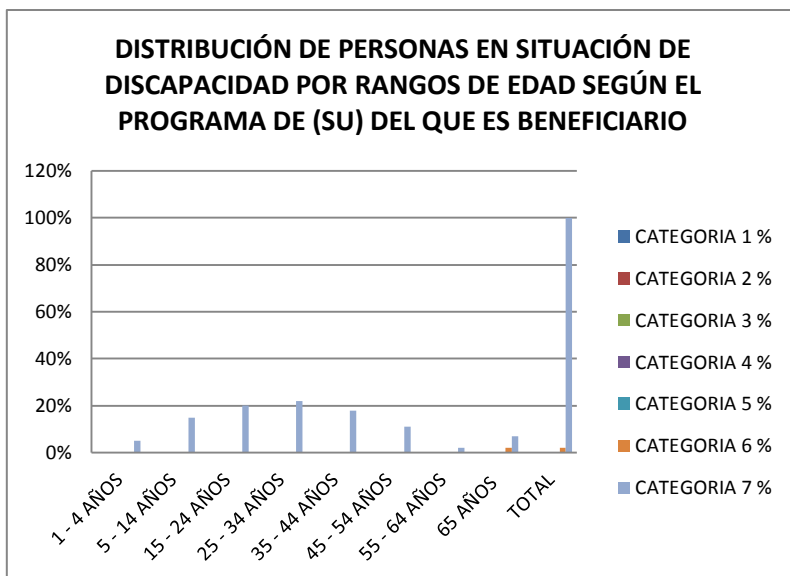
DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR RANGOS DE EDAD SEGÚN EL NÚMERO DE PERSONAS MENORES DE 12 AÑOS Y MAYORES DE 60 AÑOS QUE ESTAN A SU CARGO					
EDAD	CUIDA PERSONO -12		CUIDA PERSON +60		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
1 - 4 AÑOS	0	0%	0	0%	0%
5 - 14 AÑOS	0	0%	0	0%	0%
15 - 24 AÑOS	0	0%	0	0%	0%
25 - 34 AÑOS	0	0%	0	0%	0%
35 - 44 AÑOS	1	2%	1	2%	4%
45 - 54 AÑOS	0	0%	0	0%	0%
55 - 64 AÑOS	0	0%	0	0%	0%
65 AÑOS	0	0%	0	0%	0%
TOTAL	1	2%	1	2%	4%
POBLACIÓN TOTAL			45 PERSONAS		



Análisis de la gráfica: La gráfica demuestra que el 2% de la población en situación de discapacidad, cuida a un menor de doce años; el 2% de la población en situación de discapacidad cuida a una persona mayor de 60 años, la población que se reporta con el mayor porcentaje se encuentra clasificada en el rango de edad de 35 a 44 años.

1.8 Es beneficiario de programas de: (SU)

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR RANGOS DE EDAD SEGÚN EL PROGRAMA DE (SU) DEL QUE ES BENEFICIARIO														
EDAD	1		2		3		4		5		6		7	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 - 4 AÑOS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	5%
5 - 14 AÑOS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	7	15%
15 - 24 AÑOS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	9	20%
25 - 34 AÑOS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	10	22%
35 - 44 AÑOS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	7	17%
45 - 54 AÑOS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	11%
55 - 64 AÑOS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
65 AÑOS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	3	7%
TOTAL	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	44	98%
POBLACIÓN TOTAL							45 PERSONAS							



CAT 1	Protección
CAT 2	Hogar sustituto
CAT 3	Hogar comunitario
CAT 4	Hogar infantil
CAT 5	Club juvenil
CAT 6	Otro programa
CAT 7	Ninguno

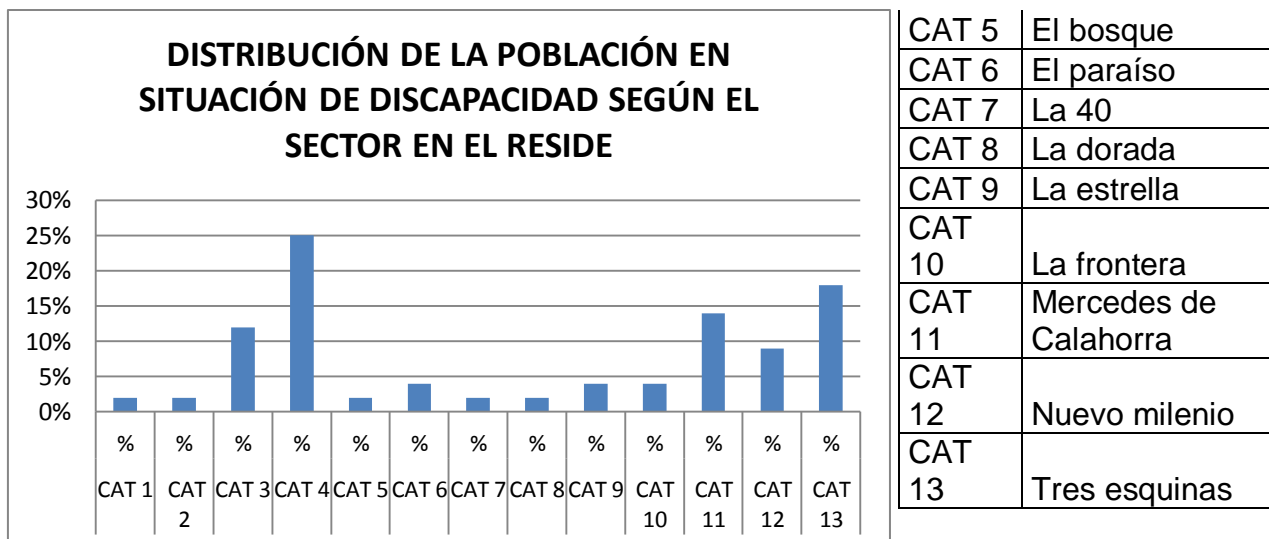
Análisis de la gráfica: En la gráfica se puede evidenciar que la población en situación de discapacidad no se encuentra vinculada ninguno de los programas (SU), la categoría que registra con mayor porcentaje es la número 7 que corresponde a ningún programa con el 98% , y el 2% restante corresponde a la categoría 6 otro programa, se identifica que hay un alto porcentaje de desvinculación a los programas (SU) siendo esta una población vulnerable y para la cual se han implementado programas de ayuda por parte de las entidades gubernamentales.

CATEGORÍA II: LOCALIZACIÓN Y VIVIENDA

2.1 Nombre del barrio o vereda donde reside

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN EL SECTOR EN EL RESIDE																										
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		TOTAL
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	%
1	2%	1	2%	5	12%	11	25%	1	2%	2	4%	1	2%	1	2%	2	4%	2	4%	6	14%	4	9%	8	18%	100%
POBLACIÓN TOTAL														45 PERSONAS												

CAT 1	Bernal
CAT 2	Bochica
CAT 3	Delicias norte
CAT 4	Desconocido

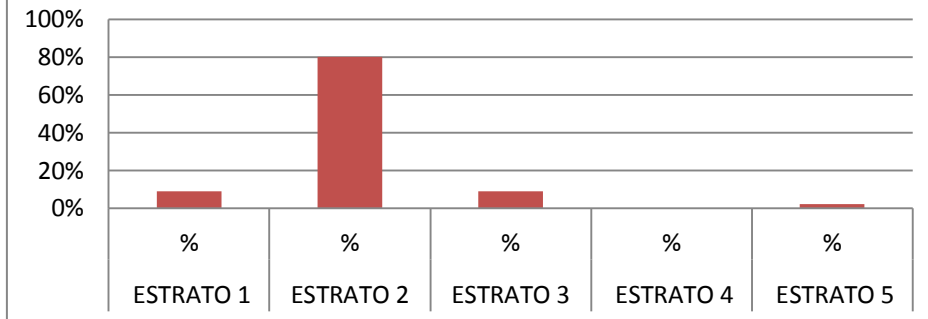


La gráfica refleja la distribución de la población según los sectores de la vereda Bojacá, se evidencia desconocimiento del sector donde reside el 25% de la población caracterizada siendo este el porcentaje más relevante, debido a mal diligenciamiento de la ficha de registro para la localización y caracterización de personas en situación de discapacidad. El segundo porcentaje más alto corresponde al sector de tres esquinas con un 18% de la población. En general la población se encuentra distribuida en 12 sectores de la vereda.

2.2 ¿Cuál es el estrato de la vivienda?

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO										
1		2		3		4		5		TOTAL
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
4	9%	36	80%	4	9%	0	0%	1	2%	100%
POBLACIÓN TOTAL						45 PERSONAS				

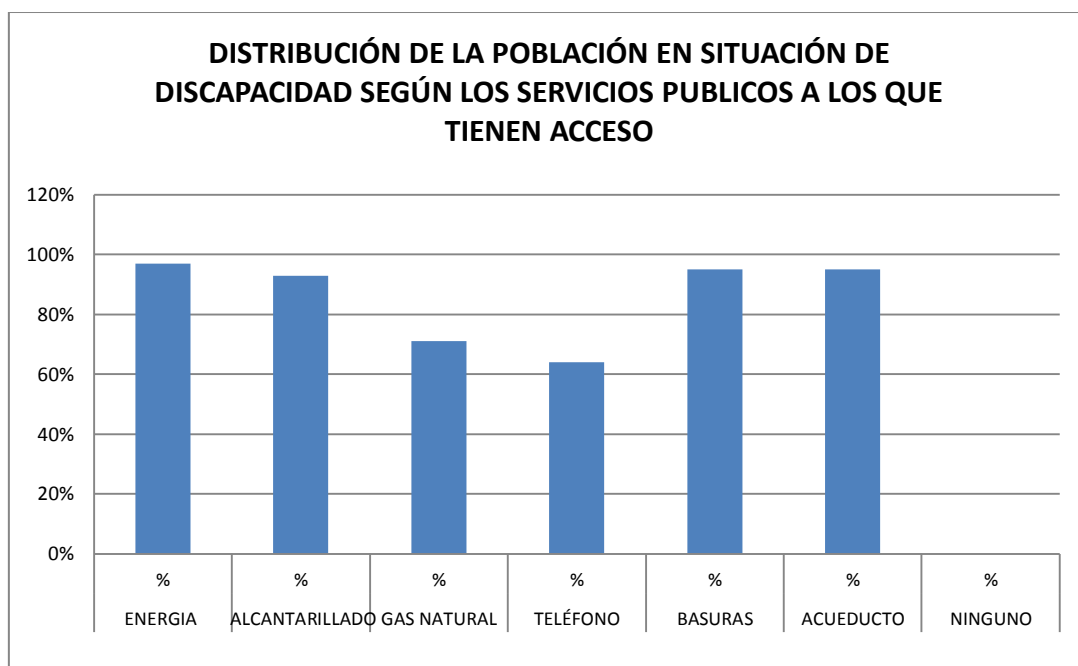
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO



En la gráfica se puede evidenciar que la población en situación de discapacidad se encuentra distribuida en los cinco niveles socioeconómicos desde el 1 hasta el 5, se evidencia predominancia en el estrato número 2 con un 80%, seguido del estrato 1 y 3 con un 9% cada uno, es importante resaltar que el mayor porcentaje de la población se concentra en los estratos más bajos, aun cuando se registran personas en el nivel 5.

2.3 La vivienda cuenta con servicios públicos de (SM)

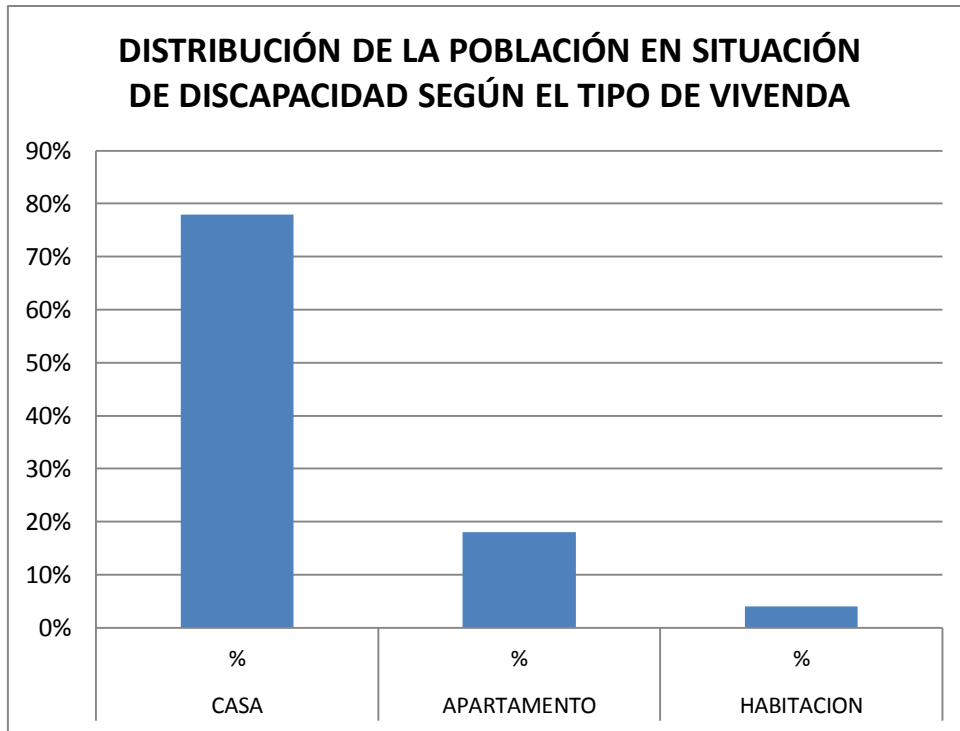
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN LOS SERVICIOS PUBLICOS A LOS QUE TIENEN ACCESO													
Energía		Alcantarillado		Gas		Teléfono		Basuras		Acueducto		Ninguno	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
44	97%	42	93%	32	71%	29	64%	43	95%	43	95%	0	0%
POBLACIÓN TOTAL								45 PERSONAS					



La distribución de personas en situación de discapacidad según servicios públicos a los que tienen acceso, se evidencia que el 0% no tiene ningún servicio público, la energía, alcantarillado, basuras y agua presentan porcentajes por encima del 90% siendo la electricidad la que reporta mayor porcentaje de acceso; el teléfono es el servicio público con menor acceso reportándose con un 64% y el gas con un 71%.

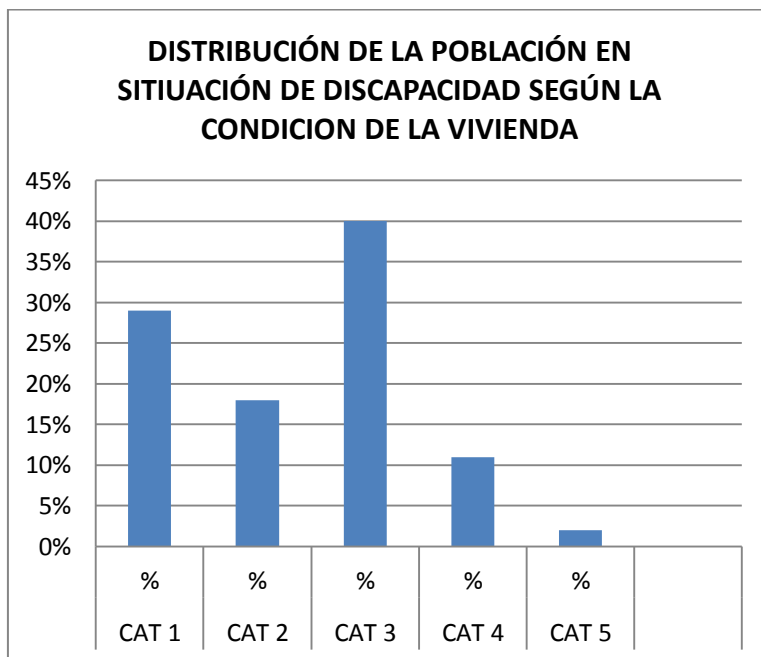
2.4 Actualmente vive en (SU)

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN EL TIPO DE VIVENDA					
CASA		APARTAMENTO		HABITACION	
Nº	%	Nº	%	Nº	%
35	78%	8	18%	2	4%
POBLACIÓN TOTAL			45 PERSONAS		



En la población en situación de discapacidad se evidencian tres tipos de viviendas, la que la casa reporta el porcentaje más alto con un 78%, seguido de apartamento con un 18% finalizando con la categoría de habitación la cual reportó un 4% de la población total.

2.5 ¿En qué condición posee la vivienda?



CAT 1	Arriendo
CAT 2	Familiar sin pagar arriendo
CAT 3	Propia pagada
CAT 4	Propia pagando
CAT 5	Tercero sin pagar arriendo

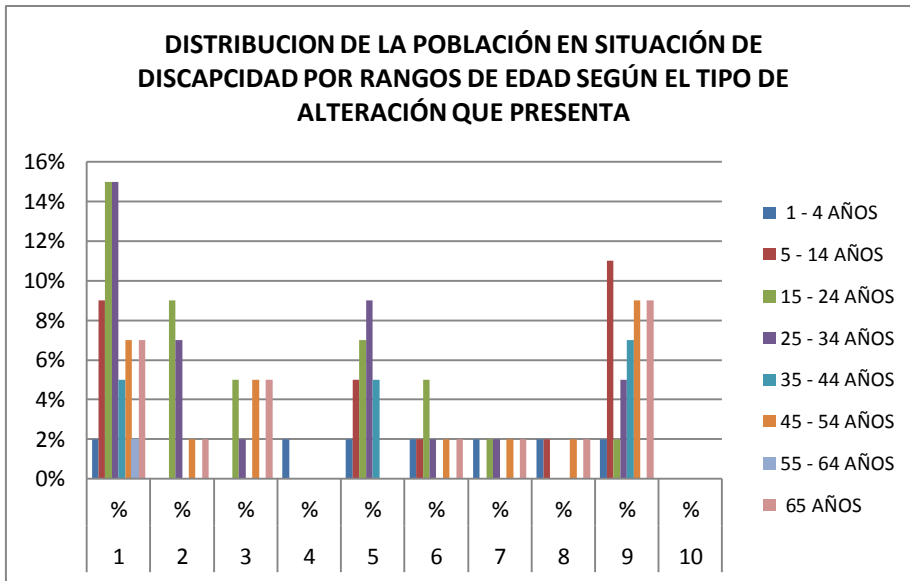
La gráfica de distribución de la población en situación de discapacidad según la condición de la vivienda, el porcentaje más alto se evidencia en la categoría 3 con un 40% la cual corresponde a vivienda propia que ya se encuentra totalmente paga, seguida de la categoría 1 la cual corresponde a vivienda en condición de arriendo con un 28%. La categoría que presentó el porcentaje más bajo es la categoría 5 que corresponde a vivienda de un tercero sin pagar.

CATEGORÍA: CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

3.1 Por su condición de salud, presenta alteraciones permanentes en (SM)

DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR RANGOS DE EDAD SEGÚN EL TIPO DE ALTERACIÓN QUE PRESENTA																								
EDAD	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
1 - 4 AÑOS	1	2%	0	0%	0	0%	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	0	0%	0	0%	14%	
5 - 14 AÑOS	4	9%	0	0%	0	0%	0	0%	2	5%	1	2%	0	0%	1	2%	5	11%	0	0%	1	2%	31%	
15 - 24 AÑOS	7	15%	4	9%	2	5%	0	0%	3	7%	2	5%	1	2%	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%	45%	
25 - 34 AÑOS	7	15%	3	7%	1	2%	0	0%	4	9%	1	2%	1	2%	0	0%	2	5%	0	0%	0	0%	43%	
35 - 44 AÑOS	2	5%	0	0%	0	0%	0	0%	2	5%	0	0%	0	0%	0	0%	3	7%	0	0%	0	0%	17%	
45 - 54 AÑOS	3	7%	1	2%	2	5%	0	0%	0	0%	1	2%	1	2%	1	2%	4	9%	0	0%	0	0%	29%	
55 - 64 AÑOS	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2%	
65 AÑOS	3	7%	1	2%	2	5%	0	0%	0	0%	1	2%	1	2%	1	2%	4	9%	0	0%	0	0%	29%	
TOTAL	28	62%	9	20%	7	17%	1	2%	12	28%	7	15%	5	10%	4	8%	20	45%	0	0%	1	2%	210%	
POBLACIÓN TOTAL												45 PERSONAS												

CAT 1	Sistema nervioso
CAT 2	Los ojos
CAT 3	Los oídos
CAT 4	(olfato, tacto, gusto)
CAT 5	Voz y habla
CAT 6	Sist. Cardio respiratorio
CAT 7	Digestión, metabolismo, hormonas
CAT 8	Sist genital, urinario y reproductivo



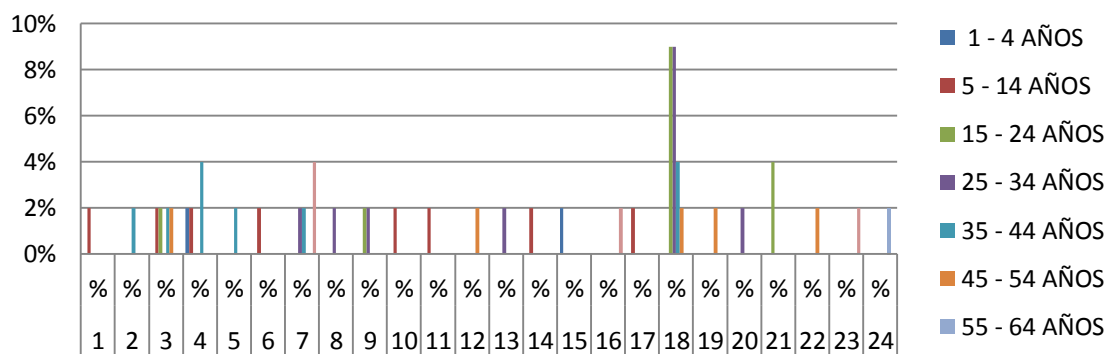
CAT 9	Movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
CAT 10	Piel, uñas y cabello
CAT 11	Ninguno

La gráfica de distribución de la población en situación de discapacidad según el tipo de alteración que presenta, evidencia que la alteración que reportó el porcentaje más alto es la categoría 1 la cual corresponde a el sistema nervioso con un 62%, en segundo lugar se encuentra la categoría 9 que hace referencia a alteraciones en la movilidad corporal (cuerpo, manos, brazos y piernas). Las categorías que presentaron el menor porcentaje son la categoría 4 con un 2% y la categoría 10 con un 0% correspondientes a alteración en órganos de los sentidos y piel, uñas y cabello.

3.2 ¿Conoce usted el diagnóstico que recibió?

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN EL TIPO DE DIAGNÓSTICO QUE RECIBIÓ																								
EDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1 - 4 AÑOS	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5 - 14 AÑOS	2%	0%	2%	2%	0%	2%	0%	0%	0%	2%	2%	0%	0%	2%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
15 - 24 AÑOS	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	9%	0%	0%	4%	0%	0%	0%
25 - 34 AÑOS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	2%	2%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	9%	0%	2%	0%	0%	0%	0%
35 - 44 AÑOS	0%	2%	2%	4%	2%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
45 - 54 AÑOS	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	2%	0%	0%	2%	0%	0%
55 - 64 AÑOS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%
65 AÑOS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%
TOTAL	2%	2%	8%	8%	2%	2%	8%	2%	4%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	24%	2%	2%	4%	2%	2%	2%

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN EL TIPO DE DIAGNÓSTICO QUE RECIBIÓ



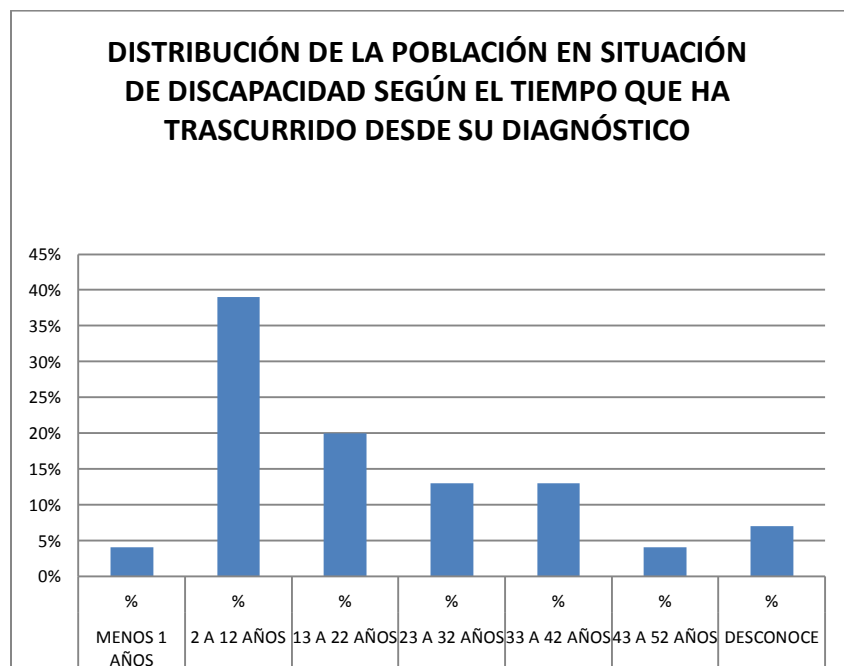
CAT 1	Cuadriparesia espástica
CAT 2	Cuadriplejia
CAT 3	Desconocido
CAT 4	Síndrome de Down
CAT 5	Displacia de cadera
CAT 6	Encefalopatía hipóxica
CAT 7	Enfermedad cerebro vascular
CAT 8	Enfermedad motriz
CAT 9	Esquizofrenia
CAT 10	Hemiplejia espástica
CAT 11	Hipoacusia bilateral severa
CAT 12	Hipoacusia neurosensorial profusa
CAT 13	Hipoxia
CAT 14	Meningitis
CAT 15	Microcefalia
CAT 16	Osteoporosis
CAT 17	Raquitismo
CAT 18	Retardo mental
CAT 19	Aneurisma
CAT 20	Trauma craneo encefálico
CAT 21	Síndrome de

	west
CAT 22	Sordera
CAT 23	Trombosis
CAT 24	Vejiga neurogénica

La gráfica de distribución de la población en situación de discapacidad según el tipo de diagnóstico que recibió evidencia que en la población caracterizada se encontraron 24 tipos de diagnósticos de discapacidad. El diagnóstico que obtuvo el porcentaje mayor es el de retardo mental con el 24%, en el cual se involucraron los grados leve, moderado y severo; seguido del diagnóstico desconocido, síndrome de Down y enfermedad cerebro vascular que reportan el 8%, dentro de los diagnóstico que menos porcentaje se encuentran hemiplejia, cuadriplejia, cuadriparesia, meningitis, microcefalia y osteoporosis entre otros.

3.3 ¿Hace cuantos años presenta esta condición de salud?

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN EL TIEMPO QUE HA TRASCURRIDO DESDE SU DIAGNÓSTICO														
MENOS 1 AÑOS		2 A 12 AÑOS		13 A 22 AÑOS		23 A 32 AÑOS		33 A 42 AÑOS		43 A 52 AÑOS		DESCONOCE		TOTAL
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2	4%	17	39%	9	20%	6	13%	6	13%	2	4%	3	7%	100%

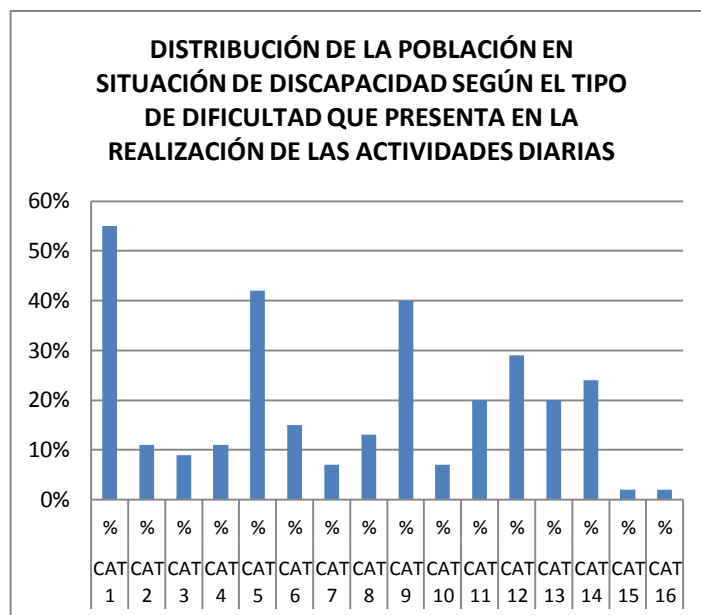


La gráfica de distribución de la población según el tiempo transcurrido del diagnóstico demuestra que el 39% de las personas recibieron su diagnóstico en un periodo contemplado entre 2 y 12 años, el 20% entre 13 y 22 años. Se evidencia que solo el 4% de la población lo que equivale a 2 personas recibieron su diagnóstico hace menos de un año. Un alto porcentaje de la población lleva varios años con su situación de discapacidad, el porcentaje de diagnóstico reciente es bajo.

3.4 En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN EL TIPO DE DIFICULTAD QUE PRESENTA EN LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS																															
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
25	55%	5	11%	4	9%	5	11%	19	42%	7	15%	3	7%	6	13%	18	40%	3	7%	9	20%	13	29%	9	20%	11	24%	1	2%	1	2%

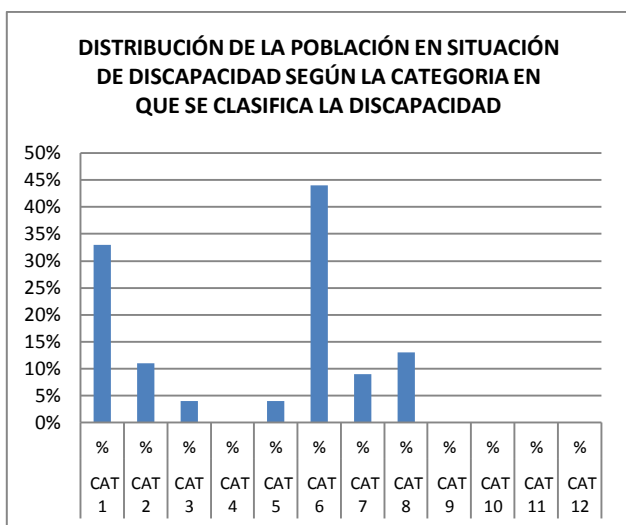
CAT 1	Pensar, memorizar
CAT 2	Percibir luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes
CAT 3	Oír, aún con aparatos especiales
CAT 4	Distinguir sabores u olores
CAT 5	Hablar y comunicarse
CAT 6	Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
CAT 7	Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
CAT 8	Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
CAT 9	Caminar, correr, saltar
CAT 10	Mantener piel, uñas, y cabellos sanos
CAT 11	Relacionarse con las demás personas y el entorno
CAT 12	Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
CAT 13	Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
CAT 14	Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
CAT 15	Otra
CAT 16	Ninguna



La gráfica anterior refleja la distribución de la población en situación de discapacidad según la actividad que se le dificulta por su condición; la actividad que se ve a manera general más alterada es la de pensar y memorizar que se ubica en la categoría 1 con un 55%, seguida de la actividad de hablar y comunicarse con un 42% y caminar, correr y saltar con un 40%. Las actividades que se ven menos afectadas por la situación de discapacidad con un 7% son las de mantener la piel, uñas y cabello, al igual que masticar, tragar, asimilar y transferir los alimentos.

3.5 Incluya su discapacidad en las siguientes categorías:

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN LA CATEGORIA EN QUE SE CLASIFICA LA DISCAPACIDAD																							
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15	33%	5	11%	2	4%	0	0%	2	4%	20	44%	4	9%	6	13%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
POBLACIÓN TOTAL												45 PERSONAS											



CAT 1	Movilidad
CAT 2	Sensorial auditiva
CAT 3	Sensorial visual
CAT 4	Sensorial gusto-olfato-tacto
CAT 5	Sistémica
CAT 6	Mental cognitiva
CAT 7	Mental psicosocial
CAT 8	Voz y habla
CAT 9	Piel, uñas y cabello
CAT 10	Enanismo
CAT 11	No lo sabe nombrar
CAT 12	Múltiple

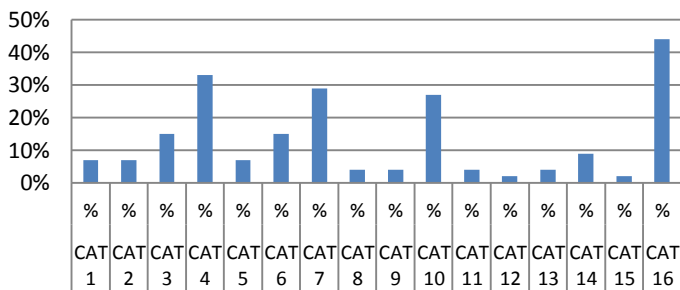
La gráfica anterior muestra las categorías en las que se clasifica la discapacidad de la población analizada, la categoría 6 que hace referencia a Mental cognitiva reportó el porcentaje más alto con un 44%, seguida de la categoría 1 movilidad con un 33%. Las categorías que presentaron el menor índice fue la categoría 3 y 5 que hacen referencia a Sensitivo visual y Sistémica con un 4%.

3.6 ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impidan desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía?

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN LAS BARRERAS PRESENTES EN EL LUGAR DE VIVIENDA QUE IMPIDEN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DIARIAS

1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
3	7%	3	7%	7	15%	15	33%	3	7%	7	15%	13	29%	2	4%	2	4%	12	27%	2	4%	1	2%	2	4%	4	9%	1	2%	20	44%
POBLACIÓN TOTAL																45 PERSONAS															

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN
CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN
LAS BARRERAS PRESENTES EN EL LUGAR
DE VIVIENDA QUE IMPIDEN LA
REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DIARIAS**



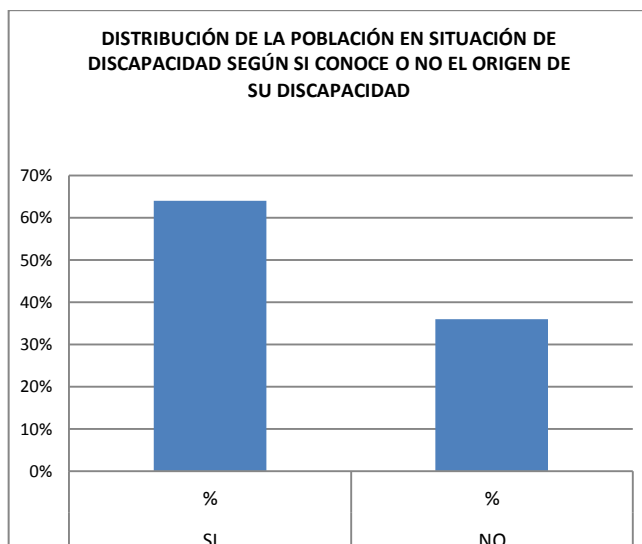
CAT 1	Dormitorio
CAT 2	Sala - comedor
CAT 3	Baños - sanitario
CAT 4	Escaleras
CAT 5	Pasillos - patios
CAT 6	Andenes - aceras
CAT 7	Calles - vías
CAT 8	Parques, plazas, estadios
CAT 9	Paraderos, terminales de transporte
CAT 10	Vehículos de transporte público
CAT 11	Centros educativos
CAT 12	Lugares de trabajo
CAT 13	Centros de salud, hospitales
CAT 14	Centros comerciales, tiendas
CAT 15	Otros lugares
CAT 16	Ninguno

La gráfica anterior demuestra las principales barreras que la población en situación de discapacidad se encuentra durante la realización de sus actividades diarias, la categoría que presentó el porcentaje más alto es la categoría 16 que hace referencia a ninguno con un 44%, seguido de la categoría 4 que refiere las escaleras con un 33%, las categorías que registran el porcentaje más bajo es las categoría 12 y la 15 con un 2% las cuales hacen referencia a Lugares de trabajo y otros lugares respectivamente.

3.7 ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN SI CONOCE O NO EL ORIGEN DE SU DISCAPACIDAD			
SI		NO	
Nº	%	Nº	%
29	64%	16	36%

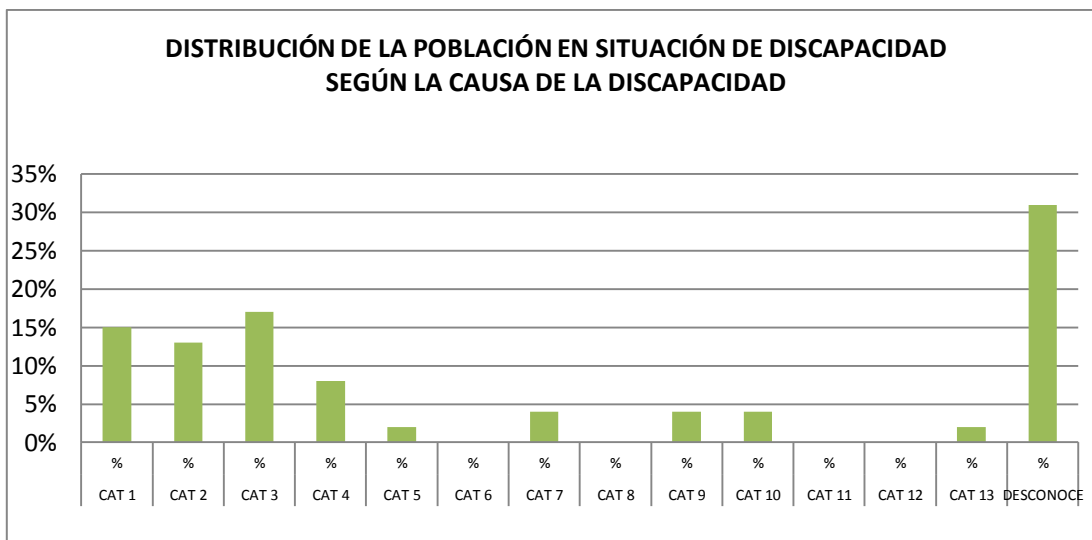
POBLACIÓN TOTAL	45 PERSONAS
----------------------------	--------------------



La gráfica anterior demuestra que el 64% de la población en situación de discapacidad conoce el origen de su discapacidad, el 36% de la población no conoce el origen de su discapacidad.

3.8 Principalmente su discapacidad es consecuencia de:

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN LA CAUSA DE LA DISCAPACIDAD																																
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		DESCONO CE		TOTAL				
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	%
7	15%	6	13%	8	17%	4	8%	1	2%	0	0%	2	4%	0	0%	2	4%	2	4%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	14	31%	100%		

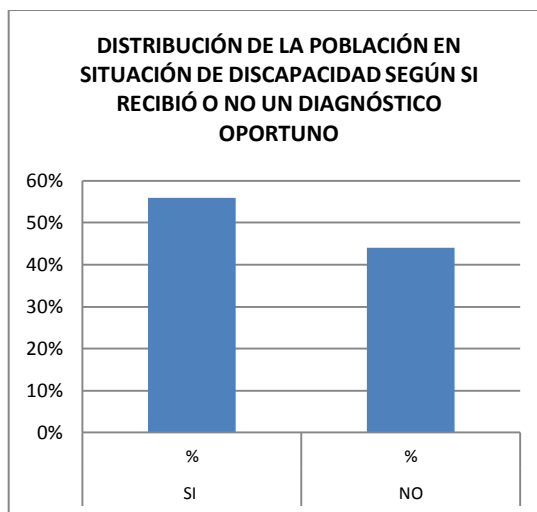


CAT 1	Condición de salud de la madre durante el embarazo
CAT 2	Complicaciones durante el parto
CAT 3	Enfermedad general
CAT 4	Alteración genética, hereditaria
CAT 5	Lesión auto infligida
CAT 6	Enfermedad profesional
CAT 7	Consumo de psicoactivos
CAT 8	Desastre natural
CAT 9	Accidente
CAT 10	Víctima de violencia
CAT 11	Conflicto armado
CAT 12	Dificultades en la prestación de servicios de salud
CAT 13	Otra causa

La gráfica representa la distribución de la población en condición de discapacidad según la causa de la discapacidad, evidenciando que el porcentaje más alto lo registra la categoría de desconocido, seguido de la categoría tres que se refiere a enfermedad general; las categorías que presentaron los índices más bajos son la categoría 5 referente a lesión auto infligida y la categoría 13 de otra causa cada una con el 2%.

3.9 ¿Su condición de discapacidad fue oportunamente diagnosticada?

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN SI RECIBIÓ O NO UN DIAGNÓSTICO OPORTUNO				
SI		NO		TOTAL
Nº	%	Nº	%	%
25	56%	20	44%	100%

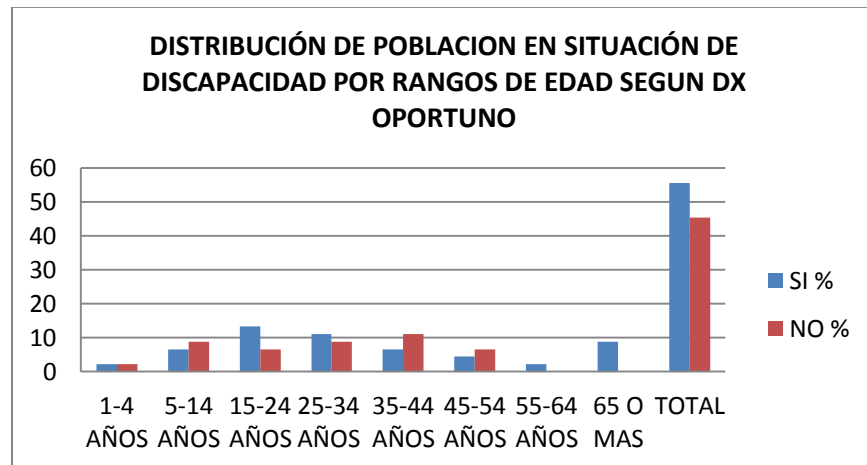


En la gráfica se evidencia que el 56% de la población en situación de discapacidad caracterizada tuvo un diagnóstico oportuno, mientras que el 44% de la población refiere no haber sido diagnosticada a tiempo.

CATEGORÍA: SALUD

4.1 ¿Su condición de discapacidad fue oportunamente diagnosticada?

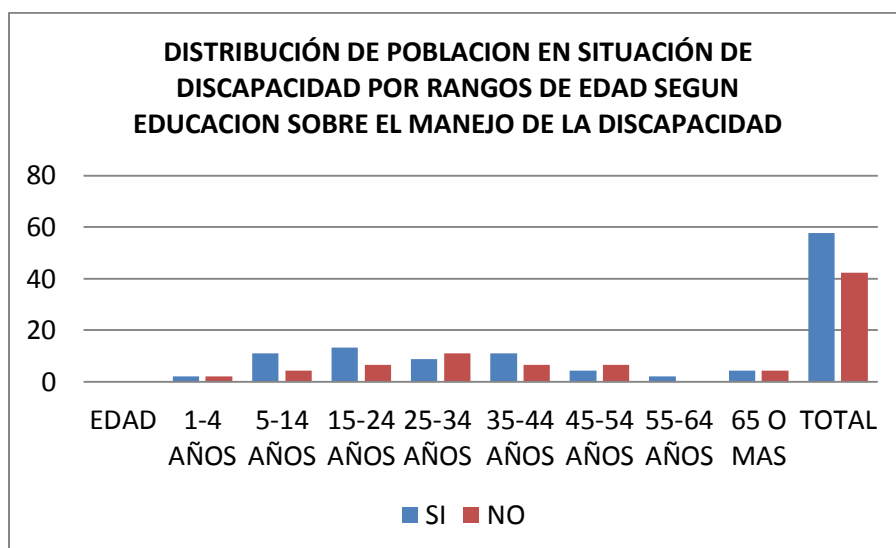
DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR RANGOS DE EDAD SEGUN DX OPORTUNO										
	EDAD	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15-24 AÑOS	25-34 AÑOS	35-44 AÑOS	45-54 AÑOS	55-64 AÑOS	65 O MAS	TOTAL
SI	N°	1	3	6	5	3	2	1	4	25
	%	2.2	6.6	13.3	11,1	6.6	4.4	2.2	8.8	55.5
NO	N°	1	4	3	4	5	3	0	0	20
	%	2.2	8.8	6.6	8.8	11.1	6.6	0	0	45.5



Según la gráfica, el diagnóstico fue oportuno en un 55.5% de la población encuestada, seguida del 45.5% de la población que expreso está en desacuerdo. La población que ha recibido un diagnóstico oportuno en mayor medida se encuentra entre los 15 a 24 años, y la que no ha recibido un diagnóstico oportuno está entre los 35 a 44 años.

4.2 ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?

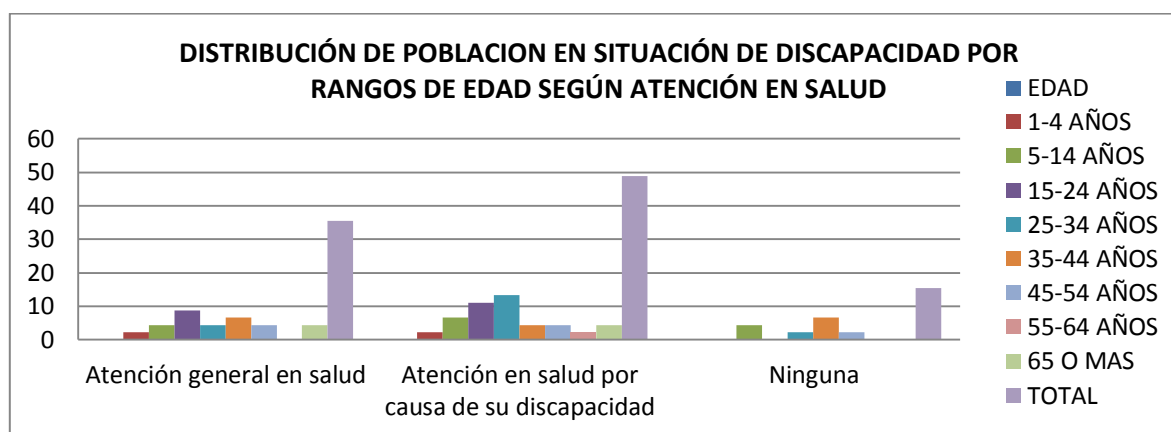
DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR RANGOS DE EDAD SEGUN EDUCACIÓN SOBRE EL MANEJO DE LA DISCAPACIDAD										
	EDAD	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15-24 AÑOS	25-34 AÑOS	35-44 AÑOS	45-54 AÑOS	55-64 AÑOS	65 O MAS	TOTAL
SI	N°	1	5	6	4	5	2	1	2	26
	%	2,2	11.1	13.3	8.8	11.1	4.4	2,2	4.4	57,7
NO	N°	1	2	3	5	3	3	0	2	19
	%	2,2	4.4	6,6	11.1	6,6	6,6	0	4.4	42,2



Según la gráfica las personas que si recibieron educación para el manejo de la discapacidad fue del 57%, el cual se reflejó en mayor proporción en edades de 15 a 24 años. Por otro lado, el 42,2% no recibieron educación sobre el manejo de la discapacidad, reflejándose en el mismo rango de edad referenciada con mayor proporción.

4.3 ¿Ha recibido atención general en salud en el último año?

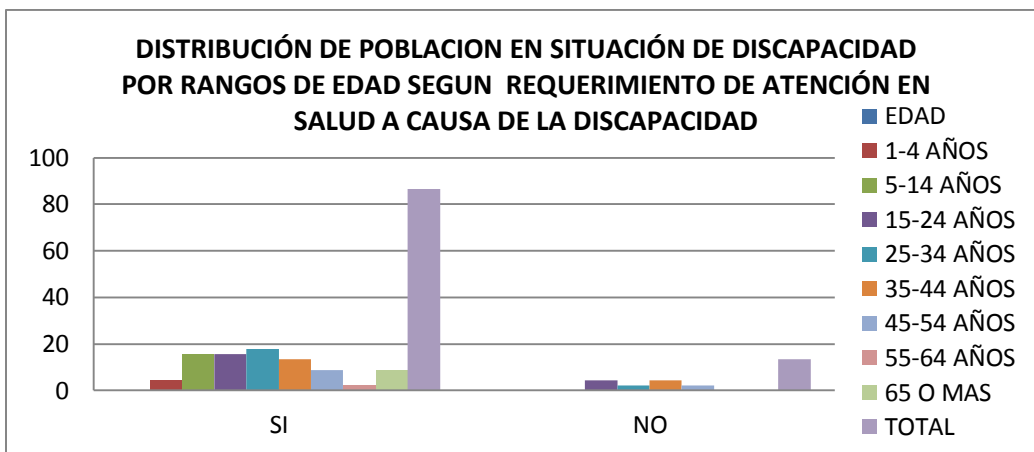
DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR RANGOS DE EDAD SEGÚN ATENCIÓN EN SALUD										
	EDAD	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15-24 AÑOS	25-34 AÑOS	35-44 AÑOS	45-54 AÑOS	55-64 AÑOS	65 O MAS	TOTAL
1	N°	1	2	4	2	3	2	0	2	16
	%	2,2	4,4	8,8	4,4	6,6	4,4	0	4,4	35,5
2	N°	1	3	5	6	2	2	1	2	22
	%	2,2	6,6	11,1	13,3	4,4	4,4	2,2	4,4	48,8
3	N°	0	2	0	1	3	1	0	0	7
	%	0	4,4	0	2,2	6,6	2,2	0	0	15,5



Según la gráfica anterior, el 48,8% de las personas caracterizadas reciben atención en salud por causa de la discapacidad, seguida de atención general en salud con 35,5% y el 15,5% no recibe ninguna atención en salud.

4.4 ¿Requiere atención en salud por causa de su discapacidad?

DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR RANGOS DE EDAD SEGÚN ATENCIÓN EN SALUD A CAUSA DE LA DISCAPACIDAD										
	EDAD	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15-24 AÑOS	25-34 AÑOS	35-44 AÑOS	45-54 AÑOS	55-64 AÑOS	65 O MAS	TOTAL
SI	N°	2	7	7	8	6	4	1	4	39
	%	4,4	15,5	15,5	17,7	13,3	8,8	2,2	8,8	86,6
NO	N°	0	0	2	1	2	1	0	0	6
	%	0	0	4,4	2,2	4,4	2,2	0	0	13,3

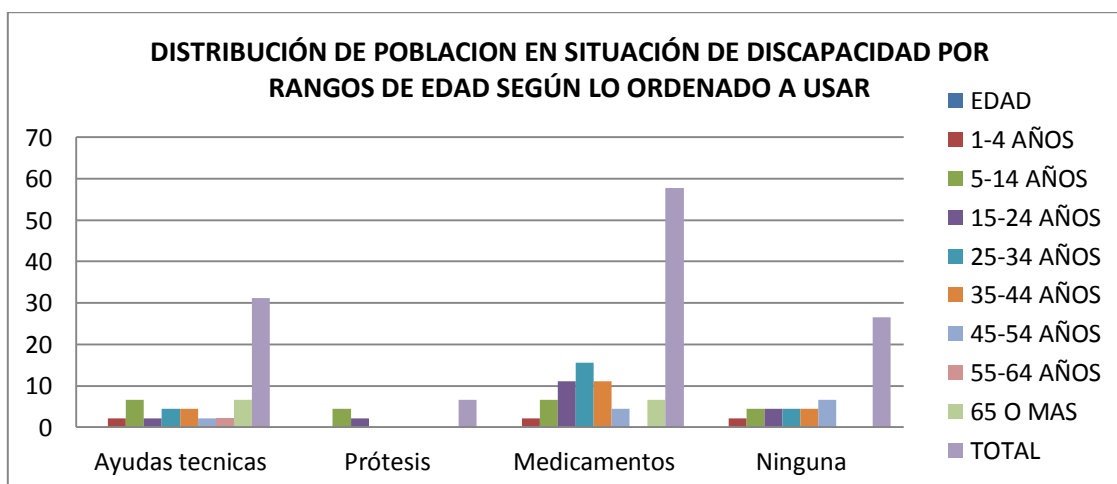


En la anterior gráfica, el 86% de las personas encuestadas expresó requerir la atención en salud a causa de la discapacidad, y el 13,3% no creyó requerir atención en salud a causa de la discapacidad. El rango de edad que más cree requerir esta atención fue de 25 a 34 años.

4.5 ¿Le ordenaron usar?

DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR RANGOS DE EDAD SEGÚN LO ORDENADO A USAR

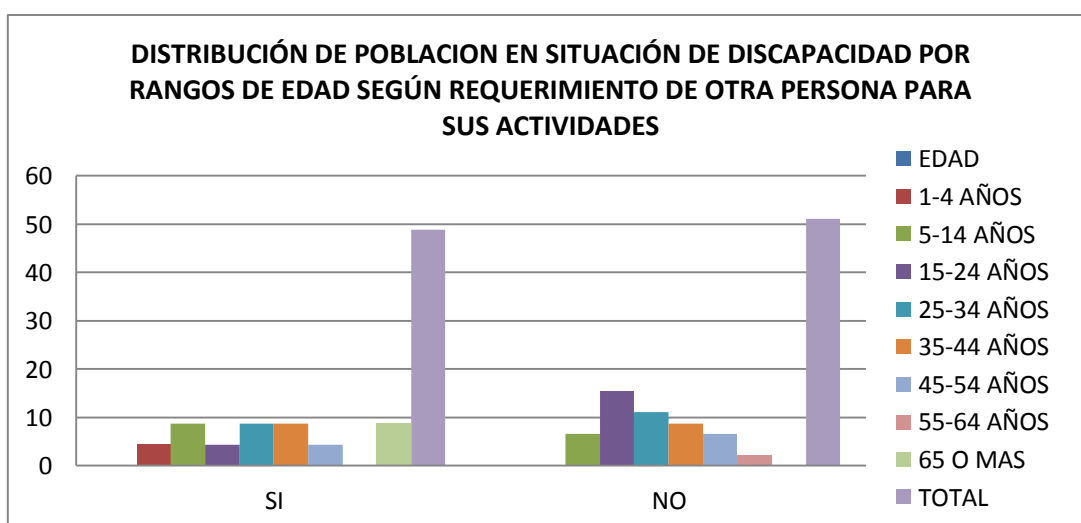
	EDAD	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15-24 AÑOS	25-34 AÑOS	35-44 AÑOS	45-54 AÑOS	55-64 AÑOS	65 O MAS	TOTAL
1	Nº	1	3	1	2	2	1	1	3	14
	%	2,2	6,6	2,2	4,4	4,4	2,2	2,2	6,6	31,1
2	Nº	0	2	1	0	0	0	0	0	3
	%	0	4,4	2,2	0	0	0	0	0	6,6
3	Nº	1	3	5	7	5	2	0	3	26
	%	2,2	6,6	11,1	15,5	11,1	4,4	0	6,6	57,7
4	Nº	1	2	2	2	2	3	0	0	12
	%	2,2	4,4	4,4	4,4	4,4	6,6	0	0	26,6



La grafica anterior evidenció que la ayuda más ordenada fue la medicación con un 57,7%, seguida de ayudas técnicas con 31,1% y luego las prótesis con 6,6%. El 26,6% de las personas no les ordenaron usar ninguna de las opciones anteriores.

4.8 ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona para realizar las actividades de su vida diaria?

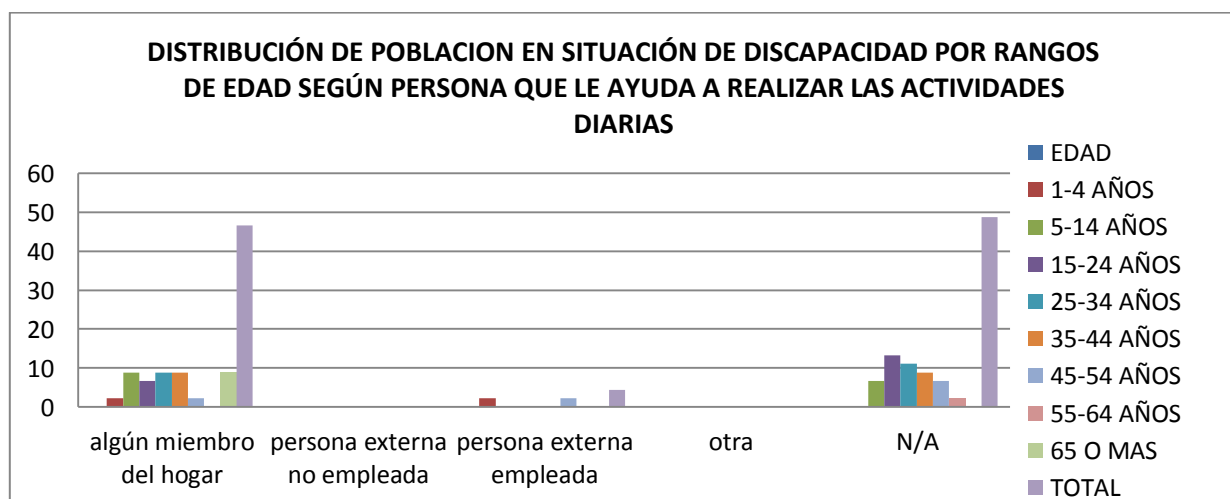
UNIVERSIDAD DE LA SABANA PROYECTO DE DISCAPACIDAD DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR RANGOS DE EDAD SEGÚN REQUERIMIENTO DE OTRA PERSONA PARA SUS ACTIVIDADES										
	EDAD	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15-24 AÑOS	25-34 AÑOS	35-44 AÑOS	45-54 AÑOS	55-64 AÑOS	65 O MAS	TOTAL
SI	Nº	2	4	2	4	4	2	0	4	22
	%	4,4	8,8	4,4	8,8	8,8	4,4	0	8,8	48,8
NO	Nº	0	3	7	5	4	3	1	0	23
	%	0	6,6	15,5	11,1	8,8	6,6	2,2	0	51,1



Se observa en la gráfica anterior, que predomina el número de personas que no necesitan a una persona para realizar las actividades diarias con el 48,8%. Las edades que más necesitan de otra persona son de 5-14 años, 25-34 años, 35-44 años y 65 años en adelante con 8,8% cada una.

4.9 ¿Cuál es la persona que más le ayuda a realizar sus actividades de la vida diaria?

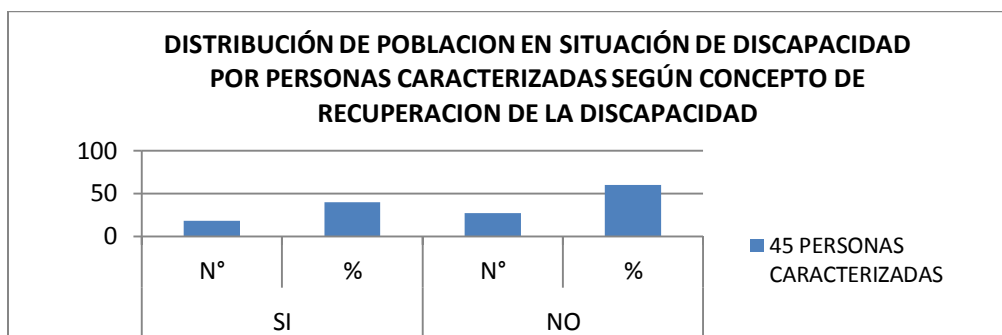
DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR RANGOS DE EDAD SEGÚN PERSONA QUE LE AYUDA A REALIZAR LAS ACTIVIDADES DIARIAS										
	EDAD	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15-24 AÑOS	25-34 AÑOS	35-44 AÑOS	45-54 AÑOS	55-64 AÑOS	65 O MAS	TOTAL
algún miembro del hogar	N°	1	4	3	4	4	1	0	4	21
	%	2,2	8,8	6,6	8,8	8,8	2,2	0	8,8	46,6
persona externa no empleada	N°	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0	0	0	0	0	0	0	0	0
persona externa empleada	N°	1	0	0	0	0	1	0	0	2
	%	2,2	0	0	0	0	2,2	0	0	4,4
otra	N°	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N/A	N°	0	3	6	5	4	3	1	0	22
	%	0	6,6	13,3	11,1	8,8	6,6	2,2	0	48,8



La grafica evidencia que las personas que requieren de la ayuda de otra persona para realizar sus actividades diarias, de quien más reciben ayuda es de algún miembro del hogar con el 46,6%; seguido de una persona externa empleada con el 4,4%. El 48,8% de la población caracterizada no aplica a esta pregunta ya que ellos no requerían de una persona para realizar sus actividades.

4.10 ¿Se está recuperando de su discapacidad?

DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR PERSONAS CARACTERIZADAS SEGÚN CONCEPTO DE RECUPERACION DE LA DISCAPACIDAD		
		45 PERSONAS CARACTERIZADAS
SI	N°	18
	%	40
NO	N°	27
	%	60

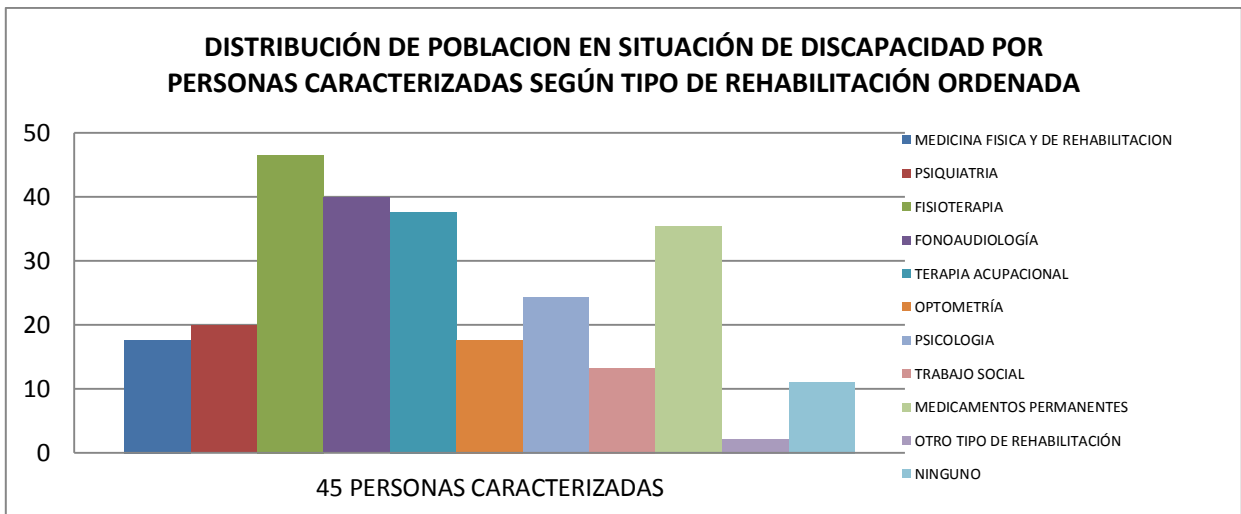


Según el grafico anterior, las personas caracterizadas expresaron que no se están recuperando el 60%, por otra parte el 40% expreso que si se está recuperando.

4.11 Principalmente, ¿A qué atribuye su recuperación?

DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR PERSONAS CARACTERIZADAS SEGÚN TIPO DE REHABILITACION ORDENADA		
		45 PERSONAS CARACTERIZADAS
MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACIÓN	N°	8
	%	17,7
PSIQUIATRIA	N°	9
	%	20
FISIOTERAPIA	N°	21
	%	46,6
FONOAUDIOLOGÍA	N°	18
	%	40
TERAPIA ACUPACIONAL	N°	17
	%	37,7

OPTOMETRÍA	N°	8
	%	17,7
PSICOLOGIA	N°	11
	%	24,4
TRABAJO SOCIAL	N°	6
	%	13,3
MEDICAMENTOS PERMANENTES	N°	16
	%	35,5
OTRO TIPO DE REHABILITACIÓN	N°	1
	%	2,2
NINGUNO	N°	5
	%	11,1

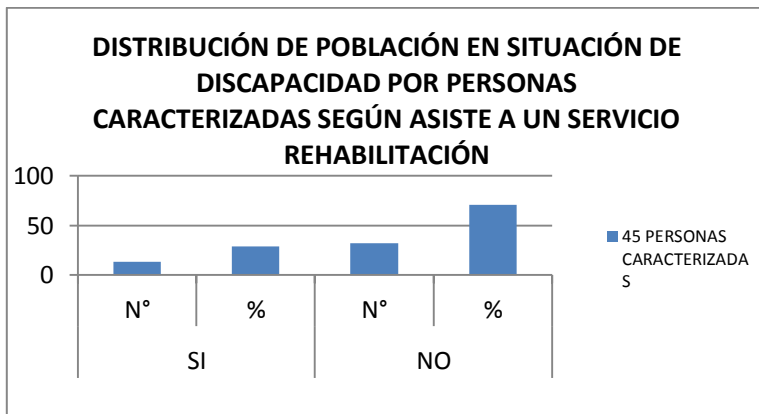


En la gráfica anterior, se observó que el tipo de rehabilitación más ordenada fue la fisioterapia con el 46,6%, seguida de la fonoaudiología con el 40% y luego la terapia ocupacional con el 37,7% de la población.

4.13 ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?

DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR PERSONAS CARACTERIZADAS SEGÚN ASISTE A UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN		
		45 PERSONAS CARACTERIZADAS
SI	N°	13

	%	28,8
NO	N°	32
	%	71,1

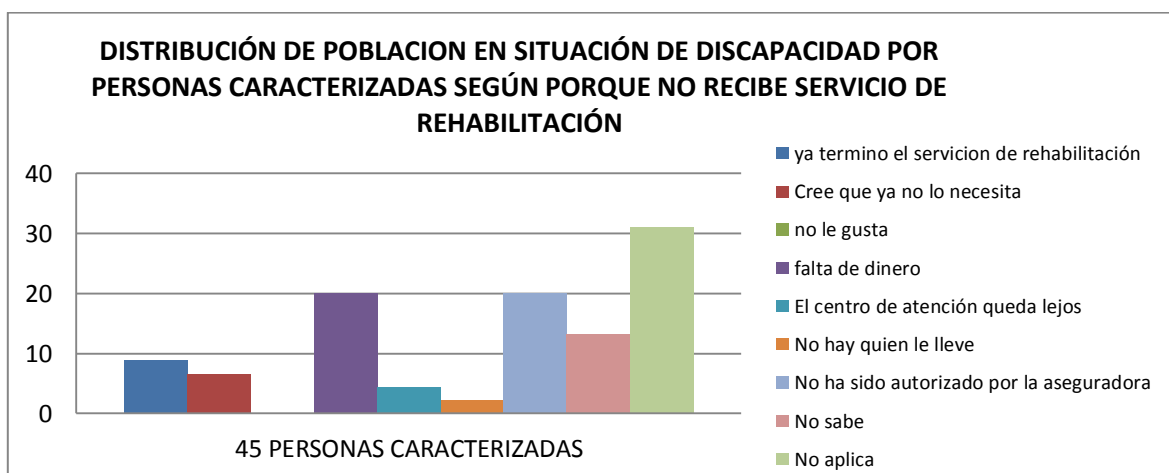


En la gráfica anterior, el 71,1% de la población no asiste a algún servicio de rehabilitación comparado con el 28,8% que si asiste y utiliza estos servicios.

4.16 ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación?

DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR PERSONAS CARACTERIZADAS SEGÚN PORQUE NO RECIBE SERVICIO DE REHABILITACIÓN		
		45 PERSONAS CARACTERIZADAS
ya termino el servicio de rehabilitación	N°	4
	%	8,8
Cree que ya no lo necesita	N°	3
	%	6,6
no le gusta	N°	0
	%	0
falta de dinero	N°	9
	%	20
El centro de atención queda lejos	N°	2
	%	4,4
No hay quien le lleve	N°	1
	%	2,2
No ha sido autorizado por la aseguradora	N°	9
	%	20
No sabe	N°	6
	%	13,3

No aplica	N°	14
	%	31,1

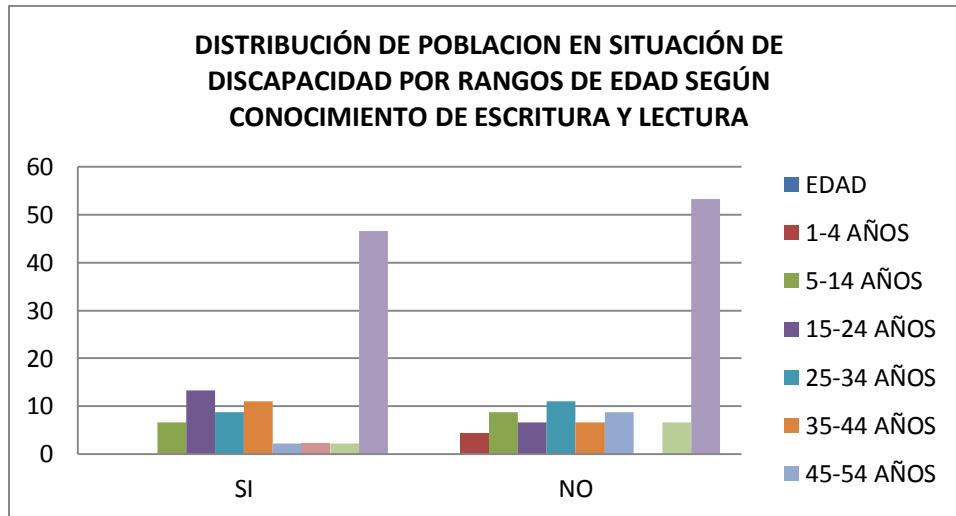


La grafica representa una serie de razones por las cuales las personas no asistieron a rehabilitación. Entre las más frecuentes se encuentran la falta de dinero y que la aseguradora no haya autorizado con un 20 % cada una. Por otro lado, el 31% de la población si asiste al servicio de rehabilitación, por lo que cuenta no aplica en esta gráfica.

CATEGORIA: EDUCACIÓN

5.1 ¿Sabe leer y escribir?

DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR RANGOS DE EDAD SEGÚN CONOCIMIENTO DE ESCRITURA Y LECTURA										
	EDAD	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15-24 AÑOS	25-34 AÑOS	35-44 AÑOS	45-54 AÑOS	55-64 AÑOS	65 O MAS	TOTAL
SI	N°	0	3	6	4	5	1	1	1	21
	%	0	6,6	13,3	8,8	11,1	2,2	2,2	2,2	46,6
NO	N°	2	4	3	5	3	4	0	3	24
	%	4,4	8,8	6,6	11,1	6,6	8,8	0	6,6	53,3

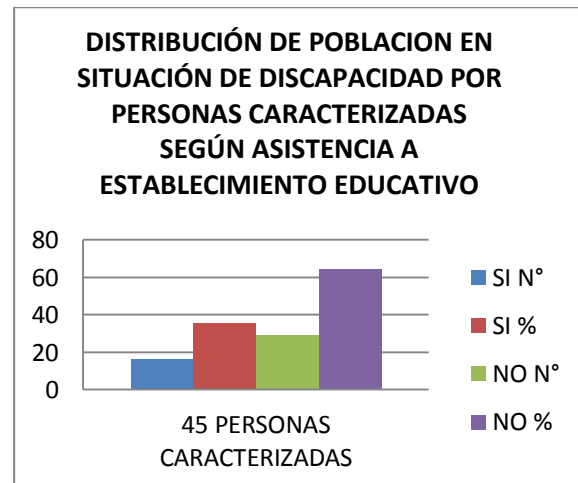


En la gráfica se observa que el 53,3% de la población caracterizada no sabe leer y escribir, en comparación con el 46,6% que si lo sabe. Los rangos de edad donde predomina el analfabetismo es de 25 a 34 años con 11,1%, seguida de 5 a 14 años y 45 a 54 años con un 8,8% cada uno. En cuanto al grupo que sabe leer y escribir, el rango con mayor proporción tiene es de 15 a 24 años con el 13,3%.

5.2 ¿Asiste actualmente a algún establecimiento educativo?

DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR PERSONAS CARACTERIZADAS SEGÚN ASISTENCIA A ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

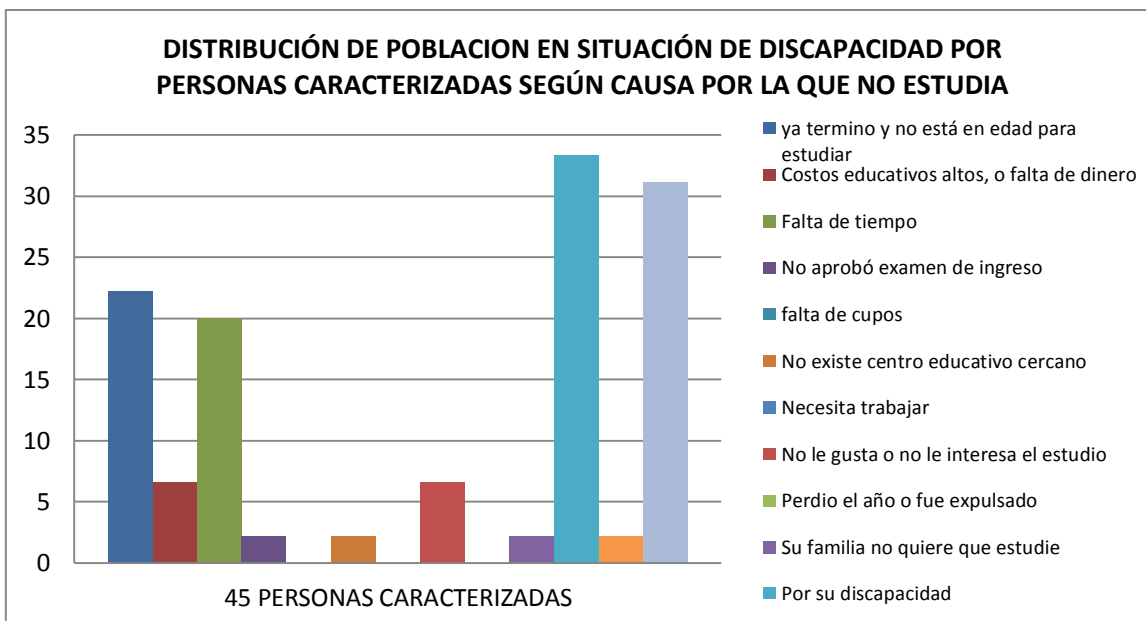
		45 PERSONAS CARACTERIZADAS
SI	N°	16
	%	35,5
NO	N°	29
	%	64,4



En la gráfica se observa, que el 64,4% de las personas no asisten a ningún establecimiento educativo, a comparación del 35,5% de la población que si asiste.

5.6 ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia?

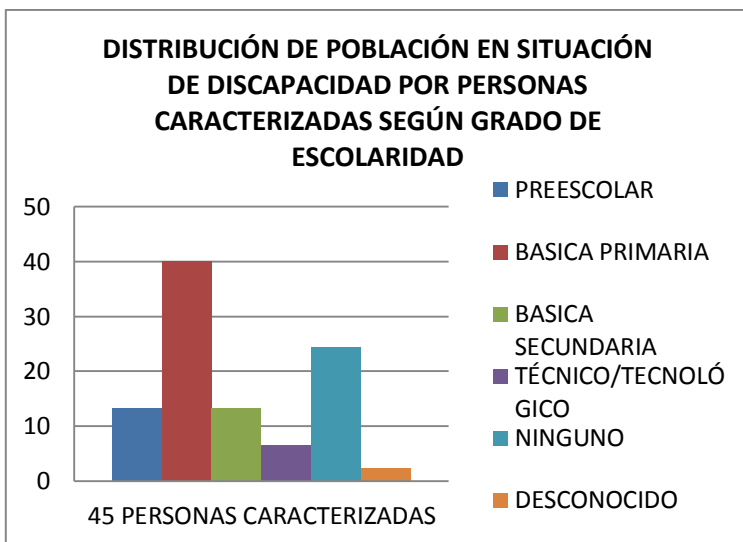
DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR PERSONAS CARACTERIZADAS SEGÚN CAUSA POR LA QUE NO ESTUDIA		
		45 PERSONAS CARACTERIZADAS
ya termino y no está en edad para estudiar	N°	10
	%	22,2
Costos educativos altos, o falta de dinero	N°	3
	%	6,6
Falta de tiempo	N°	9
	%	20
No aprobó examen de ingreso	N°	1
	%	2,2
falta de cupos	N°	0
	%	0
No existe centro educativo cercano	N°	1
	%	2,2
Necesita trabajar	N°	0
	%	0
No le gusta o no le interesa el estudio	N°	3
	%	6,6
Perdió el año o fue expulsado	N°	0
	%	0
Su familia no quiere que estudie	N°	1
	%	2,2
Por su discapacidad	N°	15
	%	33,3
otra razón	N°	1
	%	2,2
No aplica	N°	14
	%	31,1



Según la gráfica anterior, se evidenció que la razón mayor por la que las personas no estudian fue por su discapacidad con un 33,3%; seguida de la terminación de sus estudios y no tiene edad para estudiar con un 22,2%. Por otro lado, el 31,1% si asisten a una institución educativa por lo cual ellas no aplican en esta pregunta.

5.7 ¿Cuál fue el último nivel y grado de educación que aprobó?

DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR PERSONAS CARACTERIZADAS SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD		
		45 PERSONAS CARACTERIZADAS
PREESCOLAR	N°	6
	%	13,3
BASICA PRIMARIA	N°	18
	%	40
BASICA SECUNDARIA	N°	6
	%	13,3
TÉCNICO/TECNOLÓGO	N°	3
	%	6,6
NINGUNO	N°	11
	%	24,4
DESCONOCIDO	N°	1
	%	2,2



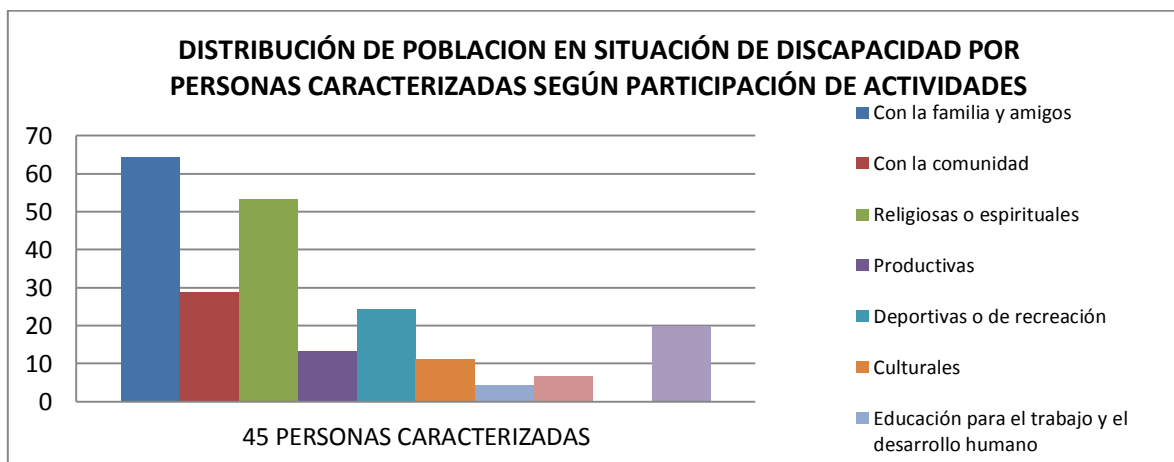
Según la gráfica de la población encuesta, el nivel de escolaridad que predominó fue básica primaria con el 40%, seguida de ningún nivel de escolaridad que representó el 24,4%, luego se encontró la básica secundaria y preescolar con 13,3% cada uno.

CATEGORÍA: PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FAMILIARES O COMUNITARIAS

6.1 ¿Participa en actividades?

DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR PERSONAS CARACTERIZADAS SEGÚN PARTICIPACIÓN DE ACTIVIDADES		
		45 PERSONAS CARACTERIZADAS
Con la familia y amigos	N°	29
	%	64,4
Con la comunidad	N°	13
	%	28,8
Religiosas o espirituales	N°	24
	%	53,3
Productivas	N°	6
	%	13,3
Deportivas o de recreación	N°	11
	%	24,4
Culturales	N°	5
	%	11,1
Educación para el trabajo y el desarrollo humano	N°	2
	%	4,4

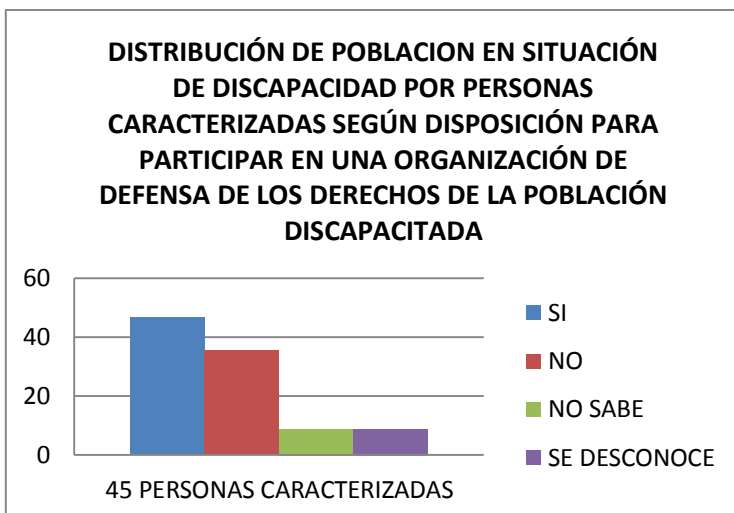
Ciudadanos	N°	3
	%	6,6
otras	N°	0
	%	0
Ninguna	N°	9
	%	20



En la gráfica anterior, las personas caracterizadas expresaron participar en actividades con la familia y amigos en un 64,4%, seguida de actividades religiosas o espirituales que equivalen al 53,3%, y luego en actividades con la comunidad con el 28,8%.

6.4 ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad?

DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR PERSONAS CARACTERIZADAS SEGÚN DISPOSICIÓN PARA PARTICIPAR EN UNA ORGANIZACIÓN DE DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA POBLACIÓN DISCAPACITADA		
		45 PERSONAS CARACTERIZADAS
SI	N°	21
	%	46,6
NO	N°	16
	%	35,5
NO SABE	N°	4
	%	8,8
SE DESCONOCE	N°	4
	%	8,8



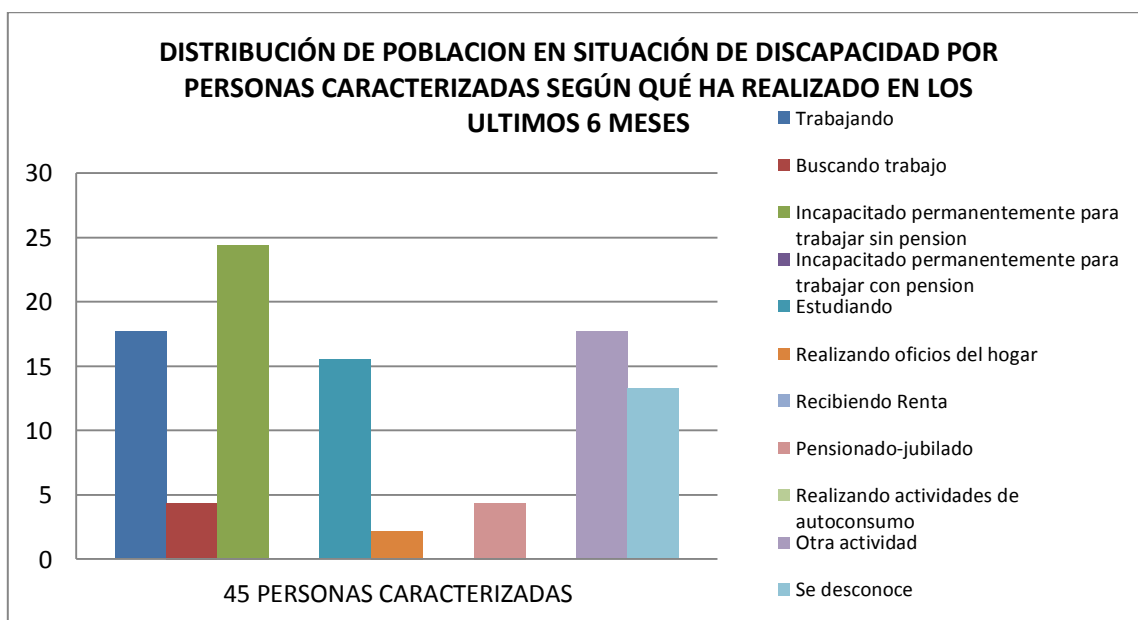
La población caracterizada expresó querer participar en una organización en defensa de los derechos de los discapacitados en un 46,6%, seguido del 35,5% que expresó no querer participar, luego sigue la población que no sabe y los que no contestaron esta pregunta con 8,8%.

CATEGORÍA: TRABAJO

7.1 Durante los últimos 6 meses ha estado principalmente

DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR PERSONAS CARACTERIZADAS SEGÚN QUÉ HA REALIZADO EN LOS ULTIMOS 6 MESES		
		45 PERSONAS CARACTERIZADAS
Trabajando	N°	8
	%	17,7
Buscando trabajo	N°	2
	%	4,4
Incapacitado permanentemente para trabajar sin pensión	N°	11
	%	24,4
Incapacitado permanentemente para trabajar con pensión	N°	0
	%	0
Estudiando	N°	7
	%	15,5
Realizando oficios del hogar	N°	1

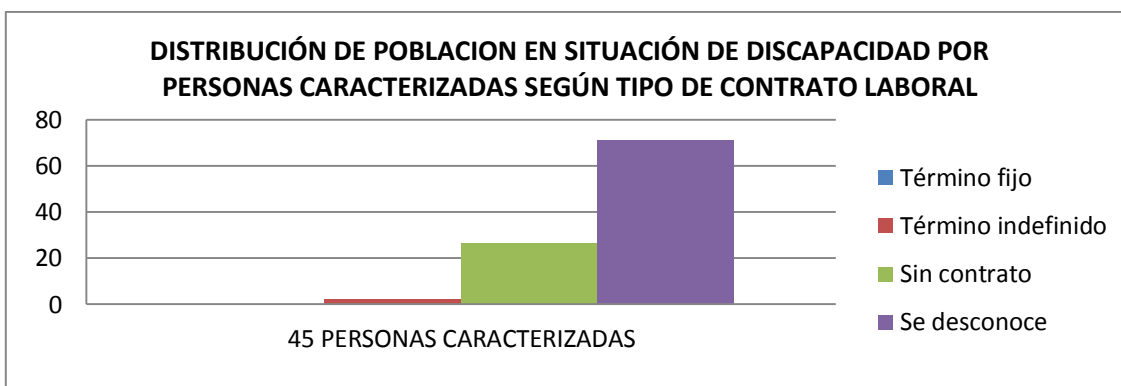
	%	2,2
Recibiendo Renta	N°	0
	%	0
Pensionado-jubilado	N°	2
	%	4,4
Realizando actividades de autoconsumo	N°	0
	%	0
Otra actividad	N°	8
	%	17,7
Se desconoce	N°	6
	%	13,3



En la gráfica anterior se observa que el 24,4% de las personas caracterizadas se encuentran incapacitadas permanentemente sin pensión; seguido de Incapacidad permanente con pensión y trabajando con el 17,7% cada una. Después de estas, el 15,5% de las personas estuvieron estudiando durante los últimos 6 meses. La casilla de se desconoce aparece porque no todos respondieron esta pregunta en la encuesta.

7.2 ¿Usted tiene contrato de trabajo?

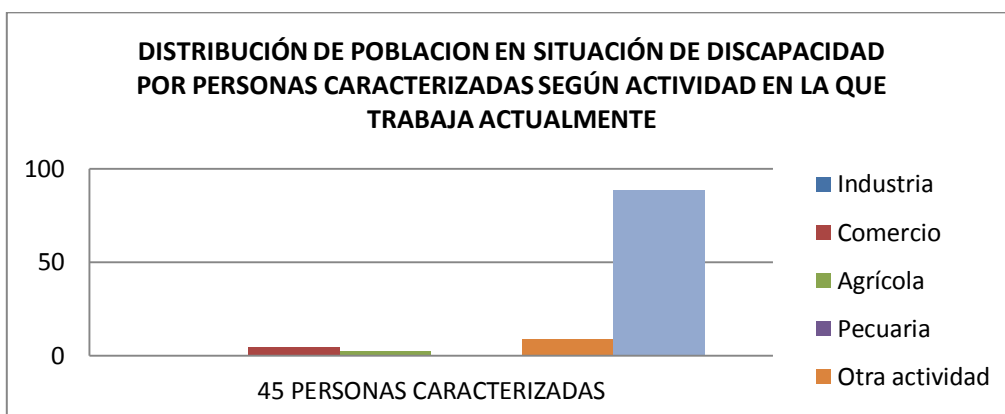
DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR PERSONAS CARACTERIZADAS SEGÚN TIPO DE CONTRATO LABORAL		
		45 PERSONAS CARACTERIZADAS
A término fijo	N°	0
	%	0
A término indefinido	N°	1
	%	2,2
Sin contrato	N°	12
	%	26,6
Se desconoce	N°	32
	%	71,1



Según la gráfica, el tipo de contrato con el que contaba la población discapacitada caracterizada fue el sin contrato con el 26,6%; seguido de contrato a término indefinido con el 2,2%. Y el 71,1% de las personas se desconoce, debido a que no respondieron esta pregunta.

7.3 ¿La actividad económica en la cual trabaja actualmente se relaciona con?

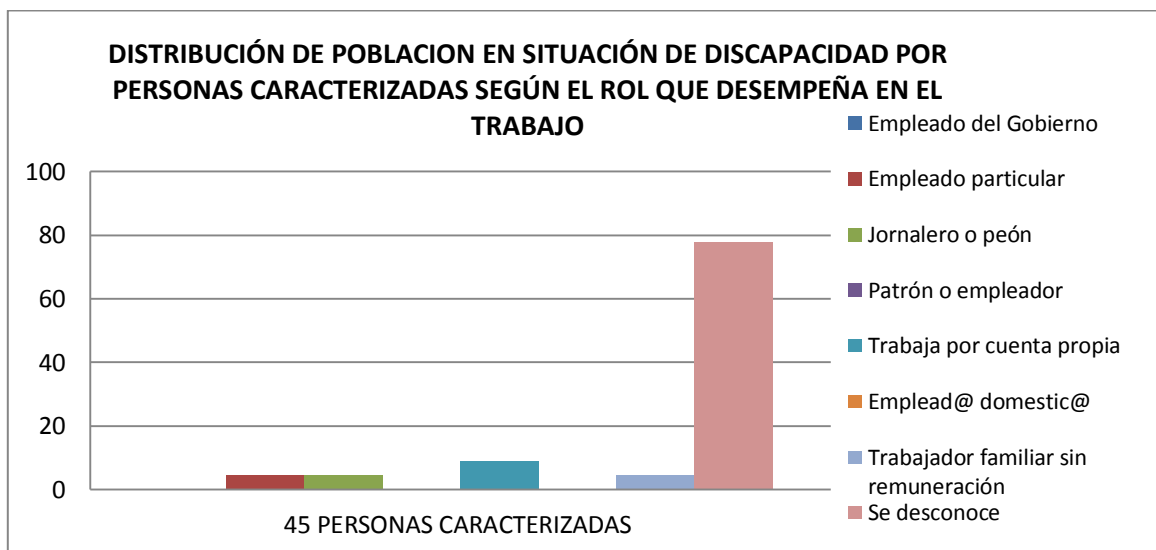
DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR PERSONAS CARACTERIZADAS SEGÚN ACTIVIDAD EN LA QUE TRABAJA ACTUALMENTE		
		45 PERSONAS CARACTERIZADAS
Industria	N°	0
	%	0
Comercio	N°	2
	%	4,4
Agrícola	N°	1
	%	2,2
Pecuaria	N°	0
	%	0
Servicios	N°	2
	%	4,4
Otra actividad	N°	4
	%	8,8
Se desconoce	N°	40
	%	88,8



Según la gráfica anterior, la actividad laboral que realiza población caracterizada se desconoce con un 88,8%. Seguida de otra actividad que equivale al 8,8%. Luego sigue el comercio y servicios con el 4,4% cada una.

7.4 En el trabajo se desempeña como

DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR PERSONAS CARACTERIZADAS SEGÚN EL ROL QUE DESEMPEÑA EN EL TRABAJO	
	45 PERSONAS CARACTERIZADAS
Empleado del Gobierno	0
Empleado particular	4,4
Jornalero o peón	4,4
Patrón o empleador	0
Trabaja por cuenta propia	8,8
Emplead@ domestica@	0
Trabajador familiar sin remuneración	4,4
Se desconoce	77,7



Según la gráfica, la actividad que más ha realizado la población caracterizada durante los últimos 6 meses fue trabajar en casa por cuenta propia que equivale al 8,8%, seguida de empleado particular, jornalero-peón y trabajador de familia sin remuneración con el 7,7% cada uno. Por otro lado, la población que se desconoce su actividad es del 77,7%.

7.5 ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?

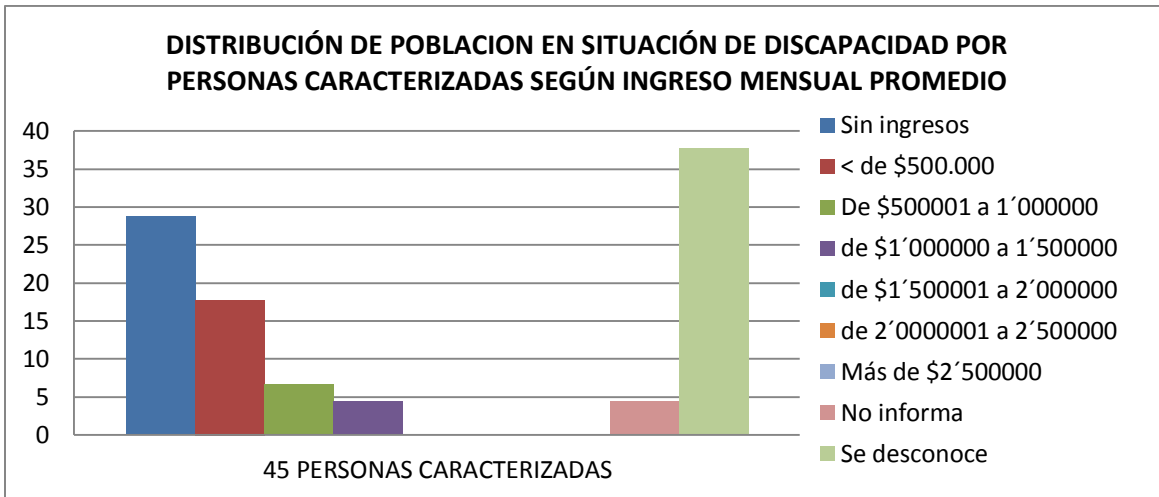
DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR PERSONAS CARACTERIZADAS SEGÚN LA AFECCIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN EL TRABAJO	
	45 PERSONAS CARACTERIZADAS
SI	68,8
NO	8,8
SE DESCONOCE	22,2



La grafica indica que el 68,8% de las personas ha visto alterada la capacidad laboral por la discapacidad.

7.6 ¿Cuál es su ingreso mensual promedio?

DISTRIBUCIÓN DE POBLACION EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR PERSONAS CARACTERIZADAS SEGÚN INGRESO MENSUAL PROMEDIO	
	45 PERSONAS CARACTERIZADAS
Sin ingresos	28,8
< de \$500.000	17,7
De \$500001 a 1'000000	6,6
de \$1'000000 a 1'500000	4,4
de \$1'500001 a 2'000000	0
de 2'0000001 a 2'500000	0
Más de \$2'500000	0
No informa	4,4
Se desconoce	37,7



La grafica anterior evidenció que el 28,8% de las personas no reciben o no tienen alguna fuente de ingresos, seguido del 17,7% que recibe menos de \$500000 pesos. El 37,7% no da respuesta.

CONCLUSIONES FINALES DE LA CARACTERIZACIÓN

INFORMACIÓN GENERAL

El mayor porcentaje de la población discapacitada se encuentra entre los 15 a 24 años y 25 a 34 años, rangos de edad en los que se considera la mayor productividad por parte de una personas, esta población cuenta con un mayor porcentaje de hombres siendo el 53% del total de la población y el 47% correspondiente a las mujeres. Con respecto al tipo de población se evidencia el mayor porcentaje en la población sisbenizada y los jóvenes vulnerable, población que refiere no pertenecer a ningún tipo de programa (SU).

LOCALIZACIÓN Y VIVIENDA

De las personas en situación discapacidad, se evidencia que el porcentaje más alto de los pacientes viven acompañados, solo dos personas de más de 65 años conviven solas. Se evidencia que el estrato socioeconómico de la población en general es bajo predominando el estrato 2, aunque se censaron personas en estrato 5, es importante resaltar que la clasificación socioeconómica se ve afectada por los condominios y/o conjuntos residenciales que se encuentran a los alrededores de la vereda.

CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

Con respecto a este ítem se encontraron varios aspectos relevantes, en primer lugar se evidencia que el diagnóstico predominante es el retardo mental tanto leve, moderado y severo, se encuentran enfermedad de afección cognitiva como el síndrome de Down y el síndrome de West. La principal alteración se encuentra en el sistema nervioso y en el movimiento corporal y de las extremidades. Las personas ya llevan un tiempo prolongado de haber recibido su diagnóstico, la actividad que más se dificulta es la de memorización debido a los tipos de discapacidad predominante en esta población.

Es claro que para este tipo de población se presenta un sin número de barreras que les impiden tener acceso a ciertos lugares y la realización de diversas actividades diarias, barreras dentro de las cuales se encuentran los escalones, las escaleras y los servicios de transporte público. El mayor porcentaje de la

población desconoce el origen de su discapacidad y un alto porcentaje se la atribuye a la enfermedad general.

SALUD

Las problemáticas y necesidades identificadas en Salud son varias pero de ella se destaca que las personas caracterizadas no están haciendo uso de la rehabilitación, debido a que les hace falta dinero y/o que las aseguradoras no han autorizado la rehabilitación; Esto lleva a que el 60% de los encuestados no se esté recuperando de su discapacidad, o no este aprendiendo como aprender a llevar la discapacidad para facilitar el estilo de vida de cada uno.

Se observa que el 48% de las personas caracterizadas necesitan de alguien que los apoye en las actividades diarias, siendo algún miembro del hogar quien los apoya en mayor medida; sin embargo no sabemos si los cuidadores hayan recibido algún tipo de capacitación que les facilite y guie en el cuidado de las personas en situación de discapacidad y además desconocemos si los cuidadores reciben algún tipo de apoyo emocional.

EDUCACIÓN

En la educación se identificaron varios problemas que afectan a la población caracterizada, entre ellos se identificó que el 53% de la población no sabe leer y escribir. Además el 64% de toda la población no asiste a algún plantel educativo. Ellos expresaron que las dos razones fundamentales por la que no estudian son la discapacidad en el 33,3%, seguida de la terminación de los estudios y no tener la edad para seguir estudiando con el 22%.

Esta población cuenta con un nivel de escolaridad básica primaria del 40%, seguida de ningún nivel de escolaridad con el 24%, por lo que podemos relacionar el no saber leer y escribir por más de la mitad de la población.

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FAMILIARES O COMUNITARIAS

No se identificó ninguna alteración en este ítem, las personas expresaron participar en actividades con la familia y amigos, seguido de actividades religiosas y luego actividades con la comunidad.

TRABAJO

La población discapacitada caracterizada presenta dificultades en conseguir una fuente de ingresos segura, ya que el 28% de la población no cuenta con ingresos económicos y el 17% recibe menos de \$500000 pesos. Además que el 24% se categorizan como incapacitadas permanentemente sin pensión, seguido del 17% como Incapacidad permanente con pensión y tan solo el 17% de la población trabaja. Este último grupo, el 26% labora sin contrato; y el 2% cuenta con un contrato a término indefinido. Ninguna de ellas cuenta con un trabajo fijo o estable.

El 68% percibe que su situación de discapacidad dificulta la posibilidad de conseguir trabajo.

2. MATRIZ DOFA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - El proyecto va dirigido a una población vulnerable que son las personas en situación de discapacidad, los cuales no se encuentran bajo la cobertura de un programa estructural que los involucre - La secretaria de desarrollo social facilito los formatos de registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, por medio de los cuales se realizó la base de datos pertinente - Existe un programa para las personas en situación de discapacidad liderado por la secretaria de desarrollo social - Este es un programa pionero que se expandirá por todas las veredas de Chía - La comunidad se podrá capacitar en temas correspondientes a como brindar una primear atención en salud a las personas en situación de discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - No se tiene la población discapacitada del municipio caracterizada - La información que se registra de la caracterización de las 206 personas en situación de discapacidad del municipio de Chía se encuentra desactualizada - La base de datos del sistema que tiene el municipio de Chía, solo permite la utilización de la información para consulta individual de cada uno de los integrantes del programa - La base de datos proporcionada por el programa de discapacidad de la secretaria de desarrollo social se encuentra incompleta y los datos que allí se consignan no son de gran relevancia para caracterización de la comunidad - No se cuenta con suficiente personal para el manejo del programa de discapacidad - A pesar de que la secretaria de desarrollo social tiene un convenio con la fundación FIDES, hay deficiencia en la captación de personas en situación de discapacidad y en la correspondiente caracterización - Algunos de los datos registrados en el formato de registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad estaban mal diligenciados e incompletos - La secretaria de desarrollo social no cuenta con un mapa demográfico de la distribución de las veredas y sus correspondientes sectores, lo que dificulta la caracterización de la población - No se tiene ninguna estrategia para impactar la población en situación de discapacidad que es dependiente o que no se puede trasladar hasta las entidades gubernamentales a solicitar el auxilio o apoyo correspondiente

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Se evidencia compromiso por parte de los líderes sociales de la comunidad (párroco de la iglesia Nuestra Señora de la Salud y los representantes de la junta de acción comunal de la vereda Bojacá) - Existen espacios físicos para llevar a cabo las capacitaciones de los agentes de salud de la comunidad - El proyecto da respuesta a una necesidad no solo municipal y departamental sino nacional que se encuentra contemplada en la normatividad colombiana - El cambio en la condición de salud de la población general está causando un incremento en la población en situación de discapacidad, por lo cual se convierte en una necesidad social que conlleva al planteamiento nuevas estrategias que permitan el mejoramiento continuo de la condición de vida de esta población - Al concientizar a la población de sus necesidades, se incentivan a la autogestión de nuevos proyectos liderados por la misma comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Disociación en la comunicación por parte de diferentes entidades estatales, lo cual impide estructurar de manera integral la información base de la población de Chía - Hay desconocimiento por parte de la población de los programas y proyectos que se establecen desde la alcaldía - Se ha evidenciado que por falta de tiempo y por el inicio de las actividades religiosas como la cuaresma y la proximidad que hay con la semana santa, los líderes comunitarios no cuentan con tiempo libre suficiente para dedicar al programa de capacitación - La población en general ha demostrado un grado de desanimación con respecto al programa debido a que no se recibirá una remuneración económica por la realización de las actividades de acompañamiento a las personas en situación de discapacidad. - No se ha podido generar los espacios con la comunidad para la socialización del proyecto ya que las agendas con los líderes se encuentran copadas por actividades ya programadas con anticipación.

3. JUSTIFICACIÓN

La discapacidad es una problemática universal que ha tenido una tendencia creciente a lo largo de los años y ha generado una gran necesidad de intervención por parte de los gobiernos, las instituciones públicas y privadas y en general de la comunidad. Cuando se habla de la discapacidad no solo se habla de una alteración o de la incapacidad o dificultad para realizar alguna tarea o actividad; se habla de un problema que afecta la salud pública de las diferentes naciones, su economía, su desarrollo social y su nivel de productividad y reproductividad; que requiere con mayor fuerza unos planes de acción eficaces que permitan dar solución a un sin número de problemáticas arraigadas a esta condición.

La discapacidad se define como la alteración de ciertas actividades físicas, cognitivas, mentales, sensoriales y multi sensoriales que presentan las personas debido a una alteración genética, problemas en la gestación, accidentes y/o enfermedades adquiridas en algún momento de la vida. Este concepto ha variado con el paso del tiempo influenciado la percepción la sociedad. Anteriormente, la persona en situación de discapacidad era considerada incapaz de llevar una vida normal y digna, siendo discriminada, empeorando su condición de vida y juzgada con actitudes excluyentes por parte de la sociedad. En la actualidad, se evidencia que con el uso de nuevas tecnologías, programas, avances en la rehabilitación y ejemplos de vida de grandes personajes como Stephen W. Hawking y Nick Vujicic, la discapacidad es un estilo de vida que requiere de más esfuerzos, donde las barreras más grandes son aquellas que temen enfrentar las personas sin haberlo intentado por miedo a fracasar.

La discapacidad forma parte de la condición humana: Se conoce que el 90% de las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida, y las que lleguen a la senilidad experimentarán dificultades crecientes de funcionamiento. La discapacidad es compleja, y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ellas son múltiples, sistémicas y varían según el contexto ^[1]. Esta condición humana es un problema que va en aumento debido a los grandes índices de enfermedades crónicas, el envejecimiento de la población y la falta de controles prenatales y de desarrollo en los niños, que ayudaría a prevenir y mitigar los daños en las personas.

Según un informe de la OMS del 2013, se evidencia que más de mil millones de personas de la población mundial padecen de alguna forma de discapacidad; entre 110 millones y 190 millones de adultos tienen dificultades considerables para su funcionamiento. A estos problemas se suma la falta de atención sanitaria requerida por esta población, los obstáculos físicos y de movilidad para facilitar el acceso y el traslado a diferentes lugares. ^[2]

Estas problemáticas también se reflejan en el perfil epidemiológico realizado a la población en situación de discapacidad de la vereda de Bojacá, el cual se basó en el formato de registro para la localización y caracterización de personas con

discapacidad, evidenciándose que las personas presentan barreras que les impiden tener acceso a los espacios y transporte público; por parte de la salud, las personas no están haciendo uso de la rehabilitación por falta de dinero o la autorización de la rehabilitación por parte de la aseguradora; en el eje de educación, más del 50% de las personas no sabe leer ni escribir y el 64% no asiste a ningún centro educativo, y en el eje de trabajo, tan sólo el 17% trabaja, sin garantías laborales dignas.

La discapacidad no es un problema que se pueda erradicar, pero sí se pueden brindar alternativas que permitan mejorar la calidad de vida de estas personas y a su vez disminuir los índices de incidencia y mitigar el impacto de la discapacidad generada por enfermedades prevenibles o controlables. El primer paso en pro de la discapacidad se da a partir del reconocimiento de la discapacidad como un tema de interés en los gobiernos, el cual busca establecer y respetar los derechos de las personas en situación de discapacidad, que se contemplan en la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad en el año 2006. Este documento fue anexado a la constitución colombiana por medio de la ley 1346 de 2009 por la que se aprueba y se adopta las medidas dictadas por la asamblea general de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas en discapacidad, y las obligaciones generales que tiene el estado Colombiano para asegurar, promover y ejecutar el cumplimiento de estos ^[3]. Como parte del desarrollo de estas medidas, se crea la ley estatutaria 1618 del 2013 en la que el estado busca garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad mediante la adopción de medidas y políticas que cuenten con enfoque de inclusión social de las personas en situación de discapacidad, lo que permitirá eliminar toda forma de discriminación en el país por cuenta de una condición ^[4].

La población en situación de discapacidad tiene que afrontar grandes retos, no solo personales, sino también sociales, por lo que se hace necesario la creación de planes y proyectos en los cuales se involucre la estrategia rehabilitación basada en la comunidad establecida por la OMS, esta medida fomenta el trabajo inter y transectorial a través del trabajo conjunto entre gobierno, comunidad, personas en discapacidad, familiares y entidades públicas que favorezcan y promuevan la inclusión social y el respeto de los derechos que promueve la ley 1618 del 2013.

La política pública del estado Colombiano “El Plan decenal de Salud pública 2012 - 2021” contempla dentro de las dimensiones transversales de gestión diferencial de poblaciones vulnerables a la discapacidad para la cual establece las metas y planes de atención en salud a esta población a través de un enfoque diferencial. En estas metas se establece la necesidad que se tiene de crear proyecto y programas que permitan una articulación inter y transectorial de los agentes y actores públicos de manera tal que permita la atención integral en salud de las personas en situación de discapacidad y mejore su calidad de vida.

La alcaldía del municipio de Chía cuenta con un programa de discapacidad, el cual es dirigido por la secretaría de desarrollo social de Chía, este ente público se encarga de involucrar a las personas en situación de discapacidad a los programas creados para ellos; sin embargo, no toda la población se encuentra cobijada por esos programas y muchas veces se tiene desconocimiento de los mismos. Por lo que se hace necesario la articulación del trabajo entre la comunidad y la alcaldía para identificar y apoyar a las personas en situación de discapacidad por medio de un proyecto de autogestión denominado *agentes comunitarios de salud, una mirada de apoyo a las personas en situación de discapacidad*. Este proyecto consiste en crear un grupo de agentes comunitarios comprometidos y capaces de brindar una atención primaria en salud a las personas en situación de discapacidad del municipio de Chía, a través de la realización de un programa de capacitación en salud que permita dar respuesta a las necesidades evidenciadas en la comunidad; por medio un acompañamiento continuo en la realización de labores diarias de esta población en situación de vulnerabilidad, la concientización de la comunidad hacia la discapacidad y la inclusión social. Los agentes comunitarios serán personas comprometidas con el cumplimiento y respeto de los derechos de las personas en discapacidad y el apoyo a esta población promoviendo la inclusión social. Esta medida brinda una solución por medio de la acción participativa incluyendo la rehabilitación basada en la comunidad para generar una transformación positiva para y con la comunidad.

Este proyecto tiene como objetivo ser aplicado en la totalidad del municipio de Chía, pero se iniciara un proyecto piloto en la vereda de Bojacá, debido a que es el sitio donde se realizó la última caracterización de la población más reciente por los estudiantes de primer semestre de enfermería de la universidad de la Sabana, junto a la secretaría de desarrollo social de Chía. Con base a ello se realizó en análisis epidemiológico, que brindó ciertas pautas para estructurar el actual proyecto de autogestión.

4. OBJETIVO GENERAL

Capacitar agentes comunitarios en salud a través de un programa de educación no formal que les permita brindar atención a la personas en situación de discapacidad del municipio de Chía.

4.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar un diagnóstico de salud de la población en situación de discapacidad de la vereda de Bojacá (vereda piloto).
2. Identificar las necesidades prioritarias de las personas en situación de discapacidad.
3. Crear conciencia en la comunidad de la importancia de la atención a las personas en situación de discapacidad de cada una de las veredas del municipio de Chía principalmente de la población descentralizada y dependiente.
4. Vincular a los líderes de la comunidad al proyecto a través de la socialización del mismo.
5. Convocar a las personas de la comunidad del municipio para su participación en el proyecto
6. Crear un programa de educación no formal que permita dar solución a las necesidades identificadas de la población en situación de discapacidad
7. Capacitar a los agentes comunitarios de salud en temas específicos que den solución a las necesidades identificadas en las personas en situación de discapacidad
8. Generar un acompañamiento a los agentes comunitarios en salud durante la aplicación de los conocimientos obtenidos en las capacitaciones
9. Generar un espacio que fortalezca la población en situación de discapacidad
10. Vincular a las personas en situación de discapacidad a los programas que la Alcaldía del municipio de Chía le ofrece en su entorno.

5. MARCO DE TEÓRICO

La discapacidad es una problemática de salud pública mundial que impacta las diferentes áreas de desarrollo social, cultural, económico, educativo y reproductivo; en el cual se ha requerido el trabajo colectivo de diferentes entes estatales de cada uno de los países involucrados, para brindar soluciones idóneas a las necesidades que de este tema se desprenden. Hablar de programas y proyectos en pro de mejorar la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad, es incursionar en una serie de estrategias que están basadas en estudios estadísticos y epidemiológicos escasos, deficientes, desactualizados, imprecisos y muy alejados de las realidades sociales de cada país. Muchas organizaciones nacionales e internacionales trabajan con el fin de disminuir la incidencia de la discapacidad prevenible, y mitigar los daños que de ella se desprenden, pero ¿es correcto pensar que las intervenciones colectivas e individuales planteadas, son suficientes para lograr el impacto necesario? ¿Podemos confiar en las metas propuestas en cada uno de los programas gubernamentales de ámbito nacional, internacional y territorial aun cuando estas están basadas en cifras estimadas?

La presente revisión de la literatura busca crear una recopilación de la información a través de la cual se pueda describir el contexto en el que se encuentra la discapacidad a nivel nacional e internacional; llevando al reconocimiento de las múltiples problemáticas sociales que aún se desconocen, a la concientización de la importancia de crear estrategias de intervención eficaces para impactar en la población en situación de discapacidad; y de brindar soluciones reales que promuevan el derecho a una vida en igualdad de condiciones, siendo este tema no solo una responsabilidad del estado sino también de la sociedad en general.

5.1. LA DISCAPACIDAD Y SU ENTORNO

5.1.1. GENERALIDADES DE LA DISCAPACIDAD

Cuando se habla de la discapacidad se gira entorno a un concepto que por desconocimiento o represión, ha generado mal interpretaciones y estigmas sociales, que aun cuando se avanza en los procesos de inclusión social, siguen teniendo peso dentro del desarrollo integral de las personas en situación de discapacidad. En las últimas décadas se ha reconocido la discapacidad con términos como impedidos, inválidos, minusválidos, incapacitados, desvalidos entre

otros. Esta variación de terminología no solo genera un trato diferencial sino también afecta los procesos censales nacionales y mundiales debido a que en contexto se dificulta la formulación de preguntas contenidas en los formatos diseñados para los censos. ^[5]

Con el paso del tiempo la terminología ha sufrido diversas variaciones no solo con respecto a la etimología y la morfología de las palabras sino también con respecto a la semántica de las mismas. En la década de los ochenta la OMS instauró una de las primeras estrategias relacionadas con las personas en situación de discapacidad llamada CIDIM; esta permitía catalogar las consecuencias arraigadas a las lesiones existentes en la discapacidad, considerando que cada tipo de lesión genera unas deficiencias (dimensión orgánica), unas incapacidades (dimensión individual) y unas minusvalías (dimensión social), evidenciándose que la discapacidad afecta todas las dimensiones del ser humano.

En la década de los Noventa, la ONU en conjunto con la OMS hizo una modificación conceptual, en la cual cambió el término de incapacidad por discapacidad, esto generó que el CIDIM se convirtiera en el CIDDM. La palabra discapacidad contempla no solo el rendimiento funcional en la realización de las actividades individuales sino también los trastornos a nivel de persona. A esta nueva clasificación se le adicionó un elemento importante que es el reconocimiento del grado de discapacidad siendo este leve, moderado y grave.

Así como lo dice el informe estadístico del DANE 2004, “una persona con discapacidad es aquella que sufre limitaciones en la cantidad – calidad de actividades que debe realizar cotidianamente, o barreras en su participación como persona debido a una condición de salud física o mental”. ^[5]

El enfoque de discapacidad tuvo un cambio importante a partir del año 2001, en donde se contempló como una problemática social multidimensional. A partir de esta concepción la OMS establece una clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad, la cual refleja unos cambios notorios con respecto a la percepción de la discapacidad. Se conserva el término “deficiencia” pero se amplían las categorías que de ella se desprenden, se modifica el término discapacidad por limitaciones, y se invalida el término minusvalía adoptándose el de restricción en la participación.

La CIF define la discapacidad y la deficiencia como:

“Discapacidad: es el término genérico, que describe una situación de la persona, incluye déficit, deficiencias o alteraciones en las funciones y/o estructuras

corporales, limitaciones en la actividad del individuo y restricciones en su participación.

Deficiencia: es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con anormalidad se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida.” ^[6]

5.1.2. IMPACTO SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD

Los estudios sociólogos demuestran que la familia es la unidad funcional y estructural de la sociedad, la cual cumple con la función principal que es formar personas de bien, que aporten al crecimiento de la sociedad; esta se ve afectada por múltiples factores situacionales consecuentes del paso del tiempo, la modernización cultural y los cambios ideológicos.

La discapacidad es un aspecto que afecta de manera general diferentes ámbitos sociales, uno de estos es la estructura familiar. La discapacidad disminuye el proceso de emancipación de las parejas; como es conocida, la discapacidad ha afectado la población en edad de mayor reproductividad, debido a que su incidencia predomina en personas de los 25 a los 45 años; una de las principales causas, es la afección fisiológica que tienen ciertas enfermedades incapacitantes o algunos tipos de discapacidad que afectan órganos importantes en el proceso de reproducción, haciendo que el porcentaje de infertilidad tanto en hombres como en mujeres aumente con el paso del tiempo.

La principal estructura familiar de personas en situación de discapacidad es la compuesta por dos personas que en su mayoría son los conyugues, para quienes se les dificulta establecer una vida independiente debido a la necesidad de apoyo para la realización de las actividades diarias. La discapacidad dificulta la formación de nuevas familias por temas de infertilidad, escasos económicos, pérdida de la proyección familiar, inadecuado proceso de afrontamiento de la discapacidad y dificultad para el cuidado; alterando de manera directa la extensión de la sociedad en el tiempo.

Por otro lado se evidencia que las familias en las que algún miembro se encuentra en situación de discapacidad, se presenta un alto índice de divorcios y abandonos, por parte de la pareja estable, los hijos y la familia extensa en algunos casos. La inadecuada adaptación de los nuevos roles, impide que la familia

fortalezca los lazos interpersonales y por el contrario se genera una sensación de pérdida de unión y comprensión familiar.

Existe un aspecto poblacional que se encuentra involucrado en el tema del cambio estructural de la familia y es el envejecimiento poblacional, la trasposición de la pirámide poblacional evidencia que con el pasar del tiempo se incrementa de sobre manera la población envejecida, y que con ella trae un aumento de enfermedad crónicas y enfermedades incapacitantes; estos datos reflejan el futuro incremento de la discapacidad en la sociedad y la incapacidad de las personas, familias y estado para afrontar dichos cambios que vulneran la estructura social tradicionalista. ^[7]

Una de las más grandes problemáticas relacionadas con la discapacidad es la falta de datos epidemiológicos actuales y el desconocimiento; un desconocimiento que no solo se focaliza en el contexto fisiopatológico de la discapacidad, sino que abarca un sinnúmero de tópicos que están generando desequilibrio entre las problemáticas identificadas, y las estrategias de solución propuestas por las entidades responsables.

Un claro ejemplo de este desconocimiento es la falta de censos de la población en situación de discapacidad, lo cual genera que los datos sobre los que se elaboran las políticas, metas y planes estratégicos, se encuentren basados en datos estimados que se obtuvieron de bases de datos de hace más de 10 años. No se tiene una caracterización y/o localización de la población para quien se están gestionando los escasos proyectos de salud pública, que son quienes en resumidas cuentas deben ser beneficiados por estas medidas. Los gobiernos actuales no tienen presupuesto económico para invertir en proyectos de prevención de enfermedades limitantes, y en la mitigación de los efectos de las enfermedades crónicas agravadas, ni se tiene personal profesional capacitado en brindar una atención apta para esta población.

Se estima que solo el 62% de los países a nivel mundial cuentan con una legislación o normativa específica en discapacidad y solo el 51% de los países tiene programas de rehabilitación. Una de las razones por las que estas cifras mundiales están por debajo de los percentiles esperados, es debido a que esta problemática se está tratando de manera unidireccional, en donde la responsabilidad del actuar frente a la discapacidad está quedando únicamente del lado de los gobiernos; pero como lo confirma la OMS en su último informe de la discapacidad en el mundo, la discapacidad es una afección social que requiere trabajo colectivo de los entes estatales y no estatales y la comunidad en general.

El estado tiene la responsabilidad del manejo de los recursos del país para la creación de planes y programas dirigidos a la población discapacitada, de estipular leyes que favorezcan la inclusión social y laboral de esta población, y a su vez de hacer cumplir esos dictámenes legales; la comunidad y sociedad debe vincularse y convertirse en agentes participativos y propositivos de estos programas, de tal forma que se genere un trabajo colectivo que involucre los diferentes sectores gubernamentales, los entes no estatales, la población en situación de discapacidad y la comunidad en general. ^[8]

La OMS estipuló desde el año 2001 que la discapacidad es una problemática multifactorial que abarca el ámbito personal visto desde las alteraciones físicas y el ámbito contextual entendido como las barreras y los obstáculos que se presentan en el ambiente y en el entorno de la personas con discapacidad, lo cual proviene principalmente de la sociedad. ^[9]

5.1.3. COSTOS DE LA DISCAPACIDAD

La discapacidad no es una problemática mono focal, esta afecta diferentes ámbitos tanto personales como colectivos, la cual no difiere de aspectos culturales, socioeconómicos, etnográficos, raciales ni religiosos. Uno de estos aspectos es la economía de un país, la discapacidad predomina en el género masculino principalmente en las edades de mayor productividad siendo esta entre los 25 y 55 años. En este tipo poblacional se evidencia un bajo nivel educativo, debido no solo a las dificultades que la discapacidad trae consigo, sino también a los estigmas sociales y el funcionamiento discriminativo de la sociedad (colegios de difícil acceso, requerimiento de una educación especial, falta de preparación de los docentes y dificultades económicas para el desplazamiento).

Esta falta de educación genera una productividad tanto a nivel intelectual como económico baja. Las personas en situación de discapacidad que pueden laborar, deben postularse a cargos de bajo perfil y de escasa remuneración económica, no se tienen porcentajes altos de educación superior ni de ocupación de cargos de alto impacto a nivel social e intelectual. Un alto porcentaje de esta población es beneficiaria de programas subsidiados por el estado aumentando de esta manera las tasas de desempleo, pobreza y vulnerabilidad social. ^{[10][11]}

Es difícil hacer un análisis de costos con cifras estándares, debido a que la discapacidad es un proceso dinámico, fluctuante y la severidad de las limitaciones varía entre sí; además esto la modificación constante en la conceptualización utilizada para el trato de las personas en situación de discapacidad, hace que se

dificulte cuantificar la magnitud de la misma. Lo que sí es posible es hacer una estimación con respecto a los costos directos e indirectos que la discapacidad le genera a un país. ^[12]

Según Hernández Jaramillo se consideran costos directos a todos aquellos que se desprenden de la discapacidad, dentro de estos se contemplan; las intervenciones médicas y de rehabilitación, uso de instalaciones, intervenciones preventivas y correctivas, la vigilancia de las condiciones crónicas y el uso de la tecnología y equipos biomédicos; costos que varían dependiendo del tipo de discapacidad que se presente, su grado de afectación y el tratamiento de rehabilitación que requiera. También es necesario contemplar los costos indirectos que dentro de los modelos econométricos de los países, son los que menos se tienen en cuenta, pero que su impacto es uno de los más relevantes y con los cuales se puede evidenciar el real impacto social que tiene la discapacidad. Los costos indirectos se enfocan en la pérdida de ganancia que tiene un país por parte de la población en situación de discapacidad, dependiente y no productiva. Dentro de estos se incluyen: “La pérdida laboral, la disminución de ingresos, los bajos índices de satisfacción y bienestar, los pagos relacionados con el aseguramiento social, las indemnizaciones, los apoyos compensatorios del gobierno y la beneficencia pública, la dependencia que absorbe la familia o el pago de un cuidador y la pérdida de consumir menos bienes y servicios, como no pagar impuestos y no asumir otras responsabilidades sociales”. ^[12]

Hay un aspecto particular que se debe contemplar dentro del tema de costos y es la atención o cuidado informal. Se define cuidado informal a aquel que es brindado por una persona natural e independiente que no hace parte de ninguna entidad o institución, por lo cual no recibe ninguna remuneración económica o un tipo de contrato por la actividad realizada; como cultura tradicional y errada se considera un cuidado “voluntario”, un término impreciso, ya que en esta actividad informal se genera una relación altruista por los costos unidireccionales que se generan a partir de ella.

Cuando se habla de la prestación de un servicio de cuidado informal se habla de una equiparación por razón de género. Según datos estadísticos internacionales se dice que el 59% de las personas en situación de discapacidad requiere de un apoyo o un cuidador permanente, donde el 92% son cuidadores informales (no reciben remuneración económica) y solo el 8% son cuidadores formales. Se estima que 1.05 millones de personas se dedican a ser cuidadores informales lo que en términos porcentuales representan el 2.33% de la población general. De los cuales entre el 80% y 90% son mujeres que se encuentran en edad productiva

(24 a 65 años), siendo hijas, esposas/parejas, hermanas y madres quienes desempeñan este rol.

Cuando se habla de la actividad del cuidado informal, se habla de un aspecto que genera repercusiones en el aspecto económico de un país; no solo porque los cuidadores informales no ejecutan labores o actividades de las cuales devenguen un sueldo o cualquier tipo de remuneración económica, que le permita satisfacer sus necesidades básica y mejorar su nivel de vida, sino también porque “asumir el papel de cuidador/a puede constituir una fuente de estrés que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos, así como alteraciones emocionales⁶. Análogamente la responsabilidad del cuidado puede traducirse en otros costes psicológicos, debido por ejemplo al debilitamiento de las relaciones sociales y familiares, e incluso al empobrecimiento en términos pecuniarios como consecuencia de la dificultad para llevar a cabo una actividad profesional plena”.^[13]

Desde el análisis de costos se podría concluir que toda aquella condición incapacitante genera unos gastos considerablemente altos para el país, los cuales se deben cubrir a partir del presupuesto nacional, un presupuesto que no se debería invertir para mitigar un daño sino para potencializar una condición. De aquí es pertinente entrar al tema de analizar, si las estrategias de solución que los entes responsables están planteando son las correctas para dar soluciones reales a todas estas problemáticas identificadas o si por el contrario están generando un sobrecosto no solo al estado sino también a la sociedad en general.

5.1.4. BARRERAS DE LA DISCAPACIDAD

Se estima que el 12% de la población total de cada país sufre o sufrirá de algún tipo de discapacidad ya sea temporal o permanente, cifra que con el paso del tiempo se encuentra en aumento debido a que la población aún se encuentra expuesta a sustancias tóxicas, contaminación de aguas, mala alimentación, escases de educación, pobreza, marginación, migración, malas condiciones laborales, servicios mínimos de salud, la presencia exacerbada de violencia, la disminución de la tasa de natalidad, el envejecimiento de la población y en especial por el incremento de enfermedades crónicas que llevan a la aparición de algún tipo de discapacidad en personas de menor edad.^[10]

Es importante reconocer la diferencia pragmática de la terminología, especialmente entre las palabras incapacidad y discapacidad. “No parece concebible, en la práctica, que una persona incapacitada no sufra algún tipo de

discapacidad y, por el contrario, la mayoría de las personas con discapacidad no están incapacitadas, o bien porque no resulta necesario este grado de limitación de su capacidad de obrar o bien porque, no obstante su condición de personas incapacitadas de hecho, debido a la ausencia de capacidad para el autogobierno, no han sido incapacitadas por sentencia judicial”. La incapacidad re remite a la falta de la capacidad de ejercer sus acciones bajo el marco jurídico, y es en estos casos en los que se debe recurrir a concesión de derechos una persona incapacitada a una persona natural funcional.^[14]

Las personas en situación de discapacidad han tenido que enfrentar grandes barreras que siguen dificultando el proceso de habilitación de estas personas como ciudadanos activos, independientes y productivos. Los programas de salud pública y la normativa judicial, se encuentran enfocadas a la disminución o mitigación de las complicaciones y limitaciones físicas que trae la discapacidad y deja de lado las diferentes barreras que de manera directa o indirecta influyen en los resultados esperados. Díaz Velásquez en su artículo de exclusión social a personas con discapacidad retoma el modelo social para explicar la discapacidad y los paradigmas existentes.^[9]

La discapacidad está acompañada de dos paradigmas consecuentes, uno es el de la rehabilitación que se centra en la recuperación física de la persona involucrando diferentes estrategias fisioterapéuticas; el otro es el de la autonomía personal en donde se busca generar la eliminación de las barreras y obstáculos sociales y ambientales que dificultan la adaptación o recuperación de la persona ante su discapacidad. Dentro de estas dificultades se encuentran:

5.1.4.1. LA DISCRIMINACIÓN

La sociedad es una escueta simbolización de una determinada cultura que como Robert B. Edgerton la define basado en los paradigmas americanos, es “una realidad colectiva, aprendida y comprendida por símbolos y representaciones que son transmitidos de generación en generación”. Esto quiere decir que la cultura es una replicación de idealismos centralistas, basados en preferencias, conveniencias y predilecciones personales; lo cual puede significar que la humanidad y la sociedad en general lleva años incurriendo en la repetición de errores que aún en el presente siguen costando un alto precio.^[15]

La sociedad es el contexto de desarrollo de una persona, en donde la desigualdad funcional de sus integrantes, es un tema que no puede pasar desapercibido; la

perspectiva de la sociedad frente a la discapacidad se basa únicamente en la importancia de tener acceso a programas de rehabilitación intelectual, física y sensorial, de tal forma que la población con discapacidad desarrolle la habilidad necesaria para la realización de las actividades consideradas “normales” en el ámbito social. Esta perspectiva ha generado que a través del tiempo se busque el beneficio socio familiar y comunitario, y no que se piense en la necesidad de involucrar a estas personas al curso normal de la sociedad en igualdad de condiciones.^[9]

El primer contexto donde se evidencia la discriminación, es en los estatus sociales o clases sociales, una medida capitalista que estandarizo los niveles de vida, generando la desigualdad en los derechos de las personas pertenecientes a una misma sociedad; una desigualdad social que no solo se limita a clasificar o tipificar un estilo de vida, sino que también sesga los beneficios sociales. Las clases sociales no solo tipifican los estilos de vida sino que también impiden que se generen estrategias que den bienestar y seguridad a todos los ciudadanos. Es tanto el impacto de las clases sociales que los entes gubernamentales deben crear propuestas de beneficios a la población menos favorecida (el pobre) y no crear medidas de progreso social integral y continuo.^[16]

Dentro de estas medidas gubernamentales se contempla el marco legal tanto a nivel nacional como internacional, por medio del cual las personas en situación de discapacidad buscan enfrentar las privaciones a las que se ven sometidos. Sin embargo se tiene una concepción unilateral de los derechos que establece la ley, y en la cual, la ejecución y cumplimiento de los mismos es responsabilidad del estado; considerando que estos son derechos políticos, pero es entendido que dichos derechos nacen de la legitimización estatal pero son de práctica social. Los derechos humanos van de la mano con los principios éticos y morales de las personas que se convierten en los principios cívicos a partir de los cuales se fundamenta la convivencia de la sociedad. No obstante la labor que la sociedad debe realizar ante la discapacidad es de vital importancia, retomando el papel de actor principal en el proceso de inclusión social y de trato equitativo.^[17]^[9]

La sociedad debe someterse a un proceso de sensibilización en el cual se de relevancia y visualización a la población en situación de discapacidad, reconociéndoles como individuos con capacidades de autodeterminación, autorregulación e interdependencia.

La discapacidad representa para la sociedad una condición que rompe los imaginarios idealistas de la misma, en donde se contemplan estructuras estéticas

uniformes y funcionales, dejando de lado la persona humana y su integridad evolucionista.

Uno de los grandes aspectos que genera mayor rechazo por parte de la sociedad es la “dependencia” que tienen las personas en situación de discapacidad, una dependencia que es impuesta por los mismo familiares, cuidadores y por la comunidad en general. Esta concepción es paradójica debido a que los seres humanos no son totalmente dependientes ni independientes, todos presentan una dependencia recíproca, que en términos generales se conoce como interdependencia. Esta interdependencia hace que cada persona en la sociedad tenga un papel relevante y que en su proceso de interrelación con los demás, genere un beneficio tanto a nivel personal como colectivo. De esta forma la sociedad en general valora el trabajo del agricultor ya que esto le genera un beneficio personal, y el agricultor valora el trabajo de la sociedad porque esta consume sus productos, generándole a un beneficio económico.

Es importante tener claro que todos los seres humanos tienen un grado de dependencia; unos más altos que otros, y unos en un contexto diferente que otros; así que no es correcto afirmar que la dependencia es algo que viene ligado a la discapacidad; la sociedad hace que la discapacidad se vuelva dependiente.^[9]

La legislación colombiana en la ley 762 del 2002 artículo 1 determina que la discriminación es “toda distinción, exclusión o restricción basada en una capacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales”.^[18]

A partir de esta concepción se puede identificar que la discriminación no solo proviene de una interacción personal sino que aplica a cada uno de los ámbitos de desarrollo de la persona en situación de discapacidad. Uno de estos ámbitos es el educativo, en donde se evidencia que los profesores no se encuentran capacitados para educar personas en situación de discapacidad, especialmente aquellas que tiene afección cognitiva; es por ellos que las personas con estos tipos de limitaciones deben acudir a centro de educación especial de alto costo. Esta medida ha generado un alto índice de deserción educativa por parte de las personas en situación de discapacidad, es por ellos que en los registros epidemiológicos se evidencia que el nivel educativo en esta población es bajo; siendo bajo el porcentaje de asistencia a planteles educativos.^[19]

Por otro lado el ámbito laboral presenta una dicotomía consecuente en cierta parte del ámbito educativo, por un lado se presenta una disminución de las oportunidades laborales para personas en situación de discapacidad, por discriminación del sector productivo, en tanto que se considera un gran riesgo contratar a alguien que por limitaciones no pueda realizar actividades de “calidad”, o requiera más tiempo para la realización de las mismas; convirtiéndose esto en una pérdida económica y una alta responsabilidad por parte del contratista. Por otra parte el bajo nivel educativo que tiene la población en situación de discapacidad dificulta de sobremanera el acceso a puestos de trabajo en condiciones dignas y con una remuneración económica justa. ^[20]^[21]

5.1.4.2. DIFICULTADES DE ACCESO

Colombia y el mundo no están preparados para dar acceso ecuánime a la población en situación de discapacidad, no solo por la disminución en los beneficios ofrecidos, sino también porque la infraestructura y los espacios públicos no se encuentran diseñados para el tránsito de personas en situación de discapacidad, aún si no requieren del uso de elementos ortésicos.

Con respecto al tema de transporte, se evidencian pocas estrategias que favorezcan la utilización del transporte público por parte de la población en situación de discapacidad. Son muy escasos los buses que tienen elevadores para discapacitados, varadas de aseguramiento, espacios de tránsito amplio y sobre todo hay escases de conciencia social. El ceder el puesto aun cuando este no sea de color azul o este demarcado como zona de uso para personas vulnerables, la tolerancia, paciencia, capacidad de espera y ayuda al tránsito de personas en condición de discapacidad.

5.1.4.3. ECONOMIA

La economía es un tema de interés tanto social, político y cultural, esta se ve afectada por un sin número de variables, generando un desequilibrio que afecta la integridad y el correcto funcionamiento de la sociedad.

La discapacidad es uno de los factores que más inquieta a la sociedad, no solo por los requerimientos particulares que de este se desprenden sino también por el impacto negativo que tiene a los recursos económicos familiares, sociales y estatales.

La falta de educación como ya se ha podido analizar anteriormente es uno de los factores que dificulta el progreso económico de las personas con discapacidad, esto acompañado de la escases de oportunidades laborales. La población discapacitada según los estudios epidemiológicos tiene un bajo porcentaje de empleo, los existentes representan una remuneración económica baja; esto implica que la población en situación de discapacidad no cuenta con los recursos necesarios para costear los tratamientos de rehabilitación necesarios, ni los gastos indirectos que de este se desprenden (transporte, cuidador, materiales). Esto genera que las personas deserten de los programas y que los resultados esperados no se obtengan de manera satisfactoria.

En Colombia existen programas y proyectos instaurados para facilitar el acceso a los tratamientos de rehabilitación, ayudas alimentarias y ayudas económicas, las cuales aunque favorecen las condiciones generales de la población, no resuelven las problemáticas a las que se enfrenta la población en situación de discapacidad y que se convierten a diario en las barreras de desarrollo.

5.1.4.4. ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS EN SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA

Colombia Como estrategia de cumplimiento de la ley estatutaria 1618, contempla dentro del Plan Nacional de Salud Publica 2012 – 2021 la creación de programas y proyectos dirigidos a la atención de la población en situación de discapacidad. Estas estrategias están enfocadas a brindar el derecho al acceso a un servicio de salud completo y equitativo, en el cual no se presente ningún tipo de discriminación por condición y en el cual se le brinde la atención necesaria para satisfacer sus necesidades de salud.

En este plan se evidencia la necesidad del trabajo articulado a nivel intersectorial, en el cual se pueda brindar una atención integral y donde se evidencia la necesidad de creación de políticas de inversión social, de promoción del trato digno, de una adecuada educación y comunicación, una correcta gestión de la información y conocimiento de la discapacidad.

A este plan se le debe dar cumplimiento tanto a nivel territorial, nacional y local; a partir de los ministerios, alcaldías y secretarías, quienes son los entes encargados de tomar lo que se estipula desde gobierno y aplicarlo de manera práctica a cada uno de los sectores del territorio Colombiano. Hablando desde la praxis se puede evidenciar que existen diversas falencias desde el estudio de la población, el planteamiento de los programas, la ejecución e impacto de los mismos; esto

debido a que en primera instancia se tiene datos epidemiológico desactualizados y poco confiables con respecto a la identificación y caracterización de la población en situación de discapacidad.

Por otro lado los programas plantean un trabajo desarticulado por parte de los sectores, lo que genera que esta población no sea impactada integralmente y que no se obtengan los resultados esperados. Los programas no están alcanzando a la población más vulnerable y no están impactando de la manera proyectada, no obstante la cantidad de proyectos de salud pública en pro del mejoramiento de la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad no son suficientes para brindar cobertura a toda la población. Sin embargo la principal problemática es que los escasos programas que se ofrecen no tienen reconocida ni identificada la población para quien va dirigido dicho proyecto. Es por ello que se puede considerar que los recursos no se están utilizando para los fines esperados y que las proyecciones de cada uno de estos proyectos y programas están sesgando con la realidad social.

5.2. LEGISLACIÓN DE DISCAPACIDAD EN COLOMBIA

El panorama legislativo Colombiano en la discapacidad inicia por el respeto y la no discriminación sin importar su condición como lo dice el artículo 13 de la constitución de Colombia de 1991 “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades, y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen, nacionalidad, lengua, religión, opinión política o filosofía” [22]

Sumado a la constitución, se establecen leyes como la 361 de 1997 y la 1145 de 2007, “con la que se pretende establecer mecanismos de integración social de las personas con limitación” [23] y “crear el sistema Nacional de discapacidad, que brinda la posibilidad de unirse para contribuir en políticas públicas en discapacidad” [24]. Sin embargo, fue hasta la ley 1346 de 2009, en la que Colombia acepta y se compromete a cumplir y respetar los derechos de las personas en discapacidad, establecidos en la convención de los derechos de las personas de discapacidad en New York, el 13 de diciembre del 2006. [25]

Con base a ello, Colombia estableció la discapacidad como una prioridad dentro de las políticas y planes de gobierno, lo que abrió paso a la formulación de

lineamientos para la discapacidad en el campo laboral (ley 82/1988), sanitario (Ley 1438/2011; ley 1616/2013), educación (Plan decenal de educación 2006-2016; decreto 366/ 2009), cultura (ley 1237/2008; ley 1316/2009), pensiones (ley 789/2002; ley 797/2003), y recreación y deporte (ley 582/2000). Un ejemplo de ello, es la inclusión de la discapacidad en el plan decenal de salud pública 2012-2021, contemplando este plan como “un instrumento de política pública, que reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, con necesidades y expectativas específicas, que requieren de la intervención intersectorial, así como de su participación activa, para consolidar mejores condiciones de vida enmarcadas en la inclusión social”.^[26] También se hace necesario en los planes de desarrollo departamentales y municipales de Colombia y el mundo.

Con el creciente interés por la inclusión de la discapacidad en políticas públicas; se establece la ley estatutaria 1618 del 2013, bajo el mandato del presidente Juan Manuel Santos, con la que se pretende dar un giro total para promover la creación de programas en discapacidad que fomenten la participación activa de esta población; la inclusión social por medio de la educación, trabajo, salud; el bienestar; y el respeto de los derechos en discapacidad. Esta ley estatutaria establece determinadas funciones a los diferentes ministerios para involucrar a la discapacidad en sus planes y agilizar los procesos de ejecución de estos. La ley contempla la incentiva por la innovación para crear programas de participación comunitaria total y establece el apoyo por medio de los entes gubernamentales a estos proyectos, como estrategia para concientizar y ayudar a toda la comunidad.

Otro documento de interés nacional es el Conpes Social, que recopila y rediseña el Conpes 80 del 2004. Este documento establece el panorama nacional en discapacidad con el objetivo de precisar los compromisos necesarios para la implementación de la política como parte del Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014, “Prosperidad para Todos”. Así mismo, busca definir los lineamientos, estrategias y recomendaciones que con la participación de las instituciones del Estado, la sociedad civil organizada y la ciudadanía, permitan avanzar en la construcción e implementación de la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social.^[27]

Con lo anterior, se percibe que Colombia cuenta con un amplio panorama legislativo para la discapacidad; que con el tiempo se ha fortalecido por su creciente interés hacia el respeto de los derechos de las personas con discapacidad, la inclusión social y la participación activa en leyes, decretos y normas. Sin embargo, la legislación carece de la forma de hacer operativa la

normatividad, debido a que no se establece una reglamentación que guíe la creación de programas y proyectos enfocados al beneficio de las personas con discapacidad; tampoco se incentiva a la comunidad a participar y vincularse a proyectos; y mucho menos se cuenta con un presupuesto económico, talento humano y de infraestructura determinado para atender las necesidades de las personas en discapacidad en Colombia, que según se encuentra planteado como una necesidad en el plan decenal de salud pública.

La normativa no sirve de nada si solo se queda en el papel, debido a que en Colombia carecemos de planes y proyectos para la discapacidad. Esta percepción también se encuentra reflejada en el artículo “la discapacidad en Colombia: una mirada global, en el que resalta la abundante legislación en Colombia para la discapacidad, lo que llevaría a suponer hay amplias condiciones educativas, laborales, y atención en salud y rehabilitación; condiciones que siguen siendo inferiores a las requeridas por la población en discapacidad.^[28] Los proyectos que ya existen, no dan abasto para la creciente población que se encuentra en situación de discapacidad física, cognitiva, sensorial y multisensorial. Todavía se vive la discriminación por parte de la población, al desconocer y señalar en forma punitiva la discapacidad; y por parte del gobierno, debido a la falta de habilitación en discapacidad expresada por la carencia de programas y proyectos que propicien el derecho a la educación por medio de la inclusión escolar, laboral; salud; y la infraestructura pública construida con base a las necesidades de las personas con discapacidad, propiciando el beneficio colectivo y la productividad en la sociedad Colombiana.

5.3. INCLUSIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN LOS PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA.

5.3.1. INCLUSION SOCIAL

La inclusión social es una de las estrategias contempladas dentro de los programas de rehabilitación basada en comunidad, dado no solo a que es una de las principales fuentes de inclusión de las personas en situación de discapacidad, a la realización de actividades cotidianas, sino también porque le permite el pleno desarrollo y crecimiento como persona y como profesional. “La actividad laboral en los usuarios no sólo mejora su situación financiera sino que también provee una estructuración de sus actividades cotidianas, con rutinas definidas y significativas. Los usuarios con empleo poseen un sentido personal de bienestar, un buen nivel de autoeficacia e identidad social. Se observa, además, una mejora en la autoestima y en la autoimagen, una reducción de la sintomatología, una

promoción del contacto social y un aumento de la calidad de vida de quienes trabajan”.^[29]

No es correcto pensar que la inclusión laboral de las personas en situación de discapacidad es un acto voluntario de “obra social”, no es una cuestión de apiadarse del otro que está en una condición más vulnerable, es una obligación de la sociedad y del estado generar inclusión laboral a esta población. Este tema lo habla clara y abiertamente el decreto 2177 del 1989, que se centra en la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas; el cual establece que es un derecho de las personas en situación de discapacidad el contar con ofertas y oportunidades laborales en las cuales se puedan desempeñar según sus habilidades y destrezas, y una obligación del estado, del sector productivo y de la sociedad en general brindar este tipo de oportunidades.

Existen diversas variables que dificultan esta medida de inserción laboral en especial en la población en situación de discapacidad mental ya que su afección cognitiva dificulta el desarrollo de ciertas habilidades y destrezas necesarias para ejercer un labor, sin embargo es importante reconocer que existen múltiples tipos de discapacidad mental, las cuales afectan diferentes áreas del cerebro y del comportamiento, los niveles o grados de afección varían según la severidad siendo leve, moderado y severo; lo cual permite deducir que existen personas con algún tipo de discapacidad mental que son altamente productivos, talentosos y autosuficientes.^[29]

Como se nombró anteriormente, el Plan Nacional de Salud Pública involucra la discapacidad en su capítulo “vulnerabilidad asociada a condiciones de discapacidad”. Que promete una atención integral y la promoción de la salud, orientado a prevenir la discapacidad en la población en general, Lo que representa un verdadero reto en materia de salud pública, ya que requiere de un cambio de cultura tanto de la población como de servidores públicos y personal de otros sectores, incluyendo la adopción de estilos de vida saludables y de medidas preventivas para reducir los factores de riesgo a lo largo de toda la vida. Para ello, este plan incluye una serie de estrategias y líneas de acción que contribuyen a la población en discapacidad para el disfrute más alto de sus derechos y la no discriminación.^[26]

Entre estas estrategias se resalta la atención integral en salud para las personas con discapacidad bajo el enfoque diferencial que tiene como objetivo “promover de manera continua y coherente acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, dirigidas a la persona con discapacidad, a su familia y a su comunidad, desarrolladas en corresponsabilidad por el sector salud, la

sociedad y otros sectores, con la finalidad de mejorar el estado de salud para su bienestar y desarrollo integral y sostenible”. Dentro de sus líneas de acción se reflejan la focalización de las personas con discapacidad; identificación de las necesidades en salud; implementación de estrategia de rehabilitación basada en comunidad y fomento de la autogestión.

Una herramienta muy útil para generar la inclusión social de las personas en situación de discapacidad sería la aplicación de la teoría de Urie Bronfenbrenner, la cual permite que el cuidador principal ya sea formal o informal se involucre en el microsistema de la persona con discapacidad. Esta teoría permitiría evidenciar los diferentes sistemas con los que interactúa la persona y crear estrategias de impacto que le permitan a la persona en situación de discapacidad involucrarse de una manera efectiva, y generar una relación positiva de reciprocidad entre el entorno y la persona.

La discapacidad es un tema de afección global, que no se limita a una alteración física sino que perjudica la interacción de la persona en situación de discapacidad con todos los ambientes que la rodean. Los ambientes de una persona son variados y dependen explícitamente del rol que cumpla dicha persona en los diferentes aspectos de su vida; tanto a nivel personal, familiar, laboral y social. ^[30]

Ante un proceso de discapacidad dichos ambientes se ven alterados por los cambios o modificaciones de roles que sufre la persona, por lo cual se considera que dichos cambios generan un determinado impacto en la persona, ya sean positivos o negativos dependiendo de las estrategias de afrontamiento por parte de la persona en situación de discapacidad a su condición, y de la facilidad de adaptación al ambiente modificado.

El psicólogo Urie Bronfenbrenner propone una teoría de sistemas en la cual refleja el impacto que tiene el sistema del ambiente sobre el desarrollo de la persona, destacando la importancia del estudio de los ambientes en los que se desenvuelve una persona; a través de la percepción e interacción con el mismo.

La Teoría Ecológica del Desarrollo Humano de *Bronfenbrenner* se centra en tres aspectos importantes que son:

- “La persona como entidad creciente y dinámica que se adentra progresivamente y reestructura el medio en el que vive.
- La interacción de la persona con el ambiente es bidireccional.
- El ambiente se extiende para incluir las interconexiones entre varios ambientes, y las influencias que emanan de ambientes más externos”. ^[31]

Las interconexiones que tiene una persona dentro de las cuales se contemplan las relaciones con la familia, amigos, trabajo, sociedad, personal transitorio (médicos, enfermeras, porteros, conductores, psicólogos, mercaderistas, comerciantes, entre otros) pueden representar un elemento facilitador o disruptor de los procesos y situaciones de la vida de una persona, especialmente de aquella que se encuentra en una situación de enfermedad o de discapacidad.

Bronfenbrenner describe “el desarrollo humano como una progresiva acomodación entre un ser humano activo y sus entornos inmediatos (también cambiantes). Pero este proceso, además, se ve influenciado por las relaciones que se establecen entre estos entornos y por contextos de mayor alcance en los que están incluidos esos entornos”. Contextos como la cultura, la ideología y la política. [32]

Bronfenbrenner propone un modelo ecológico concéntrico en el cual se representan las interconexiones que hay entre cada uno de los sistemas, el cual se muestra en la figura 1.

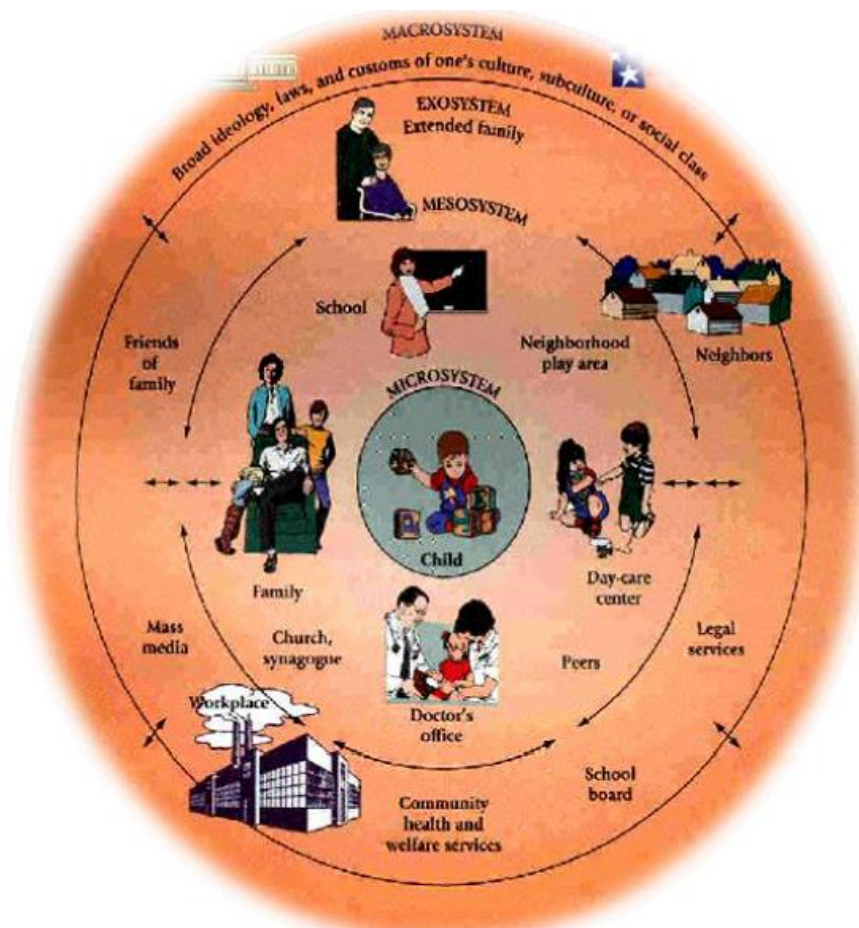


Figura1: Sistemas de la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner.
(<http://www.des.emory.edu/mfp/302/302bron.PDF>)

En la figura se puede apreciar 4 sistemas generales que son:

a) Microsistema: “Es el nivel más cercano al sujeto, e incluye los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos en los que éste pasa sus días, es el lugar en el que la persona puede interactuar cara a cara fácilmente, como en el hogar, el trabajo, sus amigos”. ^[33]

En este sistema se contempla el colegio, el vecindario, los centros de cuidado, la familia entre otros.

b) Mesosistema: “Comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (familia, trabajo y vida social). Es por tanto un sistema de microsistemas. Se forma o amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno” ^[33] Se puede dar la interacción de cualquiera de los microsistemas de la persona.

c) Exosistema: “Se refiere a los propios entornos (uno o más) en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en los entornos en los que la persona sí está incluida” ^[31] Establecimientos legales, familia extensa, amigos lejanos, los centros de servicio de salud, los vecinos y las empresas principalmente.

d) Macrosistema: “Dentro de este subsistema se considera fundamentalmente la *educación formal*, la cual dentro de nuestro marco cultural que se ha organizado en nuestra sociedad, consiste en la transmisión de ciertas nociones, estrategias, comportamientos, actitudes y valores a los miembros de las nuevas generaciones”. ^[31]

El macrosistema abarca las ideologías, cultura, subculturas, legislación, costumbres y estratos o clasificación socioeconómica.

A partir de la interacción de los sistemas (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema), el modelo de Bronfenbrenner proporciona aspectos positivos ante las personas en situación de discapacidad como:

- Permite concebir a la persona en situación de discapacidad como un ser en constante cambio que tiene una interacción directa e indirecta con los ámbitos de su entorno, los cuales son fluctuantes y cambiantes; de manera tal que la persona debe adaptarse a dichos cambios y entablar nuevas conexiones con estos.
- A través del modelo se pueden identificar nuevas necesidades que en ámbitos como el clínico son de difícil reconocimiento, relacionadas con el ambiente. Con el reconocimiento de las variables del entorno que afectan de manera directa sobre la persona en situación de discapacidad, se puede generar un

plan de intervención ya sea individual o colectiva, que permita modificar dichos aspectos y generar un bienestar a la persona con discapacidad. ^[31]

5.3.2. FOCALIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

En la focalización de las personas con discapacidad e identificación de las necesidades en salud, el ministerio de protección social, junto al DANE (Departamento administrativo nacional de estadística); establecieron un documento que permite conocer y evaluar el contexto en el que viven la personas en discapacidad e identificarlos dentro de las estadísticas nacionales. El documento guía las pautas para la aplicación del formato de registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad en: Localización y vivienda; identificación personal; caracterización y origen de la discapacidad; Salud; educación; participación en actividades familiares o comunitarias; y trabajo. ^[34]

El identificar a las personas con discapacidad y su contexto; contribuye a recopilar información estratégica para realizar un diagnóstico situacional de la población, que me permitirá conocer los aspectos positivos y sus necesidades para generar un plan de acción dando soluciones a las problemáticas. El formato es validado a nivel nacional, por lo que se puede observar varios ejemplos de aplicación y el uso de la información para la realización de un diagnóstico de la población discapacitada. En la revisión de la literatura, se encuentra que en Boyacá, Manizales, Barranquilla, y Tunja, se ha documentado el proceso de la implementación del formato de caracterización de la discapacidad, un artículo científico y tres documentos de tesis.

El artículo Magnitud de la discapacidad en Boyacá; es un estudio que involucró a 123 municipios del anterior departamento, con el objetivo de presentar la magnitud de la discapacidad, a través del establecimiento de sus distribuciones y relaciones de dependencia aplicando las 89 preguntas que tiene la herramienta del DANE. ^[35]

Al igual que la información recopilada por los tesisistas de Manizales. ^[36] Barranquilla ^[37]. Y Tunja. Los resultados de la aplicación del formato fueron muy similares en estos lugares; ya que la proporción de mujeres y hombres estuvo nivelada; las personas encuestadas demostraron mayor discapacidad física, seguida de alteraciones en el sistema cognitivo. Predomina el estrato 2 para los lugares caracterizados; las personas expresaron no ir a rehabilitación por cuestiones económicas; seguido del desconocimiento para vincularse o realizar

los trámites para asistir a terapia. En cuanto a la educación, el nivel educativo mayor fue básica primaria incompleta; seguida de ningún nivel de escolaridad.

El análisis de los diagnósticos situacionales analizados evidencia que la discapacidad afecta en igual medida a hombres y mujeres en el territorio colombiano; La discapacidad se evidencia en mayor proporción en estratos bajos, trayendo consigo dificultades para acceder a salud, educación y rehabilitación especializadas ya que son programas reducidos en la parte pública, y costosos en entidades privadas. La educación es un pilar importante para cada país, pero el análisis evidencia una falencia que representa gran falla para el sistema educativo colombiano y la formación académica en las personas en situación de discapacidad. En habilitación, Colombia todavía carece de proyección, por falta de planes y proyectos, e infraestructuras que promuevan la rehabilitación y faciliten y mejoren la calidad de vida. En cuanto al trabajo, el análisis demostró que la población no cuenta con ingresos económicos o algún tipo de pensión lo que evidencia la sobrevivencia del día a día en comparación de muchos otros colombianos. En Colombia todavía hay una cultura de exclusión social, educacional, laboral y en salud para las personas en situación de discapacidad a pesar de la amplia normativa.

5.3.3. ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD

La siguiente línea de acción es la implementación de la estrategia rehabilitación basada en comunidad, que se centra en mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, atender sus necesidades básicas y velar por su inclusión y participación. ^[38]

Esta estrategia surge desde 1980, que con el tiempo se ha convertido en una estrategia multisectorial, que combina los esfuerzos de las personas con discapacidad, sus familias, las organizaciones, las comunidades y los servicios gubernamentales y no gubernamentales pertinentes para el beneficio de toda la comunidad. La estrategia RBC tiene una amplia evidencia en el territorio internacional y se ha implementado en Colombia en las ciudades principales con mayor frecuencia en Bogotá. Al ser multisectorial, la RBC puede ser aplicada desde diferentes perspectivas, por lo que los documentos que evidencian la implementación y trabajo con RBC se diferencian en los actores, pero, tienen un fin común, el cual es el beneficio para la comunidad en discapacidad, su familia, las entidades, y organizaciones.

Los objetivos generales de la RBC establecidos por la OTI, la OMS y la UNESCO, son asegurar que las personas con discapacidad puedan sacar el máximo provecho de sus facultades físicas e intelectuales, tener acceso a los servicios y oportunidades ordinarios y ser colaboradoras activas dentro de la comunidad y la sociedad. Impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad mediante transformaciones en la comunidad, consiguiendo su plena inserción. ^[39].

Al igual que los objetivos, estas organizaciones también establecieron los aspectos fundamentales que identifican y caracterizan los programas de RBC, los cuales son:

- Deben ser programas basados en la comunidad, incidiendo en la importancia de la participación de la comunidad en la planificación de estrategias, toma de decisiones y puesta en marcha y control del proyecto.
- Proporcionar la transferencia de conocimientos, aptitudes y habilidades, capacitando a las personas en discapacidad, a sus familias y a las comunidades con el objetivo de que sean capaces de responder ante los retos y las necesidades que se presenten, no solamente como mera transmisión de conocimientos, sino también de capacidades en la toma de decisiones, resolución de problemas y lucha por sus derechos.
- Brindar respeto a las diferencias culturales, suprimiendo el etnocentrismo occidental que presupone la superioridad sobre la población autóctona y teniendo en cuenta las tradiciones locales, el conocimiento tradicional y las estructuras, redes y actividades comunitarias. La dificultad estriba en que la RBC surgió de la lógica de especialistas occidentales que no provienen de la cultura donde se asientan los programas.
- Utilización de los recursos locales, tanto materiales como humanos. Se relaciona con la transferencia de conocimientos, aptitudes y capacidades a los implicados y con la sostenibilidad del programa, ya que el objetivo fundamental es que la comunidad dependa lo menos posible de ayudas externas.

En Colombia la documentación de programas de RBC en artículos de investigación actuales ha sido baja, predominando Bogotá como la ciudad con mayor número de publicaciones en RBC. Muchos de los programas en RBC no han sido publicados, lo que dificulta su consulta. Se podría decir que a esta

estrategia no se ha dado el valor adecuado, por lo que no es tan valorada y otra es que requiere de un trabajo arduo y comprometido no sólo con la comunidad, sino con las entidades estatales y privadas. Y la falta de la financiación genera grandes barreras para la creación de programas en RBC.

La discapacidad de por sí es un reto porque implica que cada país se involucre las políticas, infraestructura, programas y proyectos en pro de la inclusión y el desarrollo. Cruz, Duarte, Fernández y García, ^[40] expresan que los programas en RBC deben asumir retos para acabar con las barreras que dificultan la creación de estos programas. Entre ellos encontramos asumir posturas interdisciplinarias, lo que expresa un trabajo conjunto de profesionales en diversas áreas; Generar líneas de investigación o programas que contemplen múltiples acciones que se proponen dentro de la estrategia de RBC; Aumentar la financiación de estos programas.

Dentro de las múltiples acciones de la RBC se encuentra infraestructura, agentes comunitarios, educación y apoyo a los cuidadores, programas empresariales para la población discapacitada, programas académicos, bolsa de empleo y ONG, entre otros.

En Bogotá bajo el programa de la Bogotá humana, los programas de RBC se enfocan en 5 acciones: *Acciones con enfoque multisectorial* para la reducción gradual de barreras para la inclusión en los escenarios de: vida familiar; vida para el desarrollo de capacidades y desempeño funcional; vida educativa, de formación y capacitación; vida económica y productiva; vida social, cultural, recreativa y comunitaria; vida política y de participación social; *Ampliación de oportunidades* para la vida productiva que dignifiquen, cualifiquen y construyen sujetos con capacidad de generar tejidos sociales productivos; *Transformación de las representaciones sociales y la cultura ciudadana* para visibilizar y materializar el acceso y la accesibilidad de todos y todas en la ciudad, al entorno físico, el transporte, espacios públicos (urbanos y rurales) y privados (familiares e institucionales), vivienda, sistemas y tecnologías de información y comunicación, en aras de fomentar la autonomía y participación plena; *Consolidación de los procesos organizativos y las redes sociales* como actores políticos garantes de los derechos, con capacidad para ejercer ciudadanía, participación, generar cambios y realizar control social ; y *Activación de los mecanismos ciudadanos* para la protección, seguridad y bienestar de la población con discapacidad.

El trabajo en la capital se realiza en 20 localidades en las que se aplica el diagrama de planificación de la salud pública en el territorio que contempla el

proceso de registro y caracterización y el análisis de la situación de la población en discapacidad; seguido a ello se brindan tres respuestas a necesidades en el territorio. La primera es la activación de la ruta por la inclusión que está orientada a mejorar el acceso, integralidad y continuidad a programas, proyectos y estrategias dinamizando la red de RBC; La segunda respuesta es prácticas inclusivas en escenarios de vida cotidiana que hace referencia a la relación de la condición de salud y discapacidad y todo su contexto para la inclusión.

Esta respuesta se da a través de centros de escucha y redes comunitarias, redes protectoras en salud y trabajo, inclusión en escenarios educativos y red de orientadores en prácticas de cuidado. Y la última respuesta es la creación de alianzas estratégicas para la inclusión, que se fundamenta en el enfoque multisectorial e integra procesos orientados a crear relaciones con diferentes actores, instituciones, organizaciones y sectores locales, nacionales e internacionales, con capacidad para articular decisiones, esfuerzos, recursos y acciones para promover respuestas integrales y políticas dirigidas a la inclusión social. Estas redes sirven para una articulación nacional e internacional.^[41]

En Bogotá, las localidades que presentan mayor proporción de población discapacitada son Kennedy, Rafael Uribe y Bosa.

Lo que evidencia la necesidad de soluciones en estas zonas por parte de la comunidad y el gobierno. A pesar de no ser una de las localidades con mayor proporción, en la localidad de Fontibón se realiza un proyecto en el que tiene como objetivo Dar a conocer, desde la perspectiva de las personas con discapacidad y cuidadores, las barreras y facilitadores que intervienen en la accesibilidad en la localidad de Fontibón, utilizando conceptos y principios de los Sistemas de Información Geográfica Participativos.^[42]

El concepto accesibilidad se refiere a la utilización efectiva de los espacios, contemplando la movilidad, seguridad, la comunicación y la obtención de información necesaria para aprovechar el espacio construido en igualdad de condiciones. Al igual involucra la accesibilidad a la educación, salud, trabajo y recreación. Este proyecto buscaba la participación de la comunidad, por lo que se desarrollaron talleres que involucraron a la comunidad a que ellos mismos describieran su percepción acerca de la movilidad en la localidad, zonas de difícil acceso, y otras problemáticas.

En el rol de cuidadores y familia de personas en situación de discapacidad, se encuentra documentación de artículos investigativos que evidencian el trabajo

con la comunidad; entre ellos un trabajo que involucra a las personas en discapacidad y su familia para que ello determinen los temas en los que ellos desearían recibir una formación ya que crean necesarios para asumir el proceso de la discapacidad. El estudio tiene como objetivo desarrollar y evaluar, junto con la comunidad, la percepción del programa fundamentado en un modelo socio ecológico, con el fin de promover la inclusión social de las personas en situación de discapacidad y sus familias residentes en una comunidad del municipio de Chía en Colombia, desde el desarrollo personal, familiar y comunitario. ^[43]

Otro proceso que involucra la RBC es el cuidado; que es el arte de brindar bienestar al otro y a sí mismo. Este proceso requiere de paciencia, vocación, atención y conocimiento; por lo que es necesario que el cuidador se encuentre en un bienestar físico, mental, emocional y espiritual. Si la persona no se encuentra en equilibrio en las esferas nombradas, seguramente no aportará lo mejor de sí en su labor, lo que provocaría un estancamiento en el proceso de curación y de la adaptación, generando ambientes de conflicto. A partir de ello se ha creado la intervención “cuidando a cuidadores” que es un espacio de apoyo y respiro donde el cuidador dispone de su tiempo de descanso y esparcimiento que lo saca de la rutina del cuidado y promueve estados de bienestar mediante actividades complementarias de relajación, desarrollo personal, autocuidado y esparcimiento.

Este proyecto responde a los planteamientos de la RBC y ha sido considerada como una acción de formación, debido a que Incluye actividades de formación en el ejercicio de los derechos, en discapacidad, en técnicas para el cuidado de la persona con discapacidad y en el manejo de estrés. También se realizan sesiones orientadas al desarrollo personal y proyecto de vida. Y la participación en grupos, organizaciones y redes sociales. ^[44]

La RBC es un proceso multisectorial que involucra a todos y requiere del apoyo de profesionales en diversas áreas para abordar las necesidades colectivas que afectan y repercuten en la persona siendo un sistema articulado de muchas partes y de diferentes aspectos físicos, mentales, espirituales y emocionales; por lo que debe ser tratado y valorado holísticamente. La RBC permite ese abordaje y brinda mejores resultados, ya que involucra no solo a la persona en discapacidad, sino a todo su entorno (familia, comunidad, entidades públicas y privadas, y organizaciones y el territorio físico), permitiendo la inclusión, participación y sostenibilidad.

5.3.4. AUTOGESTIÓN

La última estrategia que se contemplara del plan decenal de salud pública es fomentar la autogestión, que es actuar y gestionar por sí mismo algún proyecto o plan. La autogestión, según Brivio Borja, es un proceso mediante el cual se desarrolla la capacidad individual o de un grupo para identificar los intereses o necesidades básicas que son propios y que a través de una organización permitiendo defenderse expresándose con efectividad en la práctica cotidiana, basándose en una conducción autónoma y en una coordinación con los intereses y acciones de otros grupos. Este concepto por supuesto lleva implícito la planificación, democracia participativa y desarrollo sustentable.^[45]

Otro concepto más empresarial brindado por Ferreyra y Bacile es que la autogestión es una posición social de los sujetos frente al proceso productivo y los medios de producción, donde la empresa y la economía están dirigidas directamente por sus trabajadores, destacando la participación de la totalidad de los miembros en la dirección, administración y toma de decisiones; esto no cambia los objetivos de eficiencia y eficacia, lo que cambia es el régimen por el cual se pretende alcanzarlos.^[46]

Este proceso de autogestión y sostenibilidad es una herramienta que permite ser autónomos y productivos dentro del desarrollo colectivo de los individuos. La comunidad forma parte activa en este proceso, lo que es necesario definir la autogestión comunitaria, como el canal a través del cual el potencial infinito inherente del ser humano se encauza hacia el logro de una vida digna a través de mejorar la calidad de vida de cada uno de los moradores, de acuerdo a sus propios objetivos, metas y con el apoyo solidario de sus semejantes.^[47] Reflejando en la comunidad un proceso de desarrollo que disminuiría de cierta manera la pobreza y la mirada fatalista del estancamiento económico y productivo para el progreso colectivo.

En discapacidad, la autogestión es un proceso incluido en la RBC; debido a que se busca realizar un trabajo colectivo en la comunidad que genere un impacto social por medio de la participación, la inclusión social y la autogestión, abordando su contexto social, legal y político en la creación de proyectos, la implementación de programas en los esquemas de salud, educación, recreación y trabajo; Y la participación en organizaciones sociales nacionales e internacionales como públicas y privadas. Generando un marco de desarrollo estructural y sostenible en los proyectos y programas creados con la participación de todos los integrantes en la organización, administración y toma de decisiones.

La comunidad puede guiar todos sus proyectos sociales, como no sociales hacia la búsqueda de la autogestión; para que sean ellos mismos los autores de los programas al tener mayor conocimiento de sus necesidades, generando alternativas que no dañen a ninguno de los miembros de la comunidad y que promuevan la participación de todos, en la planeación y ejecución de los procesos.

Finalmente, todas las líneas de acción nombradas anteriormente, realizan un trabajo conjunto; ya que para poder generar cualquier programa se debe conocer la población a tratar; las necesidades, los factores negativos y positivos. Luego teniendo en cuenta el diagnóstico situacional basado en la caracterización de la población, se puede generar un programa de acción que brinde solución a los problemas identificados; este programa debe promover la articulación de todos los entes involucrados (RBC), en los que todos los protagonistas e integrantes articulen sus opiniones, aportes, y trabajo; generando la autogestión comunitaria.

5.4. PANORAMA DE LA DISCAPACIDAD EN CHÍA.

Chía es un municipio perteneciente al departamento de Cundinamarca. El cual guía su estructura organizacional y planes de gobierno actualmente bajo el Plan de desarrollo municipal 2012-2015 establecido por el actual alcalde Guillermo Varela Romero y su gabinete de trabajo; en el cual se debe destacar a la Secretaría de desarrollo Social, que contiene el programa de discapacidad de Chía.

El plan de desarrollo municipal de Chía se guía bajo los parámetros de los objetivos del milenio estipulados por la Organización de las naciones unidas (ONU), en la cumbre mundial de desarrollo sostenible realizada el 12 de septiembre del 2002, en la que los objetivos han sido concebidos específicamente para *responder a las necesidades de los habitantes más pobres y de las poblaciones marginadas del planeta.*^[48] Sin embargo, los objetivos del milenio no incluyen la discapacidad como una necesidad de la población pobre y marginada. Según una publicación del banco mundial, Más de 400 millones de personas, aproximadamente el 10% de la población mundial, viven con alguna forma de discapacidad en los países en desarrollo y como resultado de ello, muchas se ven excluidas del lugar que les corresponde dentro de sus propias comunidades. Imposibilitadas de desempeñarse en trabajos con sueldos dignos y excluidos de

los procesos políticos, las personas discapacitadas, tienden a ser las más pobres entre los pobres dentro de una población mundial de 1,3 mil millones de personas que subsisten con menos de un dólar diario.^[49]

Esto evidencia que la discapacidad es un proceso que promueve y se involucra la pobreza; la mayoría de la población en discapacidad vive en condiciones de pobreza extrema que alteran su calidad de vida y generan condiciones excluyentes y deplorables. Esta población también es excluida en la vida social y económica a la hora de conseguir un trabajo y en la inclusión educativa debido al requerimiento específico de su condición.

El ingreso económico es necesario para la subsistencia del ser humano en una sociedad, porque permite el desarrollo pleno de las necesidades básicas (alimentación, vivienda, vestido, educación) para llevar una calidad de vida adecuada para ellos y su familia. Por ello atender la condición de discapacidad debe hacer parte de los objetivos del milenio ya que es un proceso que se encuentra entrelazado con la pobreza; problema que afecta fuertemente al desarrollo sostenible, sanitario y social de los países.

Retomando, el plan de desarrollo de Chía, maneja la discapacidad por grupos de edad (infancia y adolescencia, adulto y adulto mayor) clasificando los programas para el determinado según el grupo vital en que se encuentren.

En infancia y adolescencia la atención de personas en situación de discapacidad se realiza por medio del arte, en el que 56 niños y niñas con severos problemas de aprendizaje y discapacidad física demuestran la capacidad y creatividad en torno a la música, la pintura, los títeres, el teatro y las danzas para mejorar su calidad de vida. También se observa en el plan de desarrollo los convenios con la fundación ICAL, institución de atención especializada, donde se vincularon 42 niños. Además la implementación de programas en el Centro de Vida Sensorial para todos los grupos etarios (230 beneficiarios en el 2010), Programas Gotitas de Amor; que atendió a 20 niños beneficiarios en el mismo año y el Programa Sueños de Bienestar la Chavela, que incluye los siguientes componentes: Productivo, Educativo, Asistencial, Deporte y recreación, Sociocultural, Taller de oportunidades artísticas, Terapias Alternativas (Hipo terapia y Equino terapia, Cano terapia, Neurofeedback) desarrollo Empresarial, Sensibilización musical, Taller de convivencia pacífica, Servicio de transporte y Complemento alimentario.^[50]

El programa de discapacidad de Chía ha establecido más convenios con otras instituciones de atención especial para personas con discapacidad que no se

encuentran documentados en el plan de desarrollo pero en voz de su Coordinadora Andrea Quecan se encuentran establecidos.

A pesar de la creciente oferta de convenios; la demanda por parte de la población discapacitada es todavía mayor a los programas; lo que quiere decir que gran parte de esta población no goza de las garantías que ofrece la alcaldía de Chía en sus programas de gobierno. Esto evidencia la necesidad de la creación e implementación de programas y proyectos que apoyen al desarrollo de las personas en discapacidad y su comunidad.

Como se ha visto anteriormente, Colombia goza de una amplia legislación en discapacidad que promueve la creación de proyectos y programas para ellos; además de la estandarización de estrategias en el plan decenal de salud pública 2012-2012 para la mitigación y manejo de las personas en discapacidad. En la revisión de proyectos y programas vigentes en Chía para la discapacidad, se evidenció la carencia de la estrategia RBC dentro de su fundamentación. Se considera que el plan de desarrollo de Chía debería incluir la proyección social hacia la creación de programas y proyectos que involucren la RBC, para propiciar la inclusión social y la autogestión y el empoderamiento de su contexto y cobijar así a la mayoría y/o la totalidad de la población en situación de discapacidad .

5.5. PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA DISCAPACIDAD

El papel de la enfermería ante la discapacidad es un tema impreciso, dado que no es claro el rol que desempeña ni el impacto que genera ante la intervención de las variables correspondientes. La enfermería ha tenido ausencia en diversos ámbitos sociales y ha centrado sus esfuerzos en los ámbitos clínicos, dándole relevancia a las condiciones crónicas de las enfermedades.

El aumento de control de calidad en la atención, los altos estándares de calidad que requieren las instituciones hospitalarias para acreditarse y los últimos fallos judiciales que han aprobado todo tipo de normativa para dar cumplimiento a los derechos internacionales y nacionales de las personas en situación de discapacidad, han generado que se mejore la atención en salud de esta población; desafortunadamente la conciencia social y profesional no ha alcanzado para que como seres pertenecientes de una misma comunidad se logre entender la importancia de la igualdad en todos los ámbitos del ser humano.

El cambio en el paradigma social con respecto a la discapacidad ha generado que se dé una mirada de apoyo a la población en situación de discapacidad, a través de la articulación del trabajo de entidades y organizaciones estatales e independientes, con el fin de proponer estrategias para el mejoramiento en la calidad de vida de esta población. Sin embargo es necesario reconocer la ausencia de los profesionales de enfermería en los diferentes aspectos que influyen en esta condición.

El principio fundamental de la enfermería es el cuidado, un cuidado que se ha estigmatizado y se ha moldeado a la atención del enfermo, un enfermo institucionalizado y en una condición crítica; sin embargo es necesario entender que el cuidado se extiende a los ambientes extra hospitalarios, llegando a tener un mayor impacto en los pacientes. El cuidado debe brindarse con el fin de generar un bien y satisfacer unas necesidades específicas de la persona vulnerada, debe generar valores culturales que conlleven a la erradicación de la discriminación y debe enaltecer las dimensiones humanas de cada uno de los pacientes que no se limitan a ser un solo cuerpo que se mueve por fuerzas gravitacionales, sino que conlleva consigo un mundo interior.

Todo esto para decir que la enfermería debe influir desde la instancia más alta a nivel estatal hasta la que se llegase a considerar la de menor relevancia, empezando por la participación en la creación de políticas nacionales e internacionales a través la mirada integradora y analítica que tienen los profesionales de enfermería, en la modificación de planes curriculares de la educación formal y universitaria para formar profesionales con proyección y compromiso social, en el liderazgo y asesoramiento de proyectos de salud pública en donde se fortalezca la prevención de enfermedades incapacitantes, o la recaída de enfermedades crónicas.

La condición de la discapacidad ha existido desde la aparición del ser humano; y esta es definida como la alteración o dificultad de ciertas funciones del cuerpo, ya sean físicas, cognitivas, sensoriales o multisensoriales, que pueden alterar la vida de las personas en gran medida afectando la autopercepción, función de rol, autonomía, el desarrollo personal y otras funciones. Debido a ello, estas personas deben tener una atención profesional por parte de un grupo intersectorial e interdisciplinar que guíe, construya y transforme el entorno mejorando la condición de vida de las personas en condición de discapacidad.

Dentro del grupo interdisciplinar se encuentra enfermería, que aborda la discapacidad en todos los ciclos vitales, en condición de dependencia, en gestión de proyectos, atención de salud, rehabilitación y apoyo en crisis. La profesión de

enfermería cobra un papel importante dentro del proceso de los seres vivos en las sociedades, debió a que es una profesión que se involucra en el proceso de la vida, la enfermedad, y el bienestar de las personas; fundamentando el conocimiento dentro del marco científico y práctico para realizar su principal función: el arte de cuidar. Esta profesión abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. ^[51]

La acción de enfermería es vinculada principalmente a la atención en salud en los hospitales, clínicas e instituciones de rehabilitación física, promoviendo la adaptación de las personas en condición de discapacidad. Otro campo de acción de las enfermeras y enfermeros se encuentra en la salud pública, que involucra además del manejo asistencial, el manejo de la normativa, economía, política, gestión de proyectos y todo lo necesario en base a dar soluciones a las necesidades del país.

Cada vez más, los enfermeros u otros profesionales son llamados a trabajar en salud pública; contando enfermería con un amplio conocimiento en diversas áreas: fisiológico, gerencial, administrativo y atención a la persona. Generando buenos resultados.

La salud pública aborda la discapacidad; que es contemplado en el plan decenal 2012-2021 y en algunos programas de desarrollo municipales en Colombia. Varios de los programas son gestionados desde los entes internacionales como la OMS, OPS, ONU y otras organizaciones, brindando apoyo, asesoría y seguimiento a los programas y proyectos creados.

Dentro de la creación de proyectos en discapacidad y otros, los enfermeros y enfermeras participan activamente en la planificación, administración, gestión y seguimiento; debido a que cuentan con los conocimientos necesarios y el empoderamiento para hacerlo.

Enfermería ha estado ligada a la creación de proyectos con la estrategia de RBC a nivel mundial establecida por la OMS para la discapacidad; además de proyectos de autogestión, inclusión social y participación activa de las personas en discapacidad, su familia y las entidades públicas y privadas.

La enfermería aporta tanto a la discapacidad como la discapacidad aporta a la profesión de enfermería y desde el campo de salud pública los enfermeros crean y gestionan proyectos de impacto social que beneficia a toda la comunidad,

trabajando conjunto a un grupo interdisciplinario. Los enfermeros cuentan con el conocimiento intersectorial y con el perfil humano para hacer posible esto.

Es claro que el campo de acción de enfermería es muy amplio y que aunque se hable del impacto de la profesión en la población discapacitada el trabajo que se debe hacer para lograr el verdadero reconocimiento es arduo, un buen punto de partida es enfocarse en crear nuevas investigaciones que le aporten a las personas en situación de discapacidad, a nivel de publicaciones, enfermería es una de las profesiones que refleja menor cantidad de artículos de investigación; lo que sigue generando datos inequívocos, poblaciones y tasas estimadas, programas que no impactan la población vulnerable y metas que no se sabrán si verdaderamente se cumplieron. Enfermería como profesión aún se encuentra en deuda con la población en situación de discapacidad y es hora de empezar a saldar cuentas. ^[52]

6. PROPÓSITOS O METAS

Metas de procesos

Desde marzo 10 al 7 de mayo, el proyecto de autogestión: agentes comunitarios de salud, una mirada de apoyo a las personas en situación de discapacidad propone crear un grupo de personas de la comunidad que deseen participar y estén comprometidas con el proyecto para recibir una capacitación no formal de 30 horas los lunes miércoles de 3 pm a 5 pm, acerca de temas de interés sobre la discapacidad, buscando la integración y concientización de la comunidad con la población en situación de discapacidad

Metas de resultados

Entre abril y mayo, conseguir una asistencia superior al 50% de los inscritos al programa

Durante abril y mayo, cumplir con la ejecución del 100% de la capacitación establecida en los 15 módulos del programa.

Durante mayo y junio certificar al 51% de los participantes al proyecto.

En mayo conseguir el 80% de satisfacción positiva de los participantes en el proyecto

7. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

7.1. POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

El proyecto de autogestión: Agentes comunitarios de salud, una mirada de apoyo a las personas en situación de discapacidad; va dirigido a la atención y apoyo en casa a toda la población en situación de discapacidad del municipio de Chía. Sin embargo como grupo piloto se toma la vereda de Bojacá, del municipio de Chía, dado que esta vereda ya cuenta con una caracterización de personas en situación de discapacidad a través del formato de registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad.

Esta caracterización permite identificar una población total de 45 personas, el grupo etario que prevalece se encuentra entre los 15 y los 44 años de edad con un 58%; esta es la edad que se considera de mayor productividad tanto a nivel económico como social, cultural y familiar. La distribución por género no demuestra una diferencia significativa siendo del 53% mujeres y el 47% hombres. Un alto porcentaje de esta población se encuentra afiliada al régimen subsidiado de salud (sisben) y no se encuentran vinculados ningún programa de la alcaldía. El 80% de la población pertenece al estrato socioeconómico número dos, tienen acceso a los servicios públicos básicos en su gran mayoría, contando con luz, agua, gas, telefonía, alcantarillado y basuras. La principal afección por la situación de discapacidad que prevalece en esta población es la del sistema nervioso, lo que les dificulta el desarrollo de las habilidades cognitivas y el movimiento de las extremidades. El diagnóstico de salud predominante es el retraso mental tanto leve como moderado y severo. Las principales causas de discapacidad que se pueden identificar en esta población son enfermedad general, estado de la madre durante el embarazo y complicaciones durante el parto.

Es bajo el porcentaje de personas que asisten a un programa o a terapias de rehabilitación debido a que los centros de salud correspondientes quedan muy retirados de la vivienda, los medios económicos no permiten que se desplacen hasta los centros y que algunas personas no tienen un acompañante que los pueda llevar a la realización de dichas actividades. El 49% de las personas en situación de discapacidad requieren de un acompañante o cuidador para la realización de las actividades diarias básicas que en la mayoría de los casos es un familiar el que realiza el apoyo en casa.

A nivel de educación se evidencia que el 53% de la población en situación de discapacidad no sabe leer ni escribir, por lo tanto el nivel de escolaridad que predomina en esta población es ninguno, coincidiendo en que no asisten a ningún centro educativo; este nivel de ausencia educativa se debe a que consideran que por la discapacidad no pueden estudiar o que no están en edad de hacerlo.

El mayor porcentaje de personas en situación de discapacidad se encuentran, sin trabajo y sin pensión, solo el 27% de la población cuenta con un ingreso económico predominando el rango menor o igual a 500.000 pesos mensuales.

7.2. AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

Las personas que conforman el grupo de agentes comunitarios de salud, son personas pertenecientes a la comunidad de la vereda de Bojacá en el municipio de Chía. Algunos pertenecen a grupos parroquiales como animadores de la comunidad y ministros de eucaristía, de la Iglesia Nuestra Señora de la Salud; estas son personas que se encuentran comprometidas con su comunidad y que buscan apoyar los proyectos sociales que les permita dar respuesta a las múltiples necesidades que se presentan en su propia comunidad.

El 98% de los agentes son de género femenino, El rango de edad que predomina es entre los 47 y 57 años con un 36% y entre los 36 y 46 años con un 23%. En su mayoría son amas de casa o empleadas, casadas, se evidencia que el estrato socioeconómico que predomina es el 2 con una seguridad social contributiva principalmente y un nivel de escolaridad de secundaria con un 36%. El 20% de los agentes son cuidadores de personas en situación de discapacidad y otro 20% tienen en su familia una persona con discapacidad.

8. ESTRATEGIAS DE DESARROLLO

El proyecto de Agentes comunitarios de salud, ha implementado una serie de estrategias complementarias que permiten llevar a cabo las actividades estipuladas en el proceso de planeación y a través de las cuales se dará cumplimiento a los objetivos planteados en el mismo. Las estrategias se muestran según la etapa del proceso en la que se realizan.

8.1. ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS

- Caracterización de la población (diagnóstico de salud): A través de la utilización de los 45 formatos de registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad que la secretaría de desarrollo Social tiene de la caracterización de esta población en la vereda de Bojacá.
- Identificación y priorización de necesidades: Análisis de la información recolectada de los formatos de caracterización e identificación de las principales necesidades de esta población.
- Investigación de programas y/o proyectos ya existentes para esta comunidad: A través de la secretaría de desarrollo social, se conoció el programa para personas en situación de discapacidad y los alcances que han tenido con esta población.
- Socialización del proyecto: Reunión con líderes religiosos y con líderes de la junta de acción comunal de la vereda, a quienes se les socializó los objetivos del proyecto y se les concientizó de la importancia de su vinculación y participación en el desarrollo del proyecto.
- Vinculación de líderes comunitarios y autoridades competentes: A partir de la socialización del proyecto los líderes comunitarios se vinculan al proyecto y se generan diferentes estrategias para cumplir los objetivos del mismo
- Convocatoria masiva: Elaboración de volantes de invitación (100 volantes personales y 30 volantes carta) por medio de los cuales se incentivó a la comunidad en general a participar en el programa de capacitación de agentes comunitarios de salud; además de la utilización de los espacios religiosos como anuncios parroquiales al finalizar las eucaristías, los folletos eucarísticos y la asistencia a las reuniones de los grupos colaboradores de la iglesia (pastoral social y ministros de la eucarística)

8.2. ESTRATEGIAS DE PLANIFICACIÓN Y ELABORACIÓN

- Elaboración de ciclo PHVA: En este se elaboró toda la planeación, el actuar, la verificación y el ajuste de cada uno de los pasos para la realización del proyecto en la comunidad, así como las actividades que se realizarán durante la puesta en marcha de este proyecto.
- Planteamiento de módulos
 - Estrategias de capacitación: Para ello se analizaron las necesidades prioritarias del diagnóstico de salud de la comunidad de la vereda Bojacá, basados en esto, se plantearon unos temas específicos de salud, legislación y discapacidad con los cuales se busca darle soluciones a dichas necesidades y generar una fuente de apoyo a las personas en situación de discapacidad a través de la autogestión de la misma comunidad. Como del desarrollo de los módulos de capacitación, se implementaron unas estrategias que facilitan el proceso de aprendizaje y desarrollo del conocimiento de los agentes comunitarios; dentro de las cuales se encuentran:
 - Autogestión del aprendizaje: Estudio individual, Búsqueda y análisis de información (realización de un glosario).
 - Aprendizaje interactivo: Exposiciones del profesor, Conferencia de un experto, Visitas, cine foro, Debates.
 - Aprendizaje colaborativo: Solución de casos, Aprendizaje basado en problemas, Análisis y discusión en grupos, debates, trabajos manuales. Juegos de preguntas, Dinámicas grupales, Juegos de simulación, Lluvia de ideas.

8.3. ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN

- Visitas domiciliarias: Los agentes comunitario de salud realizarán una visita domiciliaria al finalizar los módulos de capacitación en la cual brindaran un cuidado básico a la personas en situación de discapacidad y a su familia a través de la identificación de

necesidades personales prioritarias y la aplicación de los conocimientos teórico-prácticos del programa de capacitación. Cada agente comunitario tendrá una o unas personas en situación de discapacidad a quienes deberá visitar periódicamente, la primera visita la realizarán acompañados de los líderes del programa (estudiante de enfermería de décimo semestre) para su correspondiente evaluación.

- Talleres teórico-prácticos: Durante el desarrollo de los módulos se tendrán talleres teórico-prácticos que se realizaran en el salón de clase y en el laboratorio de simulación de la Universidad de la Sabana.

8.4. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

- Formatos de evaluación escrita: Los formatos realizados para la evaluación de los conocimientos brindados durante los módulos, se aplicaran en el transcurso del desarrollo del programa de capacitación.
- Aplicación de listas de chequeo: Durante las visitas domiciliarias de acompañamiento se aplicarán unas listas de chequeo que se realizaron con el fin de identificar y medir el nivel de aplicación de los conocimientos adquiridos durante el programa de capacitación por parte de los agentes comunitarios de salud.

9. METODOLOGÍA

El proyecto de autogestión: agentes comunitarios en salud, una mirada de apoyo a las personas en situación de discapacidad, se realizará con base a la metodología acción participativa.

La acción participativa es una metodología que apunta a la producción de un conocimiento propositivo y transformador, mediante un proceso de debate, reflexión y construcción colectiva de saberes entre los diferentes actores de un territorio con el fin de lograr la transformación social. Este es un proceso que combina la teoría y la praxis, y que posibilita el aprendizaje, la toma de conciencia crítica de la población sobre su realidad, su empoderamiento, el esfuerzo y la ampliación de sus redes sociales, su movilización colectiva y su acción transformadora.^[53]

El municipio de Chía cuenta con diversidad de programas sociales, direccionados desde la alcaldía, entre ellos se encuentra el programa de discapacidad. Este programa cuenta con la caracterización de cierta población con discapacidad en Chía; Sin embargo, la población en situación de discapacidad sigue aumentando con el paso del tiempo y los programas no cuentan con los cupos necesarios para la inclusión mayoritaria a estos. Además, la carencia en la identificación y caracterización hace que se desconozca el número aproximado o total de las personas en situación de discapacidad en Chía.

La necesidad de conocer, identificar y caracterizar a esta población se hace visible ante el programa de Discapacidad de Chía, en el cual se vincula la facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana, y empiezan a implementar en la vereda de Bojacá el formato del DANE para la caracterización de las personas en situación de discapacidad. Con esta información recopilada se realizó un diagnóstico de la población con Discapacidad de la vereda de Bojacá, en el cual se identifican grandes necesidades.

Generar el diagnóstico de la comunidad, creó la necesidad de dar solución a una problemática social que viven las personas en situación de discapacidad; Lo que llevó a un desafío mayor; la creación de un programa de gran cobertura para población en el cual alcance los recursos humanos y económicos para abordar la problemática vista. Esta necesidad dio apertura al programa de autogestión: una mira de apoyo a la población en situación de discapacidad.

El proyecto de autogestión bajo su metodología de acción participativa, tiene una mirada social y académica que involucra a la población de Chía, en la que se quiere generar un impacto de concientización, inclusión social y apoyo a las personas en situación de discapacidad de Chía por medio de la formación de agentes comunitarios en salud.

La vinculación al programa para ser un agente comunitario se realizó por medio de la parroquia Nuestra señora de la Salud, posters y volantes que se divulgaron por toda la vereda de Bojacá. El requisito para ser incluido en el grupo es estar comprometido en apoyar a las personas en situación de discapacidad de Chía, cumplir con el reglamento generado y el cupo máximo fue de 31 personas.

Teniendo a la población, se da inicio a la educación no formal, que consiste en 15 módulos, cada uno de 2 horas, completando un total de 30 horas, en la que se resume el conocimiento y las herramientas básicas para que estas personas que desean ser agentes comunitarios en salud, aprendan a identificar y puedan dar solución a una problemática que vive la persona en situación de discapacidad. Luego, se realizará una evaluación de lo aprendido, por medio de una visita domiciliaria y una encuesta de satisfacción a una persona que tenga algún tipo de discapacidad, preferiblemente sea dependiente en su cuidado y no esté vinculado al programa de discapacidad de Chía.

Los agentes comunitarios en salud, además de brindar un apoyo y seguimiento a la población mencionada; también tienen el deber de direccionar a estas personas al programa de discapacidad de la Secretaría de desarrollo social de Chía para que sean caracterizadas y puedan disfrutar las garantías que ofrece el programa.

Al finalizar de la formación de los agentes comunitarios, ellos recibirán un formato en el cual evalúen el programa, la educación brindada, el contenido de los módulos, las horas determinadas y a las personas las personas que brindaron la educación. Con el fin de realizar los ajustes pertinentes al programa y seguir formando agentes comunitarios en salud para apoyar a las personas discapacitadas.

Como retribución a esta gran labor, la facultad de enfermería de la universidad de la Sabana con sus estudiantes Steffany Villate, Laura Sánchez y su docente Blanca Cecilia Venegas. Certificarán a los participantes que cumplan con el reglamento, la asistencia y los requisitos para graduarse del programa agentes comunitarios en salud.

10. RÉGIMEN OPERACIONAL

El desarrollo de cada una de las estrategias implementadas para el desarrollo del proyecto de Agentes Comunitarios de Salud, se da a través de un trabajo articulado entre los organizadores del proyecto, la Universidad de la Sabana, La parroquia Nuestra Señora de la Salud y la Secretaría de Desarrollo Social en conjunto con la Alcaldía municipal de Chía; cada uno de los entes participantes tiene un impacto importante en el desarrollo del proyecto gracias al compromiso y la entrega que cada uno ha tenido durante la realización de las diferentes actividades.

El proyecto de Agentes comunitarios de Salud se encuentra ligado al programa de discapacidad de la Secretaría de Desarrollo Social de Chía, debido a que como parte de los objetivos del mismo se encuentra el fortalecimiento de la vinculación de las personas en situación de discapacidad al proyecto que la alcaldía le ofrece a su comunidad, además el impacto del actual proyecto busca favorecer a la población en situación de discapacidad y brindarle un apoyo básico en casa o en su entorno en general, por lo cual cuenta con el apoyo del personal de la Secretaría en el desarrollo de las actividades y del seguimiento a los Agentes comunitarios de Salud.

10.1. ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS

El inicio de la fase del diagnóstico de salud de la comunidad inicia a partir del conocimiento de las políticas y los lineamientos del programa de discapacidad del municipio de Chía con los cuales se busca identificar la proyección que tiene el programa, los alcances, la población impactada y las rutas algorítmicas de vinculación y funcionamiento del mismo, estos documentos aún se encuentran en construcción por lo cual no se cuenta con una versión final; la secretaria de desarrollo social cuenta con 206 personas en situación de discapacidad vinculadas al programa municipal y que cuentan con los beneficios del mismo. Estas personas fueron caracterizadas del a través de los formatos de registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, desde el años 2012 hasta la fecha, estas personas han sido caracterizadas debido a que han asistido a la Secretaría de Desarrollo Social en busca de los beneficios del programa.

El perfil epidemiológico de Chía del año 2005 estima que se tiene una población promedio de 700 personas en situación de discapacidad, datos obtenidos del último censo del año 2005 realizado por el DANE; no se conoce un dato exacto del número total de esta población ni su distribución según las veredas del municipio.

Durante la revisión de los formatos de caracterización se identificó que en la vereda Bojacá ya se había realizado una caracterización de la población en situación de discapacidad en el año 2012 de la cual se identificaron 45 personas en esta condición. Basados en esta información se creó una base de datos donde se contemplaron variables relacionadas con información personal, educación, salud, aspectos relevantes de la discapacidad, economía y localización y vivienda; por medio de las cuales se realizó el diagnóstico de salud, el cual arrojó unas necesidades puntuales con respecto a la población en situación de discapacidad caracterizada en esta vereda.

10.2. ESTRATEGIAS DE PLANIFICACIÓN

Con las necesidades identificadas se plantearon unos temas específicos para el programa de capacitación de agentes comunitarios de salud, de tal forma que con ellos se pueda dar un apoyo al mejoramiento de dichas necesidades y empoderar esta comunidad en situación de discapacidad con el fin de incentivarla y apoyarla para que sea autosuficiente y de mayor productividad para la sociedad. Se creó un programa de educación no formal en el cual se planearon las diferentes estrategias que se implementaran para el desarrollo de cada tema, los materiales y las actividades a realizar por clase de tal forma que se logre abarcar el total de las temáticas planteadas en el tiempo estipulado como se muestra en el siguiente cuadro.



Universidad de
La Sabana

**PROYECTO DE AUTOGESTIÓN: AGENTES COMUNITARIOS DE
SALUD, UNA MIRADA DE APOYO A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN
DE DISCAPACIDAD**

CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

Universidad de la sabana
Steffany Villate soto - Laura Camila Sánchez Rodríguez
Facultad de enfermería y rehabilitación
Vereda Bojacá
Municipio Chía

DIA	HORA	RESPONSABLE	SEMANA	NOMBRE DEL MÓDULO	TEMA	METODOLOGÍA	HERRAMIENTAS A USAR
Lunes 10 de marzo	3pm a 5pm	Steffany Villate y Laura Sánchez	SEMANA 0	Introducción	Descripción general del curso de capacitación de agentes comunitarios de salud	Socialización del plan de trabajo, módulos y reglas del programa.	Documentos del programa
Miercoles 12 de marzo	3pm a 5pm	Laura Sánchez y Steffany Villate	SEMANA 1	Módulo 1: "Sintiendo la discapacidad"	¿Qué es la discapacidad?	Actividad lúdica de aprende a sentir la discapacidad: En la que el grupo vivencia lo que sienten las personas en situación de discapacidad, por medio de diferentes actividades que buscan recrear la	vendas, parces para los ojos, bufandas, lentes, frijoles, trabalenguas, tapones para los oídos, cuentos,

						discapacidad física, cognitiva, sensorial y multisensorial.	palabras en alemán.
					La discapacidad física, cognitiva, sensorial y multisensorial	Elaboración de collages con imágenes que representen lo que piensan acerca de la discapacidad cada integrante del grupo y resumen general del tema	Hojas blancas, periodico, revistas, colbon y tijeras. Se entrega resumen de la discapacidad al grupo.
Lunes 17 de marzo	3pm a 5pm	Steffany Villate, Laura Sánchez y Andrea Quecan	SEMANA 2	Módulo 2: "Lo que debes saber de los derechos en discapacidad "	Derechos y deberes de las personas en situación de discapacidad	Realización de carteles en donde se combinan los derechos y deberes, con los cuales el grupo debe separarlos definiendo porque es un derecho o un deber y que significa para ellos.	Hojas, marcadores, cinta, tablero. Se entrega un resumen sobre los derechos y deberes para afianzar los conocimientos de los integrantes
					Ruta de vinculación al programa de discapacidad de la Secretaría de desarrollo social	Presentación de las rutas de vinculación estipuladas por la Secretaría de Integración del municipio de Chia a al programa de discapacidad a cargo	Proyector, computador, parlantes, hojas de preguntas.

						de Andrea Quecan, encargada del programa de discapacidad.	
Miercoles 19 de marzo	3pm a 5pm	Laura Sánchez y Steffany Villate	SEMANA 3	Módulo 3: "Como tratar a una persona con discapacidad"	¿Qué debo hacer y que no debo hacer cuando me encuentro, conozco o vivo una situación embarazosa con una persona con discapacidad física, cognitiva, sensorial y multisensorial?	Exponer diferentes situaciones que involucren a las personas con discapacidad y la comunidad en las que deban tomar la decisión más acorde. Estas situaciones saldrán a la azar, luego se reflexionará sobre si fue correcta o no la opción que la persona escogió, brindando una retroalimentación.	cartulina, cinta, tarjetas de situaciones, colchon, tijeras, tablero y marcadores
Miercoles 26 de marzo	3pm a 5pm	Steffany Villate y Laura Sánchez	SEMANA 4	Módulo 4: "Conociendo las leyes en discapacidad y los instrumentos jurídicos"	Ley 1618/2013, ley 1346/2009, ley 2177/1989, ley 762/2002, ley 1287/2009, Plan decenal de salud pública	Clarificación de ideas: a través de la interpretación de una imagen relacionada con el tema central de la ley o normativa que se nombra	Papel periódico, papel iris, marcadores, recortes. Se brinda un resumen para afianzar los conocimientos

		Abogado David Pulido			Derecho de petición, Tutela y concesion de derechos	Explicar que es, como realiza y en que casos aplica un derecho de peticion, una tutela y la concesion de derechos.	marcadores ,tablero. Se brinda un resumen para afianzar los conocimientos
Lunes 31 de marzo	3pm a 5pm	Laura Sánchez y Steffany Villate	SEMANA 5	Módulo 5: "Empoderamiento de personas en situación de discapacidad"	Autonomia y autodeterminación, incremento de la productividad, relaciones sociales, calidad de vida, estrategias reactivas	Implementacion de un caso clinico sobre discapacidad cognitiva, en el cual tendran que aplicar formar o generar autonomia, independencia, calidad de vida	Caso clinico, papel, marcadores, tablero, cinta
					Juego de repado y retroalimentación de todos los temas vistos hasta este modulo	Realización de un juego en el que los integrantes haran grupos para responder las preguntas. Estas estan basadas en todos los temas vistos y contarán con penitencias.	

Miercoles 2 de abril	3pm a 5pm	Steffany Villate y Laura Sánchez	SEMANA 6	Módulo 6: "Recomendaciones de aseo general en las personas en situación de discapacidad "	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones generales antes de iniciar el aseo • Aseo completo en cama • Baño del cabello en cama Cuidado de las mucosas: higiene de los ojos, higiene de las fosas nasales, higiene de los oídos, higiene de la boca. • Cuidado de manos y pies. • Normas básicas de aseo en genitales. • Colocación de pañal en cama • Prevención de la pañalitis. 	Por medio de una presentación se mostraran los videos educativos en los que se ilustra como deben hacerse los procedimientos anteriormente mencionados. Luego se enseñara de manera practica como colocar el pañal en cama.	computador, proyector, marcadores, tablero, muñeco, pañal, toalla.
----------------------	-----------	----------------------------------	----------	---	---	---	--

Lunes 7 de abril	3pm a 5pm	Laura Sánchez y Steffany Villate	SEMANA 7	Módulo 7: "Comodidad, confort y cuidados de la piel"	Cuidados de la piel y prevención de la zonas de presión; definición de piel, zonas de presión y ulceras de presión; Importancia de la hidratación y de los cambios de posición; Cambios de posición; Técnicas de movilización ; Uso de elementos protectores	Clase teórico-práctica, ellos mismos serán las personas que realicen la movilización	Videobin, computador, crema, almohadas, camilla, hojas, marcadores
Miércoles 9 de abril	3pm a 5pm	Laura Sánchez y Steffany Villate	SEMANA 8	Módulo 8: "Aprendiendo mis signos vitales"	Que son los signos vitales: Tensión arterial, frecuencia cardiaca, puntos de identificación del pulso, frecuencia respiratoria y temperatura.	Taller teórico práctico de toma de signos vitales	Tensiómetro, fonendoscopio, termómetro, reloj con segundero
Lunes 21 de abril	3pm a 5pm	Steffany Villate y Laura Sánchez	SEMANA 9	Módulo 9: "Nutrición saludable"	Grupos alimenticios, recomendaciones nutricionales (frecuencias, porciones, consistencias y alimentos	Explicación del tren nutricional; seguido se aplicara el formato FANTASTICO, que evalúa el estilo de vida de la persona; y luego, se realizara un ejercicio de formación de minutas	Hojas de papel, marcadores

					recomendados y alimentos restringidos)	alimenticias según condición de la persona.	
Miércoles 23 de abril	3pm a 5pm	Laura Sánchez y Steffany Villate	SEMANA 10	Módulo 10: "Creando medicamentos en casa"	Medicamentos herbáticos, remedios caseros y automedicación	Indagación en remedios caseros en los que el grupo participara, definición de naturopatía, definición de automedicación: los aspectos positivos y los negativos.	Hierbas aromáticas, utensilios de cocina, agua, productos de cocina
Lunes 28 de abril	3pm a 5pm	Laura Sánchez y Steffany Villate	SEMANA 11	Módulo 11: "Atención en crisis"	Que es crisis, etapas de la crisis, intervención en crisis.	Realizaremos un cine foro en donde se pondrá una película alusiva al tema y partiendo de unas preguntas se realizara una discusión grupal.	Computador, copias, hojas blancas, esferos y video inc.
Miércoles 30 de abril	3pm a 5pm	Steffany Villate y Laura Sánchez	SEMANA 12	Módulo 12: "Barreras de seguridad en pacientes en situación de discapacidad"	Identificación y eliminación de peligros en el hogar, medidas de protección en casa.	Ejercicio de una descripción de un caso en donde tendrán que identificar los riesgos y peligros e instaurar un plan de acción en el que se creen barreras de seguridad para los pacientes	Hojas, marcadores, papel bond

Lunes 5 de mayo	3pm a 5pm	Diana Angarita Fisioterap euta US	SEMANA 13	Módulo 13: "Movilidad, Uso de escaleras, andenes y espacios públicos con elementos ortésicos"	Manejo de silla de ruedas, muletas, bastón y como guiar a una persona en situación de discapacidad.	Taller teórico práctico en el cual se enseñaran las posturas adecuadas para hacer esfuerzo y luego las posturas adecuadas para movilizar a las personas en silla de ruedas, muletas y con bastón.	silla de ruedas, muletas, bastón
Miércoles 7 de mayo	3pm a 5pm	Blanca Cecilia Venegas, Enfermer a US	SEMANA 14	Módulo 14: " Los primeros auxilios"	Caídas, fracturas, perdida de la conciencia, atragantamiento, quemaduras y cortadas	Explicación magistral de la teoría sobre primeros auxilios, seguido de un taller teórico práctico	vendas, inmovilizadores , gasas, guantes, suero fisiológico, curas, apósitos, vaselina
Total	30 horas		15 semanas	FINALIZACIÓN DE LAS CAPACITACIONES			

Para el desarrollo de las capacitaciones se generó una reunión con los líderes religiosos de la Parroquia Nuestra Señora de la Salud, el Padre Ildelfonso Cruz Molina, Pbro. Y el vicario parroquial Ricardo Mauricio Cortes Alonso, Pbro.; con quienes se organizaron los horarios de desarrollo de las mismas en el Salón el Divino niño de la Parroquia, se determinó que el horarios sería los días Lunes y Miércoles de 3 a 5 pm. Por lo cual los 15 módulos establecidos iniciarían el lunes 10 de marzo y finalizarían el 7 de mayo del 2014 tiempo dentro del cual se realizaran sesiones teórico prácticas en el laboratorio de simulación de la Universidad de la Sabana.

Existen otras actividades que se realizaran como parte del desarrollo del programa de capacitación y son las visitas domiciliarias con acompañamiento, en donde cada uno de los agentes comunitarios de salud debe brindar un apoyo ante las necesidades individuales de la persona a quien se le realice la visita domiciliaria (persona en situación de discapacidad) y además se hará una sesión de socialización de unos cuadernillos de apoyo que cada uno de los agentes está realizando durante el transcurso del programa de capacitación. Estas actividades se realizarán en la semana del 12 al 16 de mayo. Posterior a esto se hará la clausura y entrega de certificados de Agentes comunitarios en Salud.

Al tener las fechas establecidas en la fase de planeación del ciclo PHVA, se realizó la visita al líder de la junta de acción comunal, a quien se le contó el objetivo del proyecto y se le invitó a vincularse para la convocatoria de los agentes comunitarios de salud ya que esta persona también hace parte del grupo de Ministros de la comunión (visitadores de enfermos); conjunto a esto se organizó la convocatoria al programa de capacitación por medio de unos volantes en los cuales se invitaba a la comunidad en general a vincularse a las capacitaciones y a brindarles un apoyo a las personas en situación de discapacidad. Se realizaron 30 posters y 100 volantes, (Imagen1), los cuales se repartieron por la vereda de Bojacá, puerta a puerta, los posters se colocaron en los lugares más visibles y visitaos de la vereda como las tiendas, misceláneas, panaderías, la iglesia, el parque central, los postes de luz y el salón comunal. Los líderes religiosos incluyeron el programa de capacitación dentro de los anuncios parroquiales que se socializan con la comunidad al finalizar cada una de las eucaristías, además de incluirlo dentro de las actividades programadas de la iglesia en el folleto litúrgico que se le da a la comunidad al iniciar la eucaristía dominical. (Imagen 2).



**AGENTES
COMUNITARIOS**

CONVIÉRTETE EN UN AGENTE COMUNITARIO DE SALUD

SE INVITA A LA COMUNIDAD DE LA VEREDA DE BOJACÁ A INSCRIBIRSE EN LAS
CAPACITACIONES EN SALUD SOBRE DISCAPACIDAD

PUEDEN PARTICIPAR CUIDADORES DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD Y LA
COMUNIDAD EN GENERAL QUE QUIERA COMPROMETERSE CON ESTA LABOR SOCIAL.

NO SE REQUIERE NINGÚN TIPO DE CONOCIMIENTO PREVIO, CUALQUIER PERSONA PUEDE
PARTICIAPAR

**PRIMERA SESIÓN
EDUCATIVA**

LUGAR _____

FECHA _____ **HORA** _____

Inscríbete en la iglesia nuestra señora de la salud
o al correo agentescomunitarioschia@gmail.com
www.DesarrolloSocial.chia-cundinamarca.gov.co

TELÉFONOS:
LAURA SANCHEZ: 3204648061
STEFFANY VILLATE: 3006307655
SECRETARIA SOCIAL: 8634205

1° DOMINGO DE CUARESMA
Marzo 9 de 2.014
DÍA DEL SEÑOR

Parroquia
Nuestra Señora de la Salud
Vereda Bojaca - Chia

VIDA PARROQUIAL

LITURGIA DE LA SEMANA

Lunes 10 de Marzo	SAN JUAN DE MATTA
Lv 19, 1-2 11-18 / Sal 18, 8-10 / Mt 25, 31-46.	
Martes 11 de Marzo	SAN ELOGIO
Is 55, 10-11 / Sal 33, 4-7 16-19 / Mt 6, 7-15.	
Miércoles 12 de Marzo	SAN ABRAHAM
Jon 3, 1-10 / Sal 50, 3-4 12-13 / Lc 11, 29-32.	
Jueves 13 de Marzo	SAN HUMBERTO
Elegido Papa Francisco 2013 / Mt 7, 7-12.	
Viernes 14 de Marzo	SANTA MATILDE / ABSTINENCIA
Ez 18, 21-28 / Sal 129, 1-8 / Mt 5, 20-26.	
Sábado 15 de Marzo	SANTA LUISA DE MARILLAC
Dt 26, 16-19 / Sal 118, 1-2 4-5 / Mt 5, 43-48.	
Domingo 16 de Marzo	SEGUNDO DOMINGO DE CUARESMA
Gn 12, 1-4a / Sal 32, 4-5 18-20 / 2Tm 1, 8b-10 / Mt 17, 1-9.	

ACTIVIDADES PARROQUIALES

- + Los días 14 de cada mes Misa Comunitaria al Señor de los Milagros, 6:00 p.m.
- + Celebración de la Eucaristía todos los días a las 7:00 a.m. y 6:00 p.m.
- + Venta de Periódico Diocesano a la salida del Templo
- + Exposición del Santísimo todos los Jueves a partir de las 7:30 a.m.
- + Primer Sábado de cada mes Rosario de Aurora y Santa Misa a las 6:00 a.m.
- + CUARESMA: COMUNICACION CRISTIANA DE BIENES
- + Marzo 10: 3pm - 5pm - Curso de Cuidadores de enfermos (U. SABANA)
- + Marzo 11: 2:30pm - 4:30pm - Talleres de Oración y Vida. Te esperamos
- + Marzo 11: 2pm - 4pm - Taller de Emprendimiento Empresarial (SENA)
- + Marzo 11: 11am - 12m - Curso de Huerta Casera (SENA) Traer fotocopia de Cédula para inscribirse en el Despacho
- + Marzo 12: 7:30 p.m. - Inicia Curso Bíblico (Casa de Convivencias Pozo Sicar) Hermanas Filipenses
- + Marzo 21-24: Cursillos de Cristiandad: Retiro para damas

"El corazón de Dios tiene un sitio preferencial para los pobres, tanto que hasta Él mismo se inclina hacia ellos." (Papa Francisco)

SANTA LUISA DE MARILLA
Dt 26, 16-19 / Sal 118, 1-2 4-5 / Mt 5, 43-48.
Domingo 16 de Marzo

SEGUNDO DOMINGO DE CUARESMA
Gn 12, 1-4a / Sal 32, 4-5 18-20 / 2Tm 1, 8b-10 / Mt 17, 1-9.

ACTIVIDADES PARROQUIALES

- + Los días 14 de cada mes Misa Comunitaria al Señor de los Milagros, 6:00 p.m.
- + Celebración de la Eucaristía todos los días a las 7:00 a.m. y 6:00 p.m.
- + Venta de Periódico Diocesano a la salida del Templo
- + Exposición del Santísimo todos los Jueves a partir de las 7:30 a.m.
- + Primer Sábado de cada mes Rosario de Aurora y Santa Misa a las 6:00 a.m.
- + CUARESMA: COMUNICACION CRISTIANA DE BIENES
- + Marzo 10: 3pm - 5pm - Curso de Cuidadores de enfermos (U. SABANA)
- + Marzo 11: 2:30pm - 4:30pm - Talleres de Oración y Vida. Te esperamos
- + Marzo 11: 2pm - 4pm - Taller de Emprendimiento Empresarial (SENA)
- + Marzo 11: 11am - 12m - Curso de Huerta Casera (SENA) Traer fotocopia de Cédula para inscribirse en el Despacho
- + Marzo 12: 7:30 p.m. - Inicia Curso Bíblico (Casa de Convivencias Pozo Sicar) Hermanas Filipenses
- + Marzo 21-24: Cursillos de Cristiandad: Retiro para damas

"El corazón de Dios tiene un sitio preferencial para los pobres, tanto que hasta Él mismo se inclina hacia ellos." (Papa Francisco)

IMAGEN 2

10.3. ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN

Se tomó la información de la base de datos de las personas en situación de discapacidad caracterizadas de la vereda de Bojacá, esta lista se socializó con los agentes comunitarios de salud y con los grupos ministeriales de la Iglesia Nuestra Señora de la Salud (Pastoral social, Ministros de eucaristía y animadores comunitarios) para identificar que personas de la lista aún se encuentran en la vereda, cuales cambiaron su sitio de residencia y que personas en situación de discapacidad son nuevos en Bojacá, con la información recolectada se genera una nueva lista a la cual se anexa las personas o los enfermos que son visitados por los 20 ministros de eucaristía que se encuentran en situación de discapacidad.

Con esta información se va a crear un cronograma de visitas, en el cual se le asignara a cada Agente comunitario de salud unas personas en situación de discapacidad a quienes deben visitar periódicamente para brindarles la ayuda pertinente con relación a los temas vistos durante el programa de capacitación, este cronograma de vistas contemplara las actividades que el agente debe realizar durante cada visita de tal forma que se le apoyo a la persona según las necesidades que surjan de su condición de salud. Se determinaran los días, el tiempo estipulado para cada visita, la periodicidad según el tiempo disponible de los Agentes comunitarios de salud y las actividades a realizar durante la visita. Con este cronograma cada agente tendrá una guía de trabajo que será apoyada por las Estudiantes Laura Sánchez y Steffany Villate (Estudiantes de Enfermería, décimo semestre) durante la primera etapa y luego como acompañamiento periódico estará la profesora Blanca Venegas en conjunto con los colaboradores del programa de Discapacidad de la Secretaría de Desarrollo Social.

Durante el acompañamiento por parte de los profesionales de salud, se aplicaran unas listas de chequeo por medio de las cuales se buscara generar una medición de la aplicación de los conocimientos adquiridos durante el programa de capacitación durante el proceso de acompañamiento que realiza cada Agente comunitario de Salud a las personas en situación de discapacidad y si con esto se genera un apoyo para estas personas ante las necesidades y dificultades que presenta, además de la aplicación de unas encuestas de satisfacción en las cuales se evalúa la percepción que la persona en situación de discapacidad tiene con respecto a las visitas y a la ayuda brindada por parte de los agentes comunitarios de salud.



PROYECTO DE GESTIÓN: AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD DE LA VEREDA DE BOJACÁ DEL MUNICIPIO DE CHÍA

CUMPLIDO

CUMPLIDO CON MODIFICACIONES

EN PROCESO

NO SE CUMPLIÓ

OBJETIVO GENERAL	ESTRATÉGIA	RESPONSABLE	FECHA				OBSERVACIONES	
			FEB	MAR	ABR	MAY		
Capacitar agentes comunitarios en salud a través de un programa de educación no formal que les permita brindar atención a la personas en situación de	P L A N E A R	Conocer las entidades gubernamentales que participan en el proyecto (Secretaría de desarrollo social, Alcaldía de Chía) conocer el proyecto de discapacidad municipal, el perfil epidemiológico de Chía y el Plan de desarrollo municipal.	Laura Sánchez/Steffany Villate	17, 18, 19, 20, 21				
		Contacto con los líderes comunitarios (Parrocos de la Iglesia Nuestra Señora de la Salud), líder de la junta de acción comunal de mercedes de calahorra)	Steffany Villate/ Laura Sánchez	24, 25, 26				
		Reunión de convocatoria con el grupo de pastoral social, en la Iglesia Nuestra Señora de la Salud	Laura Sánchez/Steffany Villate	27				
		Elaboración de volantes de convocatoria de inscripción al proyecto de capacitaciones, elaboración de las listas de inscripción de agentes de salud, formato de recolección de datos generales de personas en situación de discapacidad de la vereda.	Steffany Villate/ Laura Sánchez	28				
		Planeación de los ejes temáticos o módulos que se trataran en el programa de capacitación en salud: Una mirada a las personas en situación de discapacidad y del logo representativo del programa	Laura Sánchez/Steffany Villate		3			Se tienen los temas generales que se incluirán en el programa de capacitación de agentes, pero la preparación de cada uno de ellos se realizará semanalmente.
		Reunión de convocatoria con el grupo de animadores de comunidad, en la Iglesia Nuestra Señora de la Salud	Steffany Villate/ Laura Sánchez		4			
		Diseño Módulo 1: "Sintiendo la discapacidad"	Laura Sánchez/Steffany Villate		4			
		Diseño Módulo 2: "Lo que debes saber de tus derechos"	Steffany Villate/ Laura Sánchez		14			
		Diseño Módulo 3: "Como tratar a una persona con discapacidad"	Laura Sánchez/Steffany Villate		18			
		Diseño Módulo 4: "Conociendo las leyes en discapacidad"	Steffany Villate/ Laura Sánchez		24			
		Diseño Módulo 5: "Empoderamiento de personas en situación de discapacidad mental"	Laura Sánchez/Steffany Villate		28			
		Diseño Módulo 6: "Recomendaciones de aseo general en las personas en situación de discapacidad "	Steffany Villate/ Laura Sánchez			1		

	Diseño Módulo 7: "Comodidad, confort y cuidados de la piel"	Laura Sánchez/Steffany Villate			4			
	Diseño Módulo 8: "Aprendiendo mis signos vitales"	Steffany Villate/ Laura Sánchez			8			
	Diseño Módulo 9: "Nutrición saludable"	Laura Sánchez/Steffany Villate			11			
	Diseño Módulo 10: " Creando medicamentos en casa"	Steffany Villate/ Laura Sánchez			22			
	Diseño Módulo 11: "Barreras de seguridad en pacientes en situación de discapacidad"	Laura Sánchez/Steffany Villate			25			
	Diseño Módulo 12: "Movilidad, Uso de escaleras, andenes y espacios publicos con elementos ortésicos"	Diana Angarita/Steffany Villate/ Laura Sánchez			29			
	Diseño Módulo 13: "Atención en crisis"	Laura Sánchez/Steffany Villate				2		
	Diseño Módulo 14: " Los primeros auxilios"	Blanca Venegas/Steffany Villate/ Laura Sánchez				6		
	Diseño del cronograma de visitas y domiciliarias de cada uno de los agentes comunitarios con las personas en situación de discapacidad	Laura Sánchez/Steffany Villate				7		
	Diseño de las encuestas de satisfacción que se aplicarán durante las visitas domiciliarias a las personas en situación de discapacidad que realizaran los agentes en formación.	Steffany Villate/ Laura Sánchez				14		
	Diseño de la encuesta de satisfacción que se le aplicará a los agentes comunitarios para evaluar como se sintieron con los módulos de capacitación	Laura Sánchez/Steffany Villate				8		
	Diseño de las listas de chequeo con las que evaluará la aplicación de los conocimientos dados en el programa de capacitación en salud a los agentes comunitarios.	Steffany Villate/ Laura Sánchez				15		
	H A C E R	Repartición de los volantes publicitarios de proyecto en las tiendas de la vereda (panaderías, miscelaneas), parques públicos, postes y puerta a puerta.	Laura Sánchez/Steffany Villate			5		
		Inicio del programa de capacitación de agentes comunitarios de salud, introducción, presentación general del curso, normas y reglamento, socialización de los temas	Steffany Villate/ Laura Sánchez			10		
Desarrollo Módulo 1: "Sintiendo la discapacidad"		Laura Sánchez/Steffany Villate			12			
Desarrollo Módulo 2: "Lo que debes saber de tus derechos"		Steffany Villate/ Laura Sánchez			17		Se tenía contemplado el la explicación de las rutas de acceso al programa de discapacidad de la secretaría de Chia del municipio pero la personas encargada no pudo asistir	
Desarrollo Módulo 3: "Como tratar a una persona con discapacidad"		Laura Sánchez/Steffany Villate			19			
	Desarrollo Módulo 4: "Conociendo las leyes en discapacidad"	Steffany Villate/ Laura Sánchez			26			

Desarrollo Módulo 5: "Empoderamiento de personas en situación de discapacidad mental"	Laura Sánchez/Steffany Villate		31		
Desarrollo Módulo 6: "Recomendaciones de aseo general en las personas en situación de discapacidad "	Steffany Villate/ Laura Sánchez			2	
Desarrollo Módulo 7: "Comodidad, confort y cuidados de la piel"	Laura Sánchez/Steffany Villate			7	
Desarrollo Módulo 8: "Aprendiendo mis signos vitales"	Steffany Villate/ Laura Sánchez			9	
Desarrollo Módulo 9: "Nutrición saludable"	Laura Sánchez/Steffany Villate			21	
Desarrollo Módulo 10: " Creando medicamentos en casa"	Steffany Villate/ Laura Sánchez			23	
Desarrollo Módulo 11: "Barreras de seguridad en pacientes en situación de discapacidad"	Laura Sánchez/Steffany Villate			28	
Desarrollo Módulo 12: "Movilidad, Uso de escaleras, andenes y espacios publicos con elementos ortésicos"	Steffany Villate/ Laura Sánchez			30	
Desarrollo Módulo 13: "Atención en crisis"	Laura Sánchez/Steffany Villate				5
Desarrollo Módulo 14: " Los primeros auxilios"	Steffany Villate/ Laura Sánchez				7
Aplicación de la evaluación escrita	Steffany Villate/ Laura Sánchez			28	
Realización de tomas para el video final	Steffany Villate/ Laura Sánchez			30	
Aplicación de encuestas de satisfacción durante las a los agentes comunitarios de salud.	Laura Sánchez/Steffany Villate				7
Análisis de la información obtenida de las mediciones realizadas y elaboración de resultados	Steffany Villate/ Laura Sánchez				8 al 20
Graduación de los agentes comunitarios de salud	Steffany Villate/ Laura Sánchez				12

	V E R I F I C A R	Verificar el cumplimiento de las actividades de apoyo por parte de los agentes comunitarios de salud, a las personas en situación de discapacidad	Steffany Villate/ Laura Sánchez					
		Verificar la percepción y el grado de satisfacción por parte de las personas en situación de discapacidad al recibir la atención en salud brindada por parte de los agentes comunitarios en salud	Laura Sánchez/Steffany Villate					
		Verificar la percepción que tiene los agentes de salud con respecto a la utilidad y productividad de la capacitación en salud, con respecto al mejoramiento de su actuar en la comunidad y en la atención a las personas en situación de discapacidad de su comunidad.	Steffany Villate/ Laura Sánchez					
	A J U S T A R	Se realizarán los ajustes pertinentes al programa de capacitación de agentes comunitarios en salud, según los hallazgos obtenidos del análisis de las encuestas de satisfacción, los autotest y las listas de chequeo.	Laura Sánchez/Steffany Villate					

11. RECURSOS

11.1. Humanos

- Agentes comunitarios: Grupo de 28 personas pertenecientes principalmente a la Vereda Bojacá de Chía
- Personas en situación de discapacidad: grupo de personas habitantes de la vereda de Bojacá que no pertenecen o no al programa de discapacidad.
- Conferencistas: diferentes exponentes que llevarán el desarrollo de los módulos establecidos para la capacitación.
- Coordinadoras del proyecto: dos estudiantes de enfermería de décimo semestre, Stefany Villate y Laura Sánchez.
- asesora del proyecto: la docente Blanca Cecilia Venegas, Catedrática de la Universidad de la Sabana, Facultad de enfermería y rehabilitación.
- Coordinadora programa discapacidad secretaria de Chía: Dra Andrea Quecan.
- Apoyo: Padre Ildefonso y Padre Ricardo de la Iglesia nuestra Señora de la Salud.

11.2. Físicos y técnicos:

- Espacios: Se cuenta con el apoyo de la Iglesia de nuestra señora de la Salud, en la cual se realiza la capacitación en el salón principal, que cuenta con sillas, tablero acrílico y marcador. Otro espacio, es el laboratorio de simulación de la universidad de la Sabana.
- Materiales: tijeras, papel blanco, cartulina, papel periódico, colbón, copias, resúmenes, documentación, periódico, revistas, imágenes, grapadora, cosedora, lana, cinta, marcadores, esferos, colores, crema, jabón, agua.
- Elementos de salud: silla de ruedas, muletas, vendas, gasas, algodón, guantes, batas, tapabocas, gorro.
- Materiales electrónicos y tecnológicos: televisor, computador, impresora, proyector, DVD, parlantes, simuladores.
- Materiales documentales: película.

11.3. Financieros:

El proyecto de autogestión: agentes comunitarios en salud, una mirada de apoyo a las personas en situación de discapacidad, no cuenta con recursos económicos determinados para su ejecución, debido a su carácter académico que surge de una necesidad social. Se cuenta con el apoyo de la universidad de la Sabana, la secretaría de desarrollo social, y la Iglesia Nuestra Señora de la Salud.

12. PRESUPUESTO DEL PROYECTO

Origen del costo de proyecto: Agentes comunitarios en Salud

	TAREAS DEL PROYECTO	HORAS MANO OBRA	COSTO MANO OBRA POR DOS PERSONAS	COSTO MATERIAL	COSTO VIAJES	OTROS COSTOS	TOTAL POR TAREA
DISEÑO DEL PROYECTO	Visita Secretaria de Desarrollo y Universidad	20,0	\$ 500.000,00	\$ -	\$ 356.000,00	\$ -	\$ 856.000,00
	Visita Vereda Bojacá	15,0	\$ 375.000,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 375.000,00
	Diagnostico situacional	20,0	\$ 500.000,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 500.000,00
	Diseño del proyecto	15,0	\$ 375.000,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 375.000,00
	Diseño de formatos	10,0	\$ 250.000,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 250.000,00
	Planeación de modulos	60,0	\$ 1.500.000,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 1.500.000,00
	Subtotal	140,0	\$ 3.500.000,00	\$ -	\$ 356.000,00	\$ -	\$ 3.856.000,00
DESARROLLO DEL PROYECTO	Convocatoria	5,0	\$ 125.000,00	\$ 16.000,00	\$ 22.600,00	\$ -	\$ 163.600,00
	Area fisica	32,0	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 800.000,00	\$ 800.000,00
	Ejecución de modulos	34,0	\$ 850.000,00	\$ 57.200,00	\$ 339.000,00	\$ -	\$ 1.246.200,00
	capacitadores	8,0	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 192.000,00	\$ 192.000,00
	Laboratorio	4,0	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 200.000,00	\$ 200.000,00
	Materiales de salud	0,0	\$ -	\$ 913.200,00	\$ -	\$ -	\$ 913.200,00
	Elementos tecnologicos	5,0	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 1.540.000,00	\$ 1.540.000,00
	Subtotal	88,0	\$ 975.000,00	\$ 986.400,00	\$ 361.600,00	\$ 2.732.000,00	\$ 5.055.000,00
ENTREGA DEL PROYECTO	trabajo en fisico	40,0	\$ 1.000.000,00	\$ 20.000,00	\$ -	\$ -	\$ 1.020.000,00
	Memoria magnetica	10,0	\$ 250.000,00	\$ 10.000,00	\$ -	\$ -	\$ 260.000,00
	Ceremonia de graduación	3,0	\$ -	\$ 60.000,00	\$ -	\$ 480.000,00	\$ 540.000,00
	Subtotal	53,0	\$ 1.250.000,00	\$ 90.000,00	\$ -	\$ 480.000,00	\$ 1.820.000,00

ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO	Reuniones/informes de seguimiento del proyecto	6,0	\$	-	\$	-	\$	106.800,00	\$	-	\$	106.800,00
	Reuniones de seguimiento interno	30,0	\$	-	\$	-	\$	195.800,00	\$	720.000,00	\$	915.800,00
	Buses para los Laboratorios	4,0	\$	-	\$	-	\$	-	\$	300.000,00	\$	300.000,00
	Revisión de la literatura	40,0	\$	1.000.000,00	\$	-	\$	-	\$	1.000.000,00	\$	2.000.000,00
	Subtotal	80,0	\$	1.000.000,00	\$	-	\$	302.600,00	\$	2.020.000,00	\$	3.322.600,00

OTROS COSTOS		0,0	\$	-	\$	-	\$	-	\$	-	\$	-
	Otros costos	0,0	\$	-	\$	-	\$	-	\$	-	\$	-
	Otros costos	0,0	\$	-	\$	-	\$	-	\$	-	\$	-
	Subtotal	0,0	\$	-	\$	-	\$	-	\$	-	\$	-

Subtotales	361,0	\$	6.725.000,00	\$	1.076.400,00	\$	1.020.200,00	\$	5.232.000,00	\$	14.053.600,00
Riesgo (previstos)	0,0	\$	-	\$	-	\$	-	\$	-	\$	-
Total (programado)	361,0	\$	6.725.000,00	\$	1.076.400,00	\$	1.020.200,00	\$	5.232.000,00	\$	14.053.600,00

13. INDICADORES DE MEDICIÓN

13.1. Nombre del indicador: Calificación de conocimientos adquiridos por los agentes comunitarios de salud por medio de la aplicación de una evaluación

- Resultado esperado: Que el 80% de los agentes comunitarios tenga una calificación final entre el 4 – 5.
- Medición (numerador/denominador): Número de ítems cumplidos de la lista de chequeo/total de ítems evaluados de la lista de chequeo

13.2. Nombre del indicador: % de satisfacción de los agentes comunitarios en cuanto al programa de educación no formal del proyecto de discapacidad

- Resultado esperado: Obtener un 90% de satisfacción por parte de los Agentes comunitarios de salud.
- Medición (numerador/denominador): Número de ítems cumplidos con Satisfactorio y muy satisfactorio/total de ítems evaluados en la encuesta de satisfacción

13.3. Nombre del indicador: Caracterización de los Agentes Comunitarios de Salud

- Resultado esperado: 100% de los agentes comunitarios de salud sean caracterizados.

13.4. Nombre del indicador: % de asistencia de los agentes comunitarios a los módulos de capacitación

- Resultado esperado: 80% de los agentes comunitarios asistan a los módulos de capacitación
- Medición: Promedio general: Suma de la cantidad de personas que asistieron a cada una de las sesiones/en el número total de sesiones
- Medición del indicador: promedio de asistentes a los módulos de capacitación/total de personas inscritas al curso.

14. CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN

El proyecto de Agentes comunitarios de Salud se puso en marcha en la parroquia Nuestra Señora de la Salud, la cual es la se ha convertidos iglesia central o principal de la vereda de Bojacá del municipio de Chía.

La parroquia Nuestra Señora de la Salud hace parte de la diócesis de Zipaquirá; cuenta con dos líderes religiosos el párroco: Ildefonso Cruz Molina, Pbro. Y el vicario parroquial Ricardo Mauricio Cortes Alonso, Pbro. *En el templo parroquial se destaca la fachada, en la que participó el famoso arquitecto italiano Pietro Cantini, terminada en 1889. En un ambiente de gran belleza está la capilla Colonial de Santa Bárbara. Desde 1871 a 1993 ha tenido 21 sacerdotes como párrocos.*^[54]

14.1. RESEÑA HISTÓRICA:

El vocablo Nemocón significa “Lamento del Guerrero”. Es una población prehispánica, habitada por tribus Muiscas, que se caracterizaban por ser personas trabajadoras y pacíficas. Comercializaban la sal con otras tribus del altiplano y aún del más allá, adquiriendo con ella otros productos para alimentarse y vestirse. Cuando llegaron los españoles, en un primer momento los recibieron muy bien, creyendo que eran dioses, pero cuando los empezaron a explotar y maltratar, opusieron resistencia y fueron vencidos. Posteriormente nació una población de tipo mestizo la cual hizo un papel importante en el desarrollo del municipio. Los primeros doctrineros fueron franciscanos y desde entonces la parroquia ha estado bajo el patrocinio de san Francisco de Asís. Es de mencionar la antigua casa del encomendero, primera casa de gobierno de aquella época (1665). Aquí el profeta Diego Fallón compuso su conocida poesía “A la Luna”.^[54]

La Parroquia de Nuestra Señora de la Salud fue inaugurada solemnemente el 7 de Marzo de 1993, en celebración precedida por Monseñor Jorge Enrique Jiménez Carvajal, Obispo de la Diócesis. El primer párroco nombrado fue el presbítero Luis Ignacio Acosta R. El segundo Párroco el P. Eduardo Suárez Poveda quien toma posesión de la parroquia el 3 de septiembre de 2000.^[55]

14.2. ASPECTO RELIGIOSO

La mayoría de la población es católica. Hay una comunidad religiosa femenina: las misioneras de la Sagrada Familia, hay una promoción de laicado. 14 ministros de la Eucaristía, 18 Ministros de la palabra y además se prepararon 6 ministros de la Palabra profesionales para colaborar en la evangelización de centro Chía, 11 ministros servidores que colaboran en la evangelización del areópago de los conjuntos cerrados.

La mayoría de las instituciones educativas se han integrado los primeros viernes para hacer la experiencia del “Encuentro con Jesucristo vivo en el santísimo”. Con la misión 2000 y la misión permanente han quedado varios grupos de lectura santa. ^[55]

14.3. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

Se ubica en la Vereda de Bojacá del municipio de Chía. Su altitud es de 2562 metros sobre el nivel del mar y tiene una temperatura de 13 a 14 grados centígrados. Limita por el sur con la Parroquia de Santa Lucía; por el Norte con el municipio de Cajicá; por el oriente con el río de Bogotá y por el occidente con la Parroquia de San Ezequiel Moreno. ^[55]

15. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

PROYECTO DE AUTOGESTIÓN: AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD, UNA MIRADA DE APOYO A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

NOMBRE DEL MÓDULO	N:1 Introducción al programa
TEMAS A TRATAR	<ul style="list-style-type: none">• Descripción general del curso de capacitación de agentes comunitarios de salud.• Importancia y definición del proyecto agentes comunitarios una mirada de apoyo a las personas en situación de discapacidad.• Lectura del programa a ejecutar en el curso.• Lectura del reglamento.• Lectura y diligenciamiento del consentimiento informado.• Información del horario y el lugar donde se ejecutara el proyecto.
ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	<ul style="list-style-type: none">• Mesa redonda• Exposición en tablero• Oratoria• Panfleto• Poster
MATERIALES	Hojas, esferos, marcadores, tablero.
DESARROLLO DEL MÓDULO	<p>Se convoca a las personas interesadas en hacer parte del proyecto en el salón de la Iglesia nuestra señora de la salud, en donde se explica que es el proyecto; porque es importante para la comunidad en general y que beneficios trae para esta. Luego se lee el programa que se ejecutara en el transcurso del curso no formal, seguido del reglamento para el curso y el diligenciamiento del consentimiento informado por las personas que estaban interesadas en el proyecto.</p> <p>Al final se realiza un consenso para definir los días de capacitación y el horario, informando como ultimo la próxima reunión para iniciar el programa de educación no formal.</p>

NOMBRE DEL MÓDULO	N:2 Sintiendo la discapacidad
TEMAS A TRATAR	<ul style="list-style-type: none"> • Qué es la discapacidad, cual es el contexto de la discapacidad en Colombia • Tipos de discapacidad: cognitiva, física, y sensorial
ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad lúdica llamada “sintiendo la discapacidad” • Collage • Resumen del tema general
MATERIALES	Piedras, alimentos de grano, vendas, algodón, telas, tapa ojos, hojas blancas, papel periódico, revistas, tijeras, colbón y fotocopias.
DESARROLLO DEL MÓDULO	<p>El módulo se inicia con la explicación de que es la discapacidad, cual es el contexto de la discapacidad en Colombia y los tipos de discapacidades (Física, mental y sensorial).</p> <p>Luego de esto se desarrolla una actividad llamada “sintiendo la discapacidad”, donde a través de la utilización de diferentes materiales como piedras, alimentos de granos, vendas, algodón entre otros, se simulan diferentes tipos de discapacidad a los agentes comunitarios y se les pide que realicen una actividad determinada.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los ciegos debían encontrar un objeto perdido dentro del salón - Los mudos debían contar leerle un cuento a los sordos - Los sordos debían interpretar los movimientos corporales de los mudos y entender el cuento - Los cojos debían ir hasta la tienda utilizando solo una pierna la cual contenía granos y piedras dentro del zapato. - Los mancos debían hacer una figura de origami con un solo brazo (el que menos utilizaban) - Las personas con discapacidad mental deben aprenderse 15 palabras en Alemán y memorizar el trabalenguas de La gallina pinta piririca. <p>Después de dejar que cada persona realice su tarea hicimos una socialización de las percepciones personas que cada uno tuvo con respecto a la discapacidad que represento, que se le dificulto, que</p>

	sentimientos tuvo y como interaccionó con el ambiente. Para finalizar la sesión los agentes comunitarios en grupos de 5, realizaron un collage en donde expresaban su percepción de discapacidad y luego se socializó.
--	---

RESUMEN DEL MODULO:

LA DISCAPACIDAD

“Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales”. (Organización Mundial de la Salud).

1. DISCAPACIDAD FISICA

DEFINICION: Desventaja resultante de una imposibilidad que limita e impide el desempeño motor de la persona afectada. Afectando principalmente los brazos y las piernas. Estas alteraciones, pérdida o anomalía en la estructura anatómica pueden ser en los huesos, músculos, articulaciones, o nervios; que impiden el movimiento adecuado de la persona.

COMO SE ORIGINAN:

- GENETICAS: Transmitir de padre a hijos
- CONGENITAS: Factores que han sido adquiridos durante la gestación
- ADQUIRIDAS: Ocasionadas por algún accidente o por una enfermedad luego de la gestación.

CLASIFICACION POR AREA AFECTADA:

- MONOPLEJIA: De un solo miembro.
- HEMIPLEJIA: De un lado del cuerpo.
- PARAPLEJIA: De las dos piernas
- TETRA O CUADRIPLEJIA: De los cuatro miembros del cuerpo.

ALGUNAS ENFERMEDADES QUE GENERAN DISCAPACIDAD FISICA:

- POLIOMIELITIS: Enfermedad producida por un virus que afecta la columna vertebral.
- PARALISIS CEREBRAL: Lesión cerebral que afecta un área determinada según su localización y extensión del daño.

2. DISCAPACIDAD PSÍQUICA (MENTAL, INTELECTUAL Y COGNITIVA)

DEFINICIÓN: La discapacidad cognitiva es una disminución en las habilidades adaptativas (mentales, cognitivas e intelectuales) de una persona, entendidas como aquellas que permiten analizar y comprender la información recibida, cómo se procesa y como se estructura en la memoria y como se relaciona con el entorno.

HABILIDADES AFECTADAS:

- Intelectuales o cognitivas: Atención, Comprensión, Elaboración, Memorización/Recuperación).
- Comunicación.
- Sociales: Interacción social, escolarización, entablar relaciones interpersonales.

DISCAPACIDADES COGNITIVAS MÁS COMUNES

- El Autismo,
- El síndrome Down
- Síndrome de Asperger
- Retraso Mental tanto leve, moderado y severo

Generan dificultades principalmente en el desarrollo de la inteligencia verbal y matemática, mientras que en la mayoría de casos conserva las inteligencias tales como artística, musical, interpersonal e intrapersonal.

CAUSAS: Puede ser desde el nacimiento o posterior, puede haber causas genéticas, metabólicas, congénita o ambientales (accidente, enfermedad que provoque daño, malnutrición, efectos de drogas u otros tóxicos, problemas en el desarrollo o educación.), lesiones cerebrales por trauma o infecciones.

3. DISCAPACIDAD SENSORIAL

DEFINICIÓN: Es aquella en donde se ve afectado uno o varios órganos de los sentidos

CLASIFICACIÓN: Este tipo de discapacidad se clasifica en tres tipos:

- Discapacidad auditiva: Aquí se incluyen todos los tipos de alteraciones que generan pérdida de la audición.
- Discapacidad visual: Aquí se incluyen todos los tipos de alteraciones que generan pérdida de la agudeza visual.

- Discapacidad multisensorial: Es aquella en la que la persona sufre de alteraciones tanto auditivas como visuales, lo que comúnmente se le llama personas sordo-mudas; término erróneamente utilizado ya que se debe recordar que una persona con discapacidad multisensorial puede conservar cierta audición o visión residual.

CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD:

- Nacimiento prematuro
- Trauma de nacimiento y/o asfixia
- Infecciones virales
- Anormalidades cromosómicas o genéticas.

NOMBRE DEL MÓDULO	N:3 Lo que debe saber sobre los derechos y deberes de las personas en situación de discapacidad
TEMAS A TRATAR	<ul style="list-style-type: none"> • Los deberes y los derechos de las personas en situación de discapacidad a nivel nacional e internacional. • Las rutas de vinculación al programa de discapacidad de la secretaría de desarrollo social de Chía.
ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Tablero • Participación • Selección y clasificación de derechos y deberes
MATERIALES	Proyector, baffle, computador, resúmenes y marcadores de tablero, cartulina, papel, cinta
DESARROLLO DEL MÓDULO	Se inició el módulo haciendo una nube de ideas en actividad lúdica en la los agentes comunitarios debían seleccionar una hoja de las que se encontraban encima del escritorio, leerla en voz alta y pegarla en la pared en el grupo correspondiente según si era un deber o un derecho. Luego de esto se hizo la explicación magistral de los deberes y derechos de las personas en condición de discapacidad tanto a nivel nacional como internacional, además de esto se explicaron las organizaciones que se encargan de promover y hacer respetar los derechos de las personas en situación de discapacidad tanto en el ámbito nacional como el internacional.

	<p>En la segunda parte de la sesión se dio paso a Andrea Quecan Coordinadora del programa de discapacidad de la Secretaria de desarrollo social de Chía, quien explico en qué consistía el programa, los frentes de acción y las rutas de inclusión; con el fin de concientizar a la comunidad sobre los beneficios con los que cuentan en el municipio y como pueden vincular las personas en situación de discapacidad.</p>
--	---

RESUMEN DEL MODULO:

DERECHOS DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

Los derechos de las personas en situación de discapacidad surgieron de la convención internacional sobre los de las personas con discapacidad que se realizó en New York el 13 de diciembre del 2016 por la asamblea General de las Naciones Unidas. Este texto fue adoptado por diferentes países con el fin de promover, promover y asegurar el goce pleno y las condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad.

- Derecho a la Igualdad y no discriminación.
- Derecho a la Accesibilidad
- Derecho a la Vida.
- Derecho a ser reconocido en situaciones de riesgo y emergencias humanitarias.
- Derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley.
- Derecho al acceso a la justicia.
- Derecho a la libertad y seguridad de la persona
- Derecho a la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.
- Derecho contra la explotación, la violencia y el abuso.
- Derecho a la protección de la integridad personal.
- Derecho a la libertad de desplazamiento y a la nacionalidad
- Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad
- Derecho a la movilidad personal, la libertad de expresión y de opinión y acceso a la información
- Derecho al respeto de la privacidad
- Derecho al respeto del hogar y de la familia
- Derecho a la educación, derecho a la salud
- Derecho a la habilitación y rehabilitación, al trabajo y el empleo
- Derecho al nivel de vida adecuado y protección social

- Derecho a la participación política y pública
- Derecho a la participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte.

DEBERES DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

1. Implementar, divulgar y respetar los derechos y la dignidad humana
2. Hacer parte de su proceso de rehabilitación integral: física, mental, intelectual y social.
3. Participar en las tareas y en la toma de decisiones de los gobiernos locales, regionales y nacionales, y a ser gestores de la patria y de la humanidad.
4. Generar participación y solidaridad.
5. Conocer, cumplir y hacer cumplir la Constitución Política del Estado, la presente ley y otras normas vigentes del Estado Plurinacional.
6. Respetar, valorar y defender los derechos humanos.
7. Promover valores de respeto, solidaridad, honestidad, transparencia, justicia y tolerancia.
8. Defender los intereses nacionales, sus recursos económicos, naturales y humanos además de los patrimonios culturales.
9. Realizar acción social y/o trabajo social en beneficio de la sociedad.
10. Conocer, valorizar, promocionar y promover los conocimientos ancestrales de los pueblos y naciones indígenas originarias campesinas.
11. Respetar a sus ascendientes y descendientes, fomentando una cultura de diálogo y respeto intergeneracional, de género e intercultural.
12. Asumir el proceso de su desarrollo personal, actuar con criterio de solidaridad y reciprocidad.
13. Conocer, informar, proteger y preservar el medio ambiente, la biodiversidad y otros factores ambientales para el cuidado y mejoramiento del entorno físico, social y cultural.
14. Consumir la medicación prescrita, siendo la responsable de este deber la familia o el Estado, para lograr la estabilidad en su salud de las personas con discapacidad.
15. Capacitarse y prepararse según sus posibilidades para ser una persona independiente y productiva, debiendo apoyar en este deber la familia.
16. Participar en los proyectos y programas dirigidos a su rehabilitación, inclusión social y otros, a su favor.
17. A su registro, calificación y carnetización.

ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

1. OMS (Organización mundial de la salud): Es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas y lineamientos de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial, esto se da a través de estrategias y campañas.
2. OPS (Organización Panamericana de la Salud): Es el organismo especializado de salud encabezado por la Organización de los Estados Americanos (OEA), este organismo está afiliado a la Organización Mundial de la Salud, desde 1949, está dedicada a controlar y coordinar políticas que promuevan la salud y el bienestar en los países americanos 35 países en total (América del Sur, Norte, Central y Antillas)
3. ONU: (Organización de naciones unidas): Es la mayor organización internacional existente. Se define como una asociación de gobierno global que facilita la cooperación en asuntos como el Derecho internacional, la paz y seguridad internacional, el desarrollo económico y social, los asuntos humanitarios y los derechos humanos
4. OEA (Organización de estados Americanos): Su principal objetivo es ser un foro político para el diálogo multilateral, integración y la toma de decisiones de ámbito americano. La declaración de la organización dice que trabaja para fortalecer la paz, seguridad y consolidar la democracia, promover los derechos humanos, apoyar el desarrollo social y económico y promover el crecimiento sostenible en América

ORGANIZACIONES NACIONALES QUE APOYAN A LAS PERSONAS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD:

1. INCI: Instituto Nacional para Ciegos, es un instituto público que se encarga de vincular a las personas ciegas a programas de educación, atención de salud e inclusión social.
2. INSOR: Instituto Nacional para Sordos, igual que el INCI es una institución pública creada con el fin de crear programas para el bienestar de las personas con dificultad auditiva en los cuales los vinculan a educación, salud, y actividades sociales.
3. TELETON: es una fundación que trabaja principalmente en pro de la rehabilitación física. Tiene varias sedes a nivel nacional.

NOMBRE DEL MÓDULO	N:4 Cómo tratar a una persona en situación de discapacidad
TEMAS A TRATAR	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias generales de comunicación, Estigmas, malas prácticas de comunicación,

	Como comunicarse con una persona con discapacidad sensorial, mental y física.
ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de situaciones cotidianas donde se entable una relación con una persona en situación de discapacidad • Juego de concéntrese
MATERIALES	Cartulina, cinta, tableta de situaciones, Colbón. Papel, marcadores
DESARROLLO DEL MÓDULO	<p>El módulo inicia a partir del planteamiento de casos o situaciones cotidianas en las cuales los agentes comunitarios debía escoger cual era la mejor solución o la mejor manera de actuar frente a cada una de esas situaciones.</p> <p>Por grupos se entrega un caso clínico el cual debe ser analizado según las condiciones planteadas en el mismo, el caso contiene unas preguntas las cuales deben ser socializadas por el grupo.</p> <p>Para finalizar se realiza un juego de concéntrese en el cual contiene preguntas de todos los módulos vistos y algunas penitencias. El equipo que responda la mayor cantidad de preguntas gana el juego.</p>

RESUMEN DEL MODULO:

COMO TRATAR A UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD

1 CUANDO USTED LE PRESENTAN UNA PERSONA CON ALGUNA CLASE DE DISCAPACIDAD, USTED:

- Lo ignora y se va.
- Lo maximiza y le dice que es lo mejor que le ha pasado en su vida haberlo conocido.
- Se relaciona como normalmente lo hace, la trata con suavidad y consideración

Respuesta: busque la característica más importante y positiva de ella. Encuentre la forma más suave de relacionarse con ella; no invente, sea real y trátela con suavidad y consideración.

2. Si usted necesita que una persona en situación de discapacidad tome una decisión con respecto a cualquier tema, usted:

- Le pregunta directamente al familiar, cuidador o acompañante
- Usted decide lo que considera más prudente para esa persona

c. Le pregunta directamente a la persona en situación de discapacidad

Respuesta: Una persona con discapacidad tiene derecho, puede y quiere tomar sus propias decisiones y así asumir sus responsabilidades, no sus familiares. Si necesita saber algo sobre su discapacidad pregúntele directamente, a ellos no les importa responder este tipo de preguntas, solo absténgase de hacer preguntas íntimas.

3 Cuando necesita hacerle una pregunta a una persona en situación de discapacidad que se encuentra con un acompañante, usted:

- a. Le hace la pregunta a la persona que lo acompaña
- b. Se dirige a la persona en situación de discapacidad.
- c. Revisa en la historia o en sus apuntes para no preguntar y no sentirse incómodo.

Respuesta: siempre pregunte de la forma más adecuada, hacia la persona que va dirigida la pregunta, no subestime. La persona en situación de discapacidad podrá brindarle la información de primera mano, y si no ocurre su acompañante como última instancia contestará.

4. ¿Qué hace usted cuando se encuentra con una persona con discapacidad?

- a. Siente inseguridad de cómo hablarle, lo ignora y se cambia para otro lugar
- b. Le habla como le hablaría a cualquier otra persona
- c. Usted lo trataría como si fuera alguien que necesitara más consideración

Respuesta: Es normal si siente inseguridad, pero no lo ignore; esta sensación cambia cuando usted ha compartido más con personas con discapacidad. Si la persona tiene dificultad para hablar y usted no le entiende pídale que le repita (ellos no se molestarán), no se preocupe de usar las palabras “andar”, “ver”, “correr”. Simplemente trátelas con la misma consideración y respeto que usted usa con las demás personas.

PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA.

5 ¿Está bien decir que una persona es sordo muda?

- a. Sí, porque siempre son discapacitadas para escuchar y para hablar.
- b. No, porque muchas personas sordas no hablan porque no aprendieron a hacerlo
- c. Sí, porque los sordos y no hablan

Respuesta: Las personas sordas pueden hablar si se les enseña a hacerlo y si no presenta algún tipo de inconveniente en sus cuerdas vocales o en su cognición que

altere de manera radical su aprendizaje. Generalmente se cree que las personas sordas son siempre mudas, pero eso no es así.

6. Para llamar la atención de una persona sorda y poder hablarle, usted:

- a. Le grita y mueve sus manos fuertemente para que le ponga atención.
- b. Se acerca y le toca el hombro y se expresa de manera clara con el lenguaje de señas mirándolo a la cara.
- c. Le realiza el lenguaje de señas mirando hacia el suelo, utilizando diferentes tonos de voz.

Respuesta: Cuando quiera hablar con una persona sorda que no le esté prestando atención, acérquesele y tóquela brevemente. Luego, inicie la conversación con el lenguaje de señas, de una manera y no exagerada. Hable de frente, manteniendo el contacto visual y en un lugar iluminado.

7. Si usted está con una persona en situación de discapacidad y ocurre una situación embarazosa, usted:

- a. Actúa naturalmente y se disculpa si es necesario
- b. Se sonroja y se va
- c. Se disgusta y le dice que ya no lo puede ayudar

Respuesta: Las personas con discapacidad son personas como usted, tiene los mismos derechos, los mismos deberes, los mismos sentimientos, los mismos recelos y los mismos deseos. Usted no debe tener recelo de hacer o decir alguna cosa errada, actúe con naturalidad.

8. ¿Si usted le va a hablar a una persona que se encuentra en silla de ruedas usted considera que la mejor posición es?

- a. Pararse al espaldar de la silla, como si lo fuera a empujar
- b. Pararse al lado de la silla
- c. Acurrucarse o sentarse

Respuesta: Es importante saber que para la persona con discapacidad en silla de ruedas es incómodo estar mirando hacia arriba mucho tiempo, por ese motivo se recomienda mantenerse a la misma altura, de ser posible sentado}

9. ¿Si usted va por la calle y se encuentra con una persona en silla de ruedas y va a pasar por un camino de difícil acceso, usted?

- a. Sigue de largo y lo deja porque él sabe manejar la silla de ruedas perfectamente
- b. Aunque usted no sabe manejar la silla de ruedas, le pregunta si requiere ayuda y le dice que le explique cómo manejar la silla de ruedas

- c. Usted se acerca a él y le empuja la silla de ruedas

Respuesta: Recuerde que la silla de ruedas, las muletas y los bastones son parte del espacio corporal de la persona con discapacidad, que es una extensión de su cuerpo. Si no sabe manejar la silla de ruedas pregúntele a la persona como ayudarle

10. Usted va por la calle y ve a una persona con parálisis cerebral que tiene dificultades para andar y usted decide acercarse a ella a preguntarle si requiere de alguna ayuda, cuando se hacer usted nota que esta persona presenta una expresión rara en el rostro o realiza algún movimiento extraño con su cuerpo, usted:

- a. Se arrepiente de hablarle y sigue su camino
- b. Le habla normalmente como si no tuviera esa expresión facial o como si no realizara ningún tipo de movimiento con su cuerpo
- c. Considera que esa persona esta disgustada y usted prefiere retirarse.

Respuesta: Las personas con parálisis cerebral pueden tener dificultades para andar, pueden hacer movimientos involuntarios de piernas y brazos y pueden presentar expresiones extrañas en el rostro, no se intimide, son personas comunes como usted con inteligencia normal

PERSONA CON DISCAPACIDAD VISUAL

11. Cuando usted ve una persona con discapacidad visual y considera que esa persona necesita de ayuda, usted:

- a. Se dirige a la persona y la toma de la mano rápido para ayudarla.
- b. Le dice a otra persona que vaya a ayudarla.
- c. Se acerca a la persona y le ofrece su ayuda.

Respuesta: No siempre las personas con discapacidad visual necesitan de ayuda; por ello cuando se encuentre alguna de ellas y está en dificultades, primero, acérquese, hable y ofrezca su ayuda. Nunca ayude sin antes preguntar cómo debe hacerlo.

12. Si una persona ciega acepta su ayuda para que lo guie, usted:

- a. Lo toma como si lo estuviera abrazando
- b. Coloque la mano de la persona ciega en su antebrazo doblado, avisándole de obstáculos.
- c. Le toma la mano y le avisa de obstáculos mientras camina rápidamente.

Respuesta: Coloque la mano de la persona ciega en su antebrazo doblado, avisándole de obstáculos, a paso moderado.

13. Cuando una persona ciega le pide que le explique cómo llegar a una dirección o lugar, usted:

- a. Lo lleva, porque no sabe cómo explicarle.
- b. Le habla en voz muy alta y le explica por medio de señas y referencia lugares para que pueda llegar.
- c. Le habla en voz normal y le indica la distancia en metros de forma clara.

Respuesta: Le habla en voz normal y le indica la distancia en metros de forma clara, y si quiere llevarlo, primero ofrézcale su ayuda, porque ellos pueden que la acepten o no.

PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL:

14. Cuando quiere decirle algo a una mujer con discapacidad intelectual, usted:

- a. Le dice las cosas tratándola como una niña
- b. Le dice las cosas muy lentamente y si no entiende no se esfuerza ya que no lo va a comprender.
- c. Se refiere a ella como una mujer, con respeto y le dice las cosas de manera normal, si no entiende lo repite o busca una mejor manera.

Respuesta: Se refiere a la persona como determina su edad, si es una niña como una niña; o si es un adulto como hacia una persona adulta. Lo hace con respeto y se expresa de manera normal, no tiene que levantar la voz, o hablar más lento o rápido. Si la persona no entiende lo repite o busca una mejor manera. No subestime a la persona.

NOMBRE DEL MÓDULO	N:4 Conociendo las leyes en discapacidad
TEMAS A TRATAR	<ul style="list-style-type: none"> • Plan decenal de salud pública, ley 1287/2009, ley 762/2012, decreto 2177/1989, ley 1346/2009, ley estatutaria 1618/2013 • Derecho de petición, tutela y concesión de derechos.
ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Mural de normativa • Interpretación de imágenes • Charla magistral
MATERIALES	Papel craft, revistas, tijeras, colbón, marcadores, resúmenes
DESARROLLO DEL MÓDULO	El módulo inicia con un mural en el cual contiene seis segmentos, cada uno contiene una serie de imágenes que los agentes comunitarios deben interpretar e intentar relaciona con el nombre de la ley; alterno a ello se explicaran los aspectos más relevantes de cada ley.

	En la segunda parte se tiene una clase magistral con el Abogado de la Secretaría de Desarrollo social quien explicó en que consiste y en qué casos se usa el derecho de petición, la tutela y la concesión de derechos.
--	---

RESUMEN DEL MODULO:

PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021

-Reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud, sin discriminación por motivos de discapacidad; así mismo, adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud

-Constituye un instrumento de política pública que reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, con necesidades y expectativas específicas que requieren de la intervención transectorial, sectorial y comunitaria, así como, de su participación activa, para consolidar mejores condiciones de vida enmarcadas en la inclusión social.

-Prevenir la discapacidad en la población en general a través de un cambio de cultura, vida saludable y medidas preventivas.

-Incorporar acciones enfocadas a garantizar la atención integral y la prestación de servicios de rehabilitación con calidad, para mejorar su calidad de vida y favorecer su inclusión social, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión.

-A 2021 tener un modelo de atención integral en salud a través de la formación y ejecución de programas y proyectos en pro de mejorar la calidad de vida, a través del trabajo inter y transectorial

Fomenta la rehabilitación basada en la comunidad que busca igualdad en las oportunidades para estas personas, mejorando la inclusión a la educación por medio de la disponibilidad de recursos en lenguajes alternativos (braille, señas, aumentativo).

LEY 1287/2009

Artículo 2°. Autorización de parqueo de vehículos en las bahías de estacionamiento definidas por la Ley 769 del 2002 a las personas con movilidad reducida, ya sean conductores o acompañantes.

Artículo 3°. Con el fin de garantizar la movilidad de las personas con movilidad reducida, las autoridades municipales y distritales autorizarán la construcción de las bahías de estacionamiento y dispondrán en los sitios donde ellas existan, así como en

los hospitales, clínicas, instituciones prestadoras de salud, instituciones financieras, centros comerciales, supermercados, empresas prestadoras de servicios públicos domiciliarios, parques, unidades residenciales, nuevas urbanizaciones, edificaciones destinadas a espectáculos públicos, unidades deportivas, autocinemas, centros educativos, edificios públicos y privados, de sitios de parqueo debidamente señalizados y demarcados para personas con algún tipo de discapacidad y/o movilidad reducida, o cuya capacidad de orientación se encuentre disminuida por razón de la edad o enfermedad.

De la accesibilidad al medio físico: Artículo 5°. Las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas deben cumplir con lo establecido en el título IV, Capítulos I y II de la Ley 361 de 1997, y en el Decreto Reglamentario 1538 del 2005 sobre la accesibilidad al medio físico, eliminación de las barreras arquitectónicas, acceso a los espacios de uso público, a las vías públicas, a los edificios abiertos al público y a las edificaciones para vivienda, serán sancionados de acuerdo con lo establecido en el capítulo IV de la presente ley.

De las sanciones: Artículo 6°. Para aquellos que incumplan con lo establecido en la presente ley se les aplicarán las siguientes sanciones: Para las personas naturales o jurídicas privadas se aplicará una sanción que irá entre cincuenta (50) y hasta doscientos (200) salarios mínimos legales diarios vigentes.

Para las autoridades gubernamentales que incumplan los preceptos establecidos por esta Ley y las demás normas de discapacidad serán sancionadas conforme lo prevé la Ley de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y demás normas aplicables, como faltas graves y causales de mala conducta.

Artículo 7°. El Ministerio de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial y el Ministerio de Transporte, vigilarán el cumplimiento de lo establecido en la presente ley.

LEY 762/2002

Por medio de la cual se aprueba la "Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad", suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999).

El término "discriminación contra las personas con discapacidad" significa toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el

reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales. Adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad.

-Medidas para eliminar progresivamente la discriminación y promover la integración por parte de las autoridades gubernamentales y/o entidades privadas en la prestación o suministro de bienes, servicios, instalaciones, programas y actividades, tales como el empleo, el transporte, las comunicaciones, la vivienda, la recreación, la educación, el deporte, el acceso a la justicia y los servicios policiales, y las actividades políticas y de administración

-Medidas para que los edificios, vehículos e instalaciones que se construyan o fabriquen en sus territorios respectivos faciliten el transporte, la comunicación y el acceso para las personas con discapacidad

-Medidas para eliminar, en la medida de lo posible, los obstáculos arquitectónicos, de transporte y comunicaciones que existan, con la finalidad de facilitar el acceso y uso para las personas con discapacidad

-Medidas para asegurar que las personas encargadas de aplicar la presente Convención y la legislación interna sobre esta materia, estén capacitados para hacerlo.

DECRETO 2177 DEL 1989

READAPTACION PROFESIONAL Y EL EMPLEO DE PERSONAS INVÁLIDAS

El Estado garantizará la igualdad de oportunidades y derechos laborales a las personas inválidas física, mental o sensorialmente, conforme al Convenio número 159 suscrito con la organización Internacional del Trabajo y las disposiciones vigentes sobre la materia.

Se entiende por persona inválida, *aquella cuyas posibilidades de obtener y conservar un empleo adecuado y de progresar en el mismo queden sustancialmente reducidas a causa de una deficiencia de carácter físico, mental o sensorial debidamente reconocida.* En ningún caso la existencia de limitaciones físicas, sensoriales o mentales podrá ser impedimento para ingresar al servicio público o privado, a menos que éstas sean incompatibles con el cargo que se vaya a desempeñar.

La calificación de invalidez será certificada por el departamento de Salud ocupacional o por el médico de la EPS de la persona. En cuanto a la política de empleo, educación, capacitación y rehabilitación intervendrán el ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Educación Nacional, Salud y demás entidades gubernamentales. Se realizaran

convenios con instituciones para hacer actividades de rehabilitación. El SENA, coordinara actividades de educación y capacitación.

REHABILITACION POR REUBICACION PROFESIONAL: proceso continuo y coordinado que prepara a la persona inválida para que alcance una mayor independencia, autonomía e integración a la actividad laboral social, e igualdad de condiciones y con los mismos derechos y responsabilidades, a través de las etapas de: evaluación, orientación, adaptación, formación y ubicación laboral. Todo esto con el fin de promover el empleo en la personas con discapacidad y de mantener el que tienen como derecho de igualdad y de respeto; las instituciones públicas como privadas tienen el deber de volver a vincular a la una persona si es expulsada por su discapacidad.

Las entidades públicas como privadas, recibirán estímulos para los que vinculen laboralmente a personas con discapacidad con el cumplimiento de sus derechos laborales. También, se propone crear el Consejo Coordinador para la Readaptación y Empleo de Personas Inválidas, con carácter permanente para coordinar los programas y actividades. Este consejo debe crear su propio reglamento y reunirse por lo menos una vez al mes, en el que se rendirá un informe de sus actividades a la dirección general de seguridad social, ministerio de trabajo y seguridad social.

El incumplimiento al presente Decreto, dará lugar a la aplicación de las sanciones que prescribe la Ley. Corresponde al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social vigilar y controlar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en este Decreto, directamente o a través de las dependencias nacionales, regionales, inspecciones del trabajo y especialmente de aquellas encargadas de la inspección y vigilancia.

LEY 1346 DEL 2009

Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.

Esta ley acoge los principios y derechos de las personas en situación de discapacidad los cuales se conocieron en la convención de los derechos humanos en el 2006, para ratificarla y agregarla a la constitución política de Colombia.

El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

También estipula las obligaciones generales para los estados que adopten la presente ley y la incluyan en su constitución y establece los derechos de las personas en situación de discapacidad brindados en la sesión anterior.

LEY ESTATUTARIA 1618 DEL 2013

“Una oportunidad para garantizar los derechos de las personas con discapacidad”

El objeto de la presente ley es garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009.

La Ley 1618 dicta medidas específicas para garantizar los derechos de los niños y las niñas con discapacidad; el acompañamiento a las familias; el derecho a la habilitación y rehabilitación; a la salud; a la educación; a la protección social; al trabajo; al acceso y accesibilidad; al transporte; a la vivienda; a la cultura; el acceso a la justicia; entre otros.

Se reglamenta la creación de un recurso para la protección de las personas en discapacidad en la mayoría de ministerios. Los ministerios encargados de crear y establecer este presupuesto son ministerio de hacienda y crédito público y departamento Nacional de Planeación. Este presupuesto será utilizado para el cumplimiento y ejecución de los derechos de las personas con discapacidad en los ejes de salud, educación, vivienda, infraestructura, actividades culturales, deporte, trabajo y bienestar.

El Ministerio del Interior, el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, y el Ministerio de Trabajo, o quienes hagan sus veces dispondrán los mecanismos necesarios para la integración de un Consejo para la Inclusión de la Discapacidad.

Las medidas de inclusión de las personas con discapacidad adoptarán la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) integrando a sus familias y a su comunidad en todos los campos de la actividad humana, en especial a las familias de bajos recursos, y a las familias de las personas con mayor riesgo de exclusión por su grado de discapacidad, en concordancia con el artículo 23 de Ley 1346 de 2009. En el que se promoverá la creación de proyectos escolares, universitarios y por la comunidad en los que las personas cuidadores y externos apoyen y vinculen a las personas con discapacidad.

	situación de discapacidad
TEMAS A TRATAR	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomía y autodeterminación, incremento de la productividad, relaciones sociales, calidad de vida, estrategias reactivas
ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Caso clínico • Preguntas
MATERIALES	Papel, Esfero, Cinta, marcadores
DESARROLLO DEL MODULO	<p>El modulo se inicia con la explicación de los conceptos autonomía, autodeterminación, calidad de vida, relaciones sociales y se brindan estrategias en las que las personas pueden fortalecer estos conceptos en su propia vida; luego, se informa al grupo que formen grupos de 5 personas para que analicen un caso clínico. Después de ello, se resuelve el caso con todo el grupo en el que cada grupo aporta las respuestas y los monitores dan la retroalimentación adecuada. Seguido a ello se realiza un juego de preguntas de las sesiones anteriores con el fin de repasar los temas anteriores.</p>

RESUMEN DEL MODULO:

FORMACION DE AUTONOMIA E INDEPENDENCIA EN LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

AUTODETERMINACIÓN: Capacidad para actuar como el principal agente causal de la propia vida y realizar elecciones y tomar decisiones relativas a uno mismo, libre de influencias o interferencias externas indebidas.

El desarrollo de la autodeterminación requiere de un sistema de apoyo que lo favorezca, que estimule las iniciativas de la persona, que fomente su participación en las acciones relevantes para su vida, que promueva el establecimiento de metas personales, que ayude a la persona a estar segura de sí misma, a confiar y valorar sus logros, que potencie la autonomía y favorezca la autorregulación.

AUTONOMÍA: Se refiere a la regulación de la conducta por normas que surgen del propio individuo. Autónomo es aquel que decide conscientemente que reglas son las que van a guiar su comportamiento. La autonomía está relacionada con ser capaz de analizar lo que creemos que debemos hacer y considerar si de verdad debe hacerse.

CALIDAD DE VIDA: Este es un concepto multidimensional, formado por varias dimensiones: bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, desarrollo personal, autodeterminación, inclusión social y derechos. La calidad de vida aumenta cuando se les da el poder a las personas de participar en decisiones que afectan a sus vidas y cuando se da una aceptación e integración plena en la comunidad.

INDEPENDENCIA: Capacidad de realizar labores y decisiones autónomamente. Tener la certeza del apoyo de los demás, sin desvincularse de la autonomía para tomar la mejor decisión.

ETAPAS HISTORICAS

- Estigmas sociales de carga o castigos por pecados
- Modelo medico: mirar sus carencias físicas pero no su contexto, busca la institucionalización de las personas con discapacidad como única estrategia de solución
- Modelo social: inclusión social y la determinación de las incapacidades de la sociedad para lograr solventar las necesidades de las personas en situación de discapacidad.
- Modelo de la diversidad: diversidad funcional, donde se entiende que cada hombre y cada mujer tiene un grado determinado de funcionalidad y que es necesario que a través del apoyo se le incentive al desarrollo de dicha funcionalidad.

ESTRATEGIAS DE EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

- Trato con una actitud de valor y respeto por la diferencia de esa persona.
- Entender y ver a las personas en situación de discapacidad como seres titulares de derechos, sujetos activos capaces de ejercer su derecho de toma de decisiones sobre su propia existencia y no solo individuos beneficiarios de decisiones ajenas.
- Generar que esa persona tenga inclusión en su propio proceso de desarrollo y recuperación.
- Diferenciar las conductas que son normales pero las vemos diferentes porque quien las realiza en un niño con discapacidad cognitiva.
- Generar espacios para que las personas tome sus propias decisiones
- Estimular el aumento de la independencia y productividad lo cual como fin último lleve a la autosuficiencia económica de esta persona.
- Brindarles oportunidades de desarrollo de relaciones sociales e interpersonales

- Durante su proceso de desarrollo poner como parte fundamental del proceso reglas, normas y límites, lo cual generara en ellos autodeterminación y autosuficiencia.
- Estimular el desarrollo de habilidades funcionales: bañarse, comer, ir al baño.
- Estimular el desarrollo de habilidades de afrontar y de tolerancia: demoras, críticas, fracaso, rechazos, disconfort y en general el afrontamiento de todos los acontecimiento aversivos del mundo real.
- Desarrollar estrategias reactivas: castigos que hagan que la persona tome control sobre los acontecimientos.
- Generar una manipulación ecológica: modificar el ambiente y el entorno de tal forma que se le permita dar solución a las necesidades primordiales de la persona y que este no se convierta en la primera barrera de acceso para el desarrollo de las diferentes habilidades
- Desarrollar en ellos factores programáticos: elección, predictibilidad y control, motivación y dificultades en las tareas
- Generar cambio de conductas: si el niño come cosas no comestibles, lo que significaría que tiene hambre, entonces le enseñaremos que cada vez que tenga hambre adopte una conducta determinada como señalar un alimento o ir y tomar un alimento comestible.
- Al momento de tener contacto con una persona en situación de discapacidad mental o cognitiva, hay que utilizar diferentes estrategias como Ignorarlo después de haber realizado alguna actitud inaceptable, redirigir comportamientos, retroalimentar de los actos buenos y malos, entrenar para la realización de diferentes actividades, escuchar activamente y en los momentos necesario generar interposición (reducir contacto físico con la persona).

NOMBRE DEL MODULO	N° 7 Recomendaciones de aseo generales para las personas en situación de discapacidad
TEMAS A TRATAR	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones generales antes de iniciar el aseo • Aseo completo en cama • Baño del cabello en cama <p>Cuidado de las mucosas: higiene de los ojos, higiene de las fosas nasales, higiene de los oídos, higiene de la boca.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de manos y pies.

	<ul style="list-style-type: none"> • Normas básicas de aseo en genitales. • Colocación de pañal en cama • Prevención de la pañalitis.
ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación en power point • Videos
MATERIALES	Computador, proyector, parlantes
DESARROLLO DEL MODULO	Los temas a tratar se contemplaron en una presentación en power point que contenían los pasos a seguir para realizar el higiene de cada una de las zonas del cuerpo en las personas que se encuentran en cama por su discapacidad; cada explicación llevaba un video de mostraba de forma vivencial como se debía generar y realizar el aseo. Y las dudas se respondían en el mismo momento luego de que hacían las preguntas.

RESUMEN DEL MODULO:

MODULO ASEO E HIGIENE GENERAL

1 RECOMENDACIONES GENERALES ANTES DE INICIAR EL ASEO

- Mantener siempre posturas adecuadas para prevenir lesiones de columna.
- Tener dos o más cuidadores por paciente con el fin de rotar y repartir las cargas.
- Realizar lavado de manos, antes y después de tocar al paciente o algún elemento u objeto de este.
- Los implementos de aseo e higiene son personales.
- Utilizar elementos de bioseguridad, guantes, tapabocas y delantal
- Ayudar respetando sus opiniones y preferencias.
- Reforzar sus esfuerzos y sus gestos de autonomía.
- La habitación debe estar limpia, ordenada y a temperatura agradable, sin corrientes de aire y con buena iluminación.

2 ASEO COMPLETO EN CAMA:

Recomendaciones generales

- En los encamados, el aseo corporal alivia el dolor, la rigidez articular, y reduce molestias como el prurito o comezón, ocasionado por la piel seca.
- Antes de iniciar el baño, hay que decirle a la persona lo que vamos a hacer, ya que le estamos violentando su intimidad física y psíquica.

- Al retirar el camisón o pijama, cubrir al paciente con una toalla grande.
- Limpiar su cuerpo por partes con una esponja sumergida en agua tibia jabonosa. El jabón debe ser de pH neutro, de lo contrario favorecerá la resequead de la piel.
- Para que el paciente no se enfríe, cubrir el área limpia con la toalla.
- Comenzar el lavado colocando al paciente boca arriba, y terminar girándolo boca abajo. Si no puede permanecer en esta posición, se recomienda colocarlo de lado.
- Comenzar el lavado por la cara, y seguir en este orden, cuello, extremidades superiores, abdomen, extremidades inferiores, y por último los genitales, ano y glúteos.

3 LAVADO DEL PELO EN CAMA:

- Colocar a la persona en la posición adecuada (cabeza descolgada por el borde lateral de la cama)
- Enrollar una toalla y colocarla alrededor del cuello
- Colocar la bolsa plástica debajo de la cabeza de la persona formando un canal que desagüe el agua sucia a una vasija desocupada
- Mojar el cabello con agua caliente, aplicar una pequeña cantidad de Shampoo y masajear toda la cabeza con las puntas de los dedos (sin uñas)
- Enjuagar muy bien el shampoo y envolver el cabello en la toalla
- Secar el cabello haciendo torcijones para quitar el exceso de agua
- Peinar el cabello y dejar una toalla estirada debajo de la cabeza para retirar el agua sobrante

4 CUIDADO DE LAS MUCOSAS:

Higiene de los ojos:

- El lavado de los ojos debe hacerse con una toalla o paño suave humedecido en agua, efectuando pasadas desde el lagrimal hacia el ángulo externo del ojo. Usar un paño para cada ojo.

Higiene de las fosas nasales:

- Lavar la nariz instilando unas gotas de agua con sal o con una gasa impregnada en suero salino. Debe cambiarse de gasa para cada fosa nasal.

Higiene oídos:

Con un pañin o gasa humedecida con agua tibia frotamos por el pabellón auricular sin profundizar en el conducto auricular. El uso del copito esta evaluado ya que este no se debe introducir por el conducto auditivo. La limpieza se realizara de adentro hacia afuera y en cada oído utilizaremos una gasa diferente.

Higiene de la boca:

- El lavado de la boca debe hacerse diariamente con suavidad, usando un mango de cuchara o un baja lenguas envuelto en una gasa impregnada de suero o agua con bicarbonato.
- Procurar llegar a todos los lugares: paladar, encías, base de la boca y lengua.
- Enjuagar adecuadamente, con la debida precaución para que el paciente no se ahogue.
- Humectar los labios con vaselina o algún otro producto para ello.
- Proceder al lavado tras cada una de las comidas, aun cuando el paciente se alimente por otra vía diferente a la oral.
- En las personas portadoras de prótesis, retirar las dentaduras y proceder a su limpieza tras cada comida. La dentadura postiza se debe retirar siempre para dormir

5 CUIDADO DE MANOS Y PIES

- Informarle a la persona el procedimiento que se va a hacer
- Preparar los implementos de aseo y dejarlos cerca de su alcance
- Revisar las uñas mínimo una vez a la semana
- Cortar las uñas de forma correcta, la de las manos en forma curva y la de los pies en forma recta
- Usar lima para pulir los bordes y puntas de las uñas
- Identificar lesiones presentes o acumulo de hongos (onicomicosis: crecimiento de hongos en las uñas)
- Dejar las manos o pies introducido en agua durante 3 – 5 minutos, luego sacarlos y secar bien especialmente los espacios interdigitales. Evidenciar si existe alguna lesión
- Finalizar el proceso con una adecuada lubricación y un masaje relajante, lo cual favorece la circulación

6 NORMAS BASICAS DE ASEO EN GENITALES

- Tener el material listo y al alcance suyo

- Tener claro que la actitud de respeto hacia la otra persona le facilitara realizar este procedimiento
- No exponga a la persona a la que va a asear, haga esto en un lugar privado, donde no tenga corrientes de aire
- Explíquelo a la persona el procedimiento que se va a realizar
- Utilice agua tibia de tal forma que amenice la situación
- Cubra la cama con un impermeable y coloque una vasija debajo de la cola de la persona
- Eche agua de adelante hacia atrás (pubis hacia el ano)
- Enjabone de adelante hacia atrás y cambie de cara la compresa o esponja que está utilizando
- Retire el jabón siempre verificando que no quede parte de él acumulada en ningún lado especialmente pliegues y áreas internas
- Seque bien cada una de las áreas y evite dejar humedad en los pliegue
- Cuando haya terminado cubra al paciente y déjelo en una posición de confort

7 COLOCACIÓN DE PAÑAL EN CAMA

- Preparar todo el material.
- Saludar e informar sobre el procedimiento, transmitiendo tranquilidad.
- Colocarse los guantes.
- Mientras el paciente está en posición boca arriba acostado, despegar del pañal puesto, retirando la parte delantera del pañal hacia abajo.
- Colocar al paciente de lado y retirar el pañal doblándolo sobre sí mismo hacia la espalda.
- Poner el pañal limpio en la cama, la parte posterior a la altura de la cintura
- Doblar la zona de los elásticos que queda pegada a la cama sobre sí misma.
- Girar al paciente que estaba de lado hasta quedar boca arriba sobre el pañal.
- Quitar el pañal sucio que se encontraba enrollado al lado y estirar el pañal limpio para colocarlo.
- Meter el pañal entre las piernas del paciente ajustándolo.
- Pegar los adhesivos en la zona de la cintura y acomodar.

PREVENCIÓN DE LA PAÑALITIS

La pañalitis es la Irritación, inflamación producida por la humedad, maceración, fricción, contacto de la orina, heces y otras sustancias que genera alteraciones dañinas en la piel. Estas lesiones cutáneas se pueden prevenir cuando:

- Se tienen una buena higiene: limpia y seca (agua y jabón neutro)

- Cambios frecuentes del pañal.
- Utilizar polvos o crema con Zinc evita la maceración.

Si el daño ya está generado y a pesar de que se realicen las medidas de prevención y la persona no mejora, es necesario asistir al médico para que se identifique si la persona puede estar cursando por una infección y necesite cremas antibióticas.

NOMBRE DEL MODULO	N°8 Comodidad, confort y cuidados de la piel
TEMAS A TRATAR	Cuidados de la piel y prevención de la zonas de presión: <ul style="list-style-type: none"> • Definición de piel, zonas de presión y úlceras de presión. • Importancia de la hidratación y de los cambios de posición Cambios de posición <ul style="list-style-type: none"> • Decúbito prono • Decúbito lateral • Decúbito supino • Semi fowler • Técnicas de movilización • Reloj de cambio de posición Lubricación de la piel <ul style="list-style-type: none"> • Lubricación de labios • Piel grasa • Piel seca Uso de elementos protectores.
ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Dibujos de las posiciones • Realización de los cambios de posición cada uno de los integrantes. • Ubicación de almohadas • Masaje
MATERIALES	Papel, marcadores, sábanas, almohadas, crema, cinta y papeles de colores.
DESARROLLO DEL MODULO	La clase se inició con una breve explicación de que es la piel, que es una zona de presión y factores influyen para que se genera una úlcera por presión. Luego los integrantes del grupo pasaban al frente y señalaban con unos papelitos de

	<p>colores unas imágenes que contenían las posiciones corporales los lugares donde posiblemente se podrían llegar a generar una zona de presión. Seguido a ello se explicó el cuidado de la piel en las personas, enfatizando en el paciente en cama. Después se prosiguió con la explicación de los cambios de posición, en la que la mayoría de las integrantes pasaron al frente a realizar la movilización con los parámetros aprendidos y ubicaron las almohadas en las zonas donde posiblemente se generaría las úlceras por presión. Y finalmente se enseñaron técnicas de masaje para todo el cuerpo mientras ellas, que se encontraban en parejas se hacían los masajes.</p>
--	---

RESUMEN DEL MODULO:

CUIDADOS DE LA PIEL Y PREVENCIÓN DE ZONAS DE PRESIÓN

LA PIEL: Es el órgano más amplio y pesado del cuerpo, que se encuentra en permanente relación con los otros órganos. Este órgano puede revelar las disfunciones del cuerpo y presenta tres funciones básicas: La protección (protege de ataques mecánicos, físicos y químicos que provienen del exterior); Transmisión (de información del mundo exterior a través de sus terminaciones nerviosas); e intercambio (eliminación de toxinas, sudor y calor)

ZONAS DE PRESIÓN: sitios anatómicos donde hay una prominencia ósea y es más propensa la formación de úlceras por presión, con ayuda de un periodo largo o corto en la misma posición.

ÚLCERAS POR PRESIÓN: son lesiones por falta de irrigación sanguínea, provocando la muerte de los tejidos. En general se producen en sitios donde existen prominencias de los huesos, que al comprimir la zona de apoyo entre éste y el resto de cuerpo situado superficialmente provocan la disminución o la suspensión del flujo de sangre, con el consiguiente daño a los tejidos. Dichos sitios pueden ser sometidos a presión intensa durante un período corto o a presión menos intensa, durante un tiempo más prolongado, siendo ambas alternativas potencialmente dañinas para la piel.

IMPORTANCIA DE LA HIDRATACIÓN Y DE LOS CAMBIOS DE POSICIÓN: Cuando hidratamos la piel estamos cuidando la integridad de esta al disminuir la posibilidad de que se lesione, además estamos masajeando y reforzando la circulación sanguínea en esa zona, lo que permite su oxigenación, regeneración y fortalecimiento. Los cambios

de posición permiten retribuir las cargas en las diferentes zonas anatómicas evitando la formación de zonas de presión y con ello previniendo la formación de úlceras por presión.

TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN:

Normas generales de elevación de cargas

- Separar los pies, uno al lado del objeto y otro detrás;
- A partir de la posición de agachados (posición de sentados), mantener la espalda derecha (que no siempre es vertical);
- Una espalda derecha hace que la espina dorsal, los músculos y los órganos abdominales estén en alineamiento correcto;
- Se minimiza la comprensión intestinal que causa hernias;
- Cuello y cabeza deben seguir la alineación de la espalda;
- Dedos y manos han de extenderse por el objeto para ser levantados con la palma. Los dedos solos, tienen poca potencia;
- Acercarse al objeto, brazos y codos al lado del cuerpo. Si los brazos están extendidos, pierden mucha de su fuerza. El peso del cuerpo está concentrado sobre los pies. Comenzar el levantamiento con un empuje del pie trasero;
- Para evitar la torsión del cuerpo, pues es la causa más común de lesión de la espalda, se ha de cambiar el pie delantero en la dirección del movimiento;
- Si el objeto es demasiado pesado para una persona, deben coordinarse entre ellos contando, uno, dos, tres, arriba.

Paciente en cama: Cuando es una persona que no puede colaborar, la movilización se hará necesariamente con dos personas. Colocarse cada persona a un lado de la cama, frente al enfermo; Debemos colocar los pies separados así como las rodillas ligeramente flexionadas; Retirar la ropa superior de la cama así como la almohada del paciente; Luego, se introducen un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro debajo del muslo. Sujetan al paciente y lo levantan con cuidado hasta llevarlo a la posición deseada.

También hay otra opción. Para esta técnica nos ayudaremos de una sábana doblada en su largo a la mitad; Se la colocaremos al paciente por debajo, de forma que llegue desde los hombros hasta los muslos. Para ello colocaremos al enfermo en decúbito lateral, lo más próximo a un borde de la cama y meteremos la "entremetida" por el lado contrario al que está girado, luego lo volveremos al otro lado y sacaremos la parte de "entremetida" que falta de colocar. Una vez colocada la "entremetida", se enrolla ésta por los laterales sujetándola cada persona fuertemente, pudiendo así mover al paciente hacia cualquier lado de la cama evitando las fricciones.

Para realizar la movilización hacia un lateral Movilización del paciente hacia un lateral de la cama, usted se coloca en el lado de la cama hacia el cual va a trasladar al enfermo y colocará el brazo más próximo del paciente sobre su tórax, Frenaremos la cama y la colocaremos en posición horizontal (sin angulación), retirando las almohadas y destapando al paciente (colocar biombo para proteger su intimidad); Pasaremos un brazo bajo la cabeza y cuello del paciente hasta asir el hombro más lejano; Colocar el otro brazo por debajo de la zona lumbar; Una vez sujeto con ambos brazos, tiraremos suave y simultáneamente del paciente hacia la posición deseada; Una vez desplazada esa parte del cuerpo, situaremos uno de nuestros brazos bajo los glúteos y el otro bajo el tercio inferior de los mismos, procediendo a desplazar la otra parte del cuerpo del paciente hacia la posición deseada.

RELOJ DE CAMBIO DE POSICIÓN:

Es una de las estrategias implementadas para la movilización de pacientes en cama que son totalmente dependientes o que por su condición de salud no puede moverse por sí mismo. El objetivo de este reloj es mostrar un esquema de cambios posturales (de posición) de un paciente durante el día de acuerdo con las necesidades del mismo.

El reloj está dividido en las 24 horas del día, este contiene unos colores específicos los cuales abarcan 3 horas diferentes cada uno, cada color representa la posición en la que el paciente debe estar según la hora del día.

Como se puede ver en la siguiente imagen si decimos que son las 4pm el paciente debe estar en posición de medio lado hacia la derecha, cuando sean las 6pm se debe voltear a la persona y dejar de medio lado hacia la izquierda.

Recuerde que usted debe realizar los movimientos o cambio de posiciones del paciente junto con los ejercicios pasivos y realizar cambios de posición cada 2 a 3 horas.

LUBRICACIÓN DE LA PIEL

Lubricación de labios: para los labios agrietados que se presentan primariamente en los pacientes en cama puedes utilizar vaselina, manteca de cacao y un labial medicado o mantequilla sin sal. No olvides tomar agua, no humedecer los labios con saliva y consumir alimentos ricos en vitamina E, como semillas de girasol, pimentón, almendras, orégano, espinaca.

Piel grasas: evitar aplicarse aceite mineral y/o vaselina, evite comer productos grasos, duces o carbohidratos en exceso. También puede utilizar los productos como gel de aloe vera; mascarilla de maicena (3 cucharadas y agua tibia para la mascarilla); manzana (Mezcla ½ taza de manzana pisada con ½ taza de avena cocida, clara de

huevo y una cucharada de jugo de limón. Arma una pasta y aplica en el rostro por 15 minutos, luego enjuaga con agua fría). Yema de huevo (Una mascarilla de yema de huevo ayuda a secar la piel y reducir los aceites. También puedes aplicar la yema de huevo con un hisopo en las zonas grasas específicas. Deja que la yema de huevo actúe por 15 minutos y luego enjuaga).

PIEL SECA: Para hidratar este tipo de piel no necesitas un producto con un alto contenido de agua, sino con ingredientes como lípidos, glicerina, lecitina que coadyuvan a un mejor funcionamiento de la matriz intercelular. En el caso de las pieles secas, las cremas son mejor opción que las lociones. Marcas como Nivea o Eucerin ofrecen muy buenas hidratantes para pieles secas. Atención a ciertos ingredientes. Los ácidos y derivados más potentes del retinol pueden no ser adecuados en ciertas condiciones en las pieles secas, es mejor evitarlos. Aplique una capa espesa de crema hidratante sobre la piel y deje que actúe durante algunos minutos. Luego, retire el excedente con un pedazo de algodón.

USO DE ELEMENTOS PROTECTORES: Otra estrategia para la prevención de las úlceras o zonas de presión es el uso de elementos protectores. Estos elementos son elaborados en materiales y formas especiales que se adaptan a las condiciones del paciente y evitan los roces o contactos directos de la piel y zonas óseas prominentes con las áreas planas o duras; de tal forma que al reducir las presiones de estas zonas no se generen daños en la piel y en los tejidos formando las úlceras por presión.

Algunos de los elementos que se emplean en la prevención de zonas de presión son:

- Colchones anti escaras: Pueden ser de presión alterna, agua, silicona, látex o poliuretano.
- Taloneras: Pueden ser de gel o cualquier material suave y amortiguador
- Almohadas y cojines anti escaras: Pueden ser de látex o silicona
- Apósitos hidrocelulares: Conocido también como cura húmeda, la cual brinda un ambiente propicio para la recuperación de los tejidos.
- Botines: Al igual que las férulas y las taloneras, estas se encargan de reducir las presiones sobre los talones cubriendo los pies con elementos suaves que conservan la integridad
- Férulas

NOMBRE DEL MODULO	N°9 Aprendiendo mis signos vitales.
TEMAS A TRATAR	Que son los signos vitales <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardiaca • Frecuencia respiratoria • Temperatura corporal • Tensión arterial
ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Taller teórico practico • Tablero
MATERIALES	Tablero, marcador, reloj con minuterio o cronometro, tensiómetro, fonendo, termómetro, hoja y esfero.
DESARROLLO DEL MODULO	La clase se inició con la explicación de que son los signos vitales, cuales son los signos vitales, en el que se habló de frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y tensión arterial; se explicó el paso a paso de como tomarlos, las precauciones y los valores normales de cada uno. Luego se continuó con la práctica en la que cada una de las integrantes aprendiera a tomar cada una de las constantes vitales, practicando con sus mismas compañeras, mientras se evaluaba la forma en que lo realizaban, se respondían dudas y se daba la retroalimentación.

RESUMEN DEL MODULO:

SIGNOS VITALES

Son indicadores que reflejan el estado físico y funcional de los órganos vitales (cerebro, corazón y pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo. Estas constantes vitales se pueden medir en el centro médico o en su casa. Los cuatro signos vitales son: Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y temperatura corporal. Los signos vitales puede verse alterados por la edad, el género, el ejercicio físico, embarazo, estado emocional, hormonas, medicamentos, fiebre y hemorragias.

Las recomendaciones previas a la toma de signos vitales:

- Si el paciente viene corriendo y se encuentra agitado, es necesario esperar 15 minutos.
- Compruebe que los implementos estén en buen estado y el tensiómetro calibrado.

- Salude al paciente y explíquelo lo que va a realizar.

FRECUENCIA CARDIACA

Es la onda pulsátil de la sangre, originada en la contracción del ventrículo izquierdo del corazón y que resulta en la expansión y contracción regular del calibre de las arterias. La onda pulsátil representa el rendimiento del latido cardiaco, que es la cantidad de sangre que entra en las arterias con cada contracción ventricular y la adaptación de las arterias, o sea, su capacidad de contraerse y dilatarse. Asimismo, proporciona información sobre el funcionamiento de la válvula aórtica. El pulso periférico se palpa fácilmente en pies, manos, cara y cuello. Realmente puede palpase en cualquier zona donde una arteria superficial pueda ser fácilmente comprimida contra una superficie ósea.

Para palpar el pulso utilice la parte distal o la yema de los dedos índice y corazón palpando suavemente hasta ubicar el pulso, luego cuente durante un minuto el número de latidos que sienta. Evalúe la frecuencia (número de latidos), el ritmo (rítmico o irregular).

Las alteraciones de pulso que se pueden presentar es taquicardia sinusal y es cuando los latidos se presentan en mayor proporción de lo normal. O bradicardia sinusal, y es cuando la frecuencia cardiaca es menor a lo normal, esta condición es normal en los deportistas de alto rendimiento físico.

VALORES NORMALES DE FRECUENCIA CARDIACA

EDAD PULSACIONES POR MINUTO

- Recién nacido 120 – 170
- Lactante menor 120 – 160
- Lactante mayor 110 – 130
- Niños de 2 a 4 años 100 – 120
- Niños de 6 a 8 años 100 – 115
- Adulto 60 – 100

FRECUENCIA RESPIRATORIA

La respiración es el proceso mediante el cual se toma oxígeno del aire ambiente y se expulsa el anhídrido carbónico del organismo. El ciclo respiratorio comprende una fase de inspiración y de espiración. La frecuencia respiratoria es el número de veces que la persona respira durante 1 minuto. Esta se mide mediante la visualización de la

elevación del tórax o del abdomen en los bebés, sin que la persona se percate de que lo está haciendo.

La respiración debe ser un movimiento armónico que no requiere de bastante esfuerzo, por lo que es importante vigilar si la persona presenta dificultad al hacerlo, la FR debe tomarse en reposo y tratar de que el paciente no se percate de que lo esté haciendo. Factores como ejercicio, estrés, temperatura alta, aumento de la altura, medicamentos y edad pueden alterar la frecuencia respiratoria.

Para tomar la frecuencia cardíaca, coloque a la persona sentada o acostada; la persona debe estar en reposo y callada, luego observa durante un minuto cuantos ciclos respiratorios hizo la persona.

En las alteraciones de la respiración encontramos la bradipnea que es cuando la persona tiene una frecuencia respiratoria menor de los parámetros normales; esto puede ir acompañado con alteraciones neurológicas. La apnea, que es cuando hay ausencia de movimientos respiratorios durante un tiempo, los bebés están muy propensos a sufrirlo. También encontramos la taquipnea, que es cuando el nivel de la FR es mayor a lo esperado. Es importante observar si la persona presenta disnea, que es cuando presenta dificultad o requiere de esfuerzo para respirar, tirajes que indica obstrucción a la respiración y se observa cuando se demarcan las costillas y los músculos fraccionan de arriba abajo aumentando la respiración. Observe la coloración de las personas tanto en piel como labios.

TENSIÓN ARTERIAL: Es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. Esta presión es imprescindible para que circule la sangre por los vasos sanguíneos y aporte el oxígeno y los nutrientes a todos los órganos del cuerpo para que puedan funcionar

ELEMENTOS PARA LA TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL

VALORES NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA

Edad /Respiraciones por minuto

- Recién nacido 30 – 80
- Lactante menor 20 – 40
- Lactante mayor 20 – 30
- Niños de 2 a 4 años 20 – 30
- Niños de 6 a 8 años 20 – 25
- Adulto 13 – 20

RANGOS DE CIFRAS TENSIONALES

TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA Más alta DIASTÓLICA Más baja

- Hipotensión Menos de 80 mmHg Menos de 60 mmHg
- Normotensión 80-139 mmHg 60-90 mmHg
- Hipertensión 140 ó más mmHg Más de 90 mmHg

FACTORES PARA EL AUMENTO DE LA TENSIÓN: Persona mayor de 50 años, fumar, consumir alcohol, mala nutrición (exceso de grasas y carbohidratos), sobre peso, enfermedades (diabetes, la enfermedad renal, enfermedades del corazón), herencia familiar.

TEMPERATURA: La temperatura de un cuerpo es una medida de su estado de calentamiento o enfriamiento. Es la intensidad de calor que tiene. Cuando tocamos un cuerpo, nuestro sentido del tacto nos permite hacer una estimación del grado de calentamiento o enfriamiento del cuerpo con respecto a la parte de nuestra piel que está en contacto con dicho cuerpo. Esta estimación del tacto es demasiado limitada e imprecisa para ser de algún valor; por ellos utilizamos elementos como el termómetro ya sea digital o de mercurio.

Se dice que la temperatura normal varía de 36,5°C a 37,2°C. La temperatura corporal se puede tomar de las siguientes maneras:

- Oral: La temperatura se puede tomar en la boca utilizando el termómetro clásico o los termómetros digitales más modernos que usan una sonda electrónica para medir la temperatura.
- Rectal: Las temperaturas que se toman en el recto (utilizando un termómetro de vidrio o digital) tienden a ser de 0,5 a 0,7° F más altas que si se toman en la boca.
- Axilar: La temperatura se puede tomar debajo del brazo utilizando un termómetro de vidrio o digital. Las temperaturas que se toman en esta zona suelen ser de 0,3 a 0,4°F más bajas que las que se toman en la boca.
- En el oído: Un termómetro especial puede medir rápidamente la temperatura del tímpano, que refleja la temperatura central del cuerpo (la temperatura de los órganos internos).
- Por la piel: Un termómetro especial puede medir rápidamente la temperatura de la piel en la frente.

FIEBRE (temperatura alta): Se considera que hay fiebre cuando la temperatura corporal es mayor de 37° C en la boca o en cualquier parte del cuerpo o de 37,6 ° C en el recto

HIPOTERMIA (temperatura baja): La hipotermia se define como una disminución de la temperatura corporal por debajo de 35° C.

NOMBRE DEL MÓDULO	N: 10 Nutrición saludable
TEMAS A TRATAR	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos alimenticios (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales, fibra y agua). • Estilos de vida saludables
ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Tren de la nutrición • Cuestionario FANTASTICO • Minutas alimenticias.
MATERIALES	Papel periódico, pinturas, colores, tijeras, hojas blancas, esferos, colbón, cinta y cuestionarios impresos.
DESARROLLO DEL MÓDULO	Se inicia con la clasificación de los alimentos en el tren de la alimentación que se tiene preparado para que los integrantes del grupo los peguen según consideren en cada vagón; luego, se realizara la explicación de los grupos alimenticios (proteínas carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales, fibra y agua), las funciones y beneficios. Después, se aplicara el formulario FANTASTICO, el cual definirá el estilo de vida que tiene la persona, con la información anterior se dejara que cada integrante realice la minuta alimenticia que considere saludable y nutricional para aplicar en casa y en las visitas domiciliarias.

RESUMEN DEL MODULO:

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

La alimentación saludable se entiende como el suministro de alimentos seguros y con el aporte energético necesario según la etapa vital en la que se encuentre (Recién nacido, niños, adolescente, adulto joven, adulto, adulto mayor). Esto con el fin de generar el bienestar necesario para un adecuado desarrollo (bienestar físico, mental y social).

Recuerde siempre que en la alimentación es necesario tener encuentra aspectos como la higiene, seguridad alimentaria (Alimento en adecuado estado, refrigeración, almacenamiento, temperatura), sabor y presentación.

La nutrición saludable cumple con 4 estándares que son: **CESA**

C: completa (contenga los 7 grupos alimenticios)

E: Equilibrado (Proporcione la cantidad adecuada según el tipo de alimento a consumir)

S: Suficiente (Que cubra las necesidades energéticas de la persona)

A: Adecuada (El consumo de los alimentos se adapten al estado de salud de las personas)

RECUERDE:

1. Incluir las 5 comidas, comience con un desayuno apetitoso y saludable
2. Incluya dos refrigerios nutritivos, uno en la mañana y otro en la tarde
3. El almuerzo es la comida principal y este debe contener todos los grupos alimenticios
4. Finalice el día con una comida completa similar al almuerzo pero en menor cantidad
5. La última comida la debe consumir con mínimo 2 horas de anticipación a la hora de acostarse.
6. Consuma de 5 a 8 vasos de agua al día

PROTEINAS: Este macronutriente se encarga de la formación y mantenimiento de los tejidos del cuerpo (músculos, órganos, células).

- Ayuda en los procesos metabólicos a través de la producción de enzimas, hormonas, líquidos corporales.
- Es una fuente de energía para el funcionamiento celular
- Ayuda a la formación de células de defensa en el cuerpo
- Se encargan de transportar grasa, enzimas, y medicamentos en la sangre

Principalmente se encuentran en las leguminosas (Garbanzo, lenteja, frijol, soya, alverja), cereales, carne, pollo, pescado, huevo, y leche.

CARBOHIDRATOS: Estos se encargan de brindar un alto contenido de energía al cuerpo humano, con esta energía cada órgano cumple su función vital. Ç

Se encuentran principalmente en:

- Leche: lactosa
- Glucógeno: carne
- Almidón y dextrina: Cereales, raíces, tubérculos y leguminosas
- Dulce, miel y frutas

FIBRA: Esta se encarga de varias funciones en el organismo humano:

- Favorece la digestión porque aumenta la velocidad de vaciamiento del estómago
- Ayuda a absorber azúcares en el intestino
- Disminuye el colesterol en sangre

Se encuentra principalmente en los granos enteros., pan integral, verduras, leguminosas, avena, fruta

GRASAS: Las grasas son las que generan la mayor cantidad de energía del cuerpo humano, además se encarga de constituir una capa protectora en algunos órganos como el cerebro. Además de eso se encarga de ayudar en el transporte de las vitaminas y mantiene la membrana de las células (capa que protege cada célula del cuerpo)

VITAMINAS: compuestos orgánicos esenciales que se adquieren a través de la ingesta, estas vitaminas tienen la función de permitir que el cuerpo realice el metabolismo ya que su papel es actuar como coenzima. Las vitaminas esenciales para el organismo humano se han clasificado en dos grupos de acuerdo con su

Solubilidad: liposolubles (A, D,E,K) e hidrosolubles (C, Complejo B.).

MINERALES: Los minerales son micronutrientes inorgánicos que el cuerpo necesita en cantidades o dosis muy pequeñas; entre todos los minerales suman unos pocos gramos pero son tan importantes como las vitaminas, y sin ellos nuestro organismo no podría realizar las amplias funciones metabólicas que realizamos a diario, la síntesis de hormonas, elaboración de los tejidos, estructuras óseas, activadores o facilitadores de reacciones metabólicas. Los minerales más necesarios para el cuerpo es el calcio y el fósforo, seguido del magnesio y Zinc. Se observan otros que el cuerpo requiere pero en cantidades pequeñas: yodo, flúor y hierro

AGUA: Es el principal componente del cuerpo humano, cuando nacemos, nuestro cuerpo está compuesto con el 75% de agua, y en nuestra vida adulta es el 60%. Esta agua la encontramos en nuestro cuerpo intra como extra celularmente. Compone la sangre y otros fluidos del cuerpo humano como orina, saliva, bilis, pulmones, heces, sudor y en muchas más partes.

TREN DE LA NUTRICIÓN

1. Primer lugar: Cereales, raíces, Tubérculos y plátano.

Constituye la base de la alimentación de los colombianos por que le aportan al organismo cerca de 50.5 del requerimiento diario e calorías y por la necesidad de promover el consumo de cereales integrales en lugar de los integrados.

2. Segundo lugar: Hortalizas y Verduras

Su hábito alimentario debe ser promocionado ya que de acuerdo a los estudios señalan el bajo consumo de estos alimentos en todo el país, las leguminosas verdes se incluyen por su bajo aporte de proteínas en relación con las secas y porque se utilizan como hortalizas y verduras en las preparaciones.

3. Tercer lugar: frutas

Se debe promover el consumo de estas al natural en lugar de los jugos colados, con agregado de azúcar y con disminución de la fibra y oxidación de las vitaminas por procedimientos inadecuados de conservación y preparación.

4. Cuarto lugar: Carnes huevos, leguminosas secas y mezclas vegetales.

Ubicando aquí por su contenido de hierro, cuya diferencia es marcada en el país y por qué la aporta al organismo gran parte de la proteína de alto valor biológico.

5. Quinto lugar: lácteos

Se ubicó por su aporte en calcio y la necesidad de incrementar su consumo para el crecimiento de los niños y para prevenir la osteoporosis, se requiere orientar la calidad necesaria de los alimentos fuentes de calcio para cada grupo de población.

6. Sexto lugar: grasas.

Se requiere desestimular el uso de las de origen animal (a excepción del pescado por ser fuente de ácidos grasos esenciales) así como la manteca y la margarina por cuanto se asocian a enfermedades cardio –cerebro vasculares, dislipidemias, cáncer de colon, seno, estómago y próstata entre otras.

7. Séptimo lugar: azúcares y dulces.

El consumo de carbohidratos simples ha aumentado en asocio con el sedentarismo y la obesidad especialmente en las mujeres, en consecuencia se requiere controlar el exceso en algunos grupos etéreos.

NOMBRE DEL MÓDULO	N: 11 Creando medicamentos en casa
TEMAS A TRATAR	<ul style="list-style-type: none"> • Naturopatía (6 principios fundamentales, 4 características y tipos de terapias) • Automedicación (Definición, peligros,

	beneficios, principales medicamentos usados en la automedicación, recomendaciones para la automedicación y recomendación a la hora de tomar medicamentos)
ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización de remedios caseros • Clase magistral • Juego de concéntrese
MATERIALES	Papel, marcadores, cinta, colbón, hierbas, frutas, resúmenes
DESARROLLO DEL MÓDULO	<p>Cada uno de los agentes comunitarios de salud debían averiguar un remedio natural y explicar por qué ese remedio funciona, que hace en el cuerpo que mejora la situación particular de la persona enferma. Se inicia con la socialización de los remedios, en la cual algunas personas llevaron el remedio preparado y se compartió con las compañeras. Luego de esto se explicó los principios fundamentales de la Naturopatía y de la automedicación en donde se abordaron los temas anteriormente nombrados.</p> <p>Se finaliza con una actividad de concéntrese, juego que contiene una serie de preguntas relacionadas con los módulos vistos durante el curso y algunas penitencias, cada pregunta tiene un punto y el equipo que logre obtener mayor puntaje gana.</p>

RESUMEN DEL MODULO:

QUE ES LA MEDICINA NATUROPATIA

La medicina naturopática es un amplio sistema médico enfocado tanto en la prevención de enfermedades como en el tratamiento por métodos naturales de diversas condiciones de salud. Esta doctrina adopta diferentes terapias que siguen siendo incorporadas porque son seguras y efectivas, basadas en estudios científicos en campos como la nutrición, bioquímica, fisiología, farmacología de sustancias naturales, toxicología e inmunología.

De igual manera, se han eliminado terapias naturales tradicionales que hoy en día sabemos no son seguras o efectivas. Esta técnica está basada en el convencimiento de que el cuerpo posee un poder innato para curarse a sí mismo.

La naturopatía cuenta con 6 principios fundamentales:

- El poder sanador de la naturaleza.
- Identificar y remover la causa
- No causar daño al paciente
- Ofrecer tratamientos holísticos
- El doctor como maestro.
- Prevención

Los términos medicina natural, medicina holística, medicina alternativa y medicina complementaria describen características específicas de la medicina naturopática. La medicina naturopática:

- Es **natural** porque su práctica se basa en el uso de terapias naturales.
- Es **holística** porque trata al paciente de forma integrada, considerando factores físicos, mentales, espirituales, ambientales y sociales.
- Es **alternativa** cuando una condición de salud es tratada exclusivamente con medicina naturopática (o sea, ningún tratamiento convencional es utilizado para tratar dicha condición).
- Es **complementaria** cuando se usa para tratar una condición de salud en adición a tratamientos de medicina convencional que el o la paciente esté recibiendo para dicha condición

TERAPIAS DE LA NATUROPATÍA

Homeopatía, la Acupuntura, el Reiki, los suplementos vitamínicos y los minerales, la Medicina Tradicional China, Técnicas de relajación, plantas medicinales.

AUTOMEDICACIÓN

Un medicamento es una sustancia con propiedades para el tratamiento o la prevención de enfermedades. También se consideran medicamentos aquellas sustancias que se utilizan o se administran con el objetivo de restaurar, corregir o modificar funciones fisiológicas del organismo o para establecer un diagnóstico médico.

Los peligros más frecuentes de la medicación se resumen en:

- Aparición de toxicidad en forma de efectos secundarios, reacciones adversas e intoxicación.
- Dependencia o adicción.

- Interacciones con otros medicamentos. La asociación de medicamentos puede ser peligrosa.
- Falta de efectividad por no estar indicados en esa enfermedad, dosis inadecuada o tiempo de administración incorrecto. Esto es especialmente preocupante con los antibióticos de los que se tiende a abusar en casos no indicados (por ejemplo una gripe), creándose mecanismos de resistencia del organismo frente a bacterias habitualmente sensibles.
- Pueden enmascarar o alterar otra enfermedad dificultando el diagnóstico o facilitando un diagnóstico erróneo. Por ejemplo, el uso habitual de corticoides tópicos en problemas cutáneos en los que no está indicado.
- Otro dato relevante a señalar es que el consumo de fármacos por cuenta propia aumenta con la edad, con los peligros que entraña la mayor interacción y la sobredosis ya de por sí más frecuente en pacientes ancianos.
- Existe un grupo de fármacos como son los antibióticos, los antiinflamatorios y los analgésicos donde existe un consumo importante y en muchas ocasiones sin una indicación adecuada.

Beneficios de la automedicación

No todos los aspectos de la automedicación son negativos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) si se hace de una forma responsable puede ser una forma de atención válida en los países desarrollados. Es decir, no toda la automedicación es inadecuada por sí misma, el objetivo a conseguir sería la promoción de una automedicación responsable en la medida de lo posible.

Cuando se habla de la prestación de un servicio de cuidado informal se habla de una equiparación por razón de género.

- Genera aumento de cultura de autocuidado
- Disminuye la asistencia a servicios de salud
- Disminuye la propagación de enfermedades residentes en los ambientes hospitalarios
- Disminuye la cantidad de consultas médicas y de especialistas por dolencias menores
- Se permite destinar las citas médicas a casos que realmente lo necesitan
- Disminuye los costos sanitarios de atención.
- Tratamientos con inicio oportuno
- Rapidez, facilidad, disponibilidad y accesibilidad a los medicamentos en menor tiempo

IMPORTANTE:

- Enseñar a automedicarse. Es fundamental enseñar, aconsejar y educar por parte de médicos y enfermeras.
- Información sobre la enfermedad del paciente, su gravedad, duración y posibles complicaciones.
- Aconsejar sobre el uso de los tratamientos: para qué sirve el fármaco, dosis y frecuencia de administración, efectos adversos, duración del tratamiento, qué hacer si no hay mejoría o hay agravamiento.
- Educar sobre: qué hacer en otras situaciones similares, fármacos que puede o no puede tomar, signos de alarma, favorecer la colaboración y la comunicación del paciente.

A la hora de tomar un fármaco:

- El consumo del mismo debe tener una duración limitada. Si los síntomas no mejoran, aparecen otros nuevos o empeora se debe consultar con el médico.
- Se debe leer y conservar el prospecto de todos los medicamentos.
- Conservar los medicamentos en su embalaje original. Prestar atención en información importante como la fecha de caducidad y el modo de conservación. El embalaje protege el medicamento y garantiza su adecuada conservación.

NOMBRE DEL MODULO	N:12 Atención en crisis
TEMAS A TRATAR	<ul style="list-style-type: none"> • Que es crisis • Etapas de la crisis • Intervención inicial en crisis
ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Cine foro • Compartiendo vivencias
MATERIALES	Computador, proyector, película o documental, tablero, marcador.
DESARROLLO DEL MODULO	<p>Se iniciara la sesión explicando que es crisis, luego se colocara el video y le pediremos a los integrantes que resalten los momentos en que las personas están en crisis, que componentes acompaña la crisis. Al final del video se dará inicio al foro en el que se plantearan unas preguntas y el grupo podrá responderlas analizando las situaciones evidenciadas en el video. Se realizaran unas conclusiones generales.</p> <p>Luego el invitado, el Padre Ildelfonso de la Iglesia nuestra</p>

	Señora de la Salud que hablara del manejo de crisis con la mirada religiosa y espiritual católico. Las participantes podrán realizar preguntas e intervenciones en la sesión.
--	---

RESUMEN DEL MODULO:

INTERVENCION EN CRISIS

DEFINICIÓN: Una crisis es “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado

principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”. (Slaikeu, 1988)

“Una crisis psicológica ocurre cuando un evento traumático desborda excesivamente la capacidad de una persona de manejarse en su modo usual” (Benveniste, 2000).

CRISIS DE DESARROLLO: Son más predecibles y sobrevienen cuando una persona va cumpliendo etapas en su vida desde la niñez a la senectud. Presentan una conducta indiferenciada y marcan un trastorno en el área intelectual y afectiva.

- Crisis del nacimiento e infancia
- Crisis de la pubertad y adolescencia
- Crisis de la primera juventud
- Crisis de la edad media de la vida
- Crisis de la tercera edad

CRISIS CIRCUNSTANCIALES: Son inesperadas, accidentales y dependen sobre todo de factores ambientales. Abarca alteraciones emocionales y de la conducta ante pérdidas o amenaza de pérdidas de los aportes básicos (físicos, psicosociales y socioculturales que están interrelacionados)

- Separación
- Pérdidas
- Muerte
- Enfermedades corporales
- Desempleo
- Trabajo nuevo
- Fracaso económico

- Violaciones

Emocionales	Cognitivos	Comportamentales	Fisiológicos
Ansiedad anticipatoria	Culpabilización	Hiper o hipoactividad	Hipersudoración
Ansiedad generalizada	Preocupación	Trastornos del habla	Palpitaciones
Reacciones de pánico	Bloqueo mental	(verborrea, mutismo)	Taquicardia
Shock	Sensación de pérdida de control	Inhibición	Hiperventilación
Miedo	Negación	Desconfianza	Opresión torácica
Sentimientos de culpa	Amnesia	Trastornos de la alimentación	Tensión muscular
Enfado	Confusión	Abuso en la ingesta de tóxicos	Cefalea
Rabia	Ideación autolítica	(alcohol, drogas)	Midriasis
Irritación	Sensación de impotencia	Alteraciones del sueño	Sensación de ahogo
Hostilidad abdominal	Dificultades de atención	Fatiga	Mareos
Rencor	Dificultades de concentración	Agresividad	Nauseas, malestar
Tristeza	Dificultades en la toma de decisiones	Actos antisociales	Parestesias
Depresión	Alteraciones de la alerta	Hipocondriasis	Escalofríos y temblores
Aflicción	Desorientación tiempo-espac.	Cambio o pérdida de rol social	
Desesperación	Lloros		
	Alteraciones de la conciencia	Gritos	
	Sensación de extrañeza o irrealidad	Aislamiento	

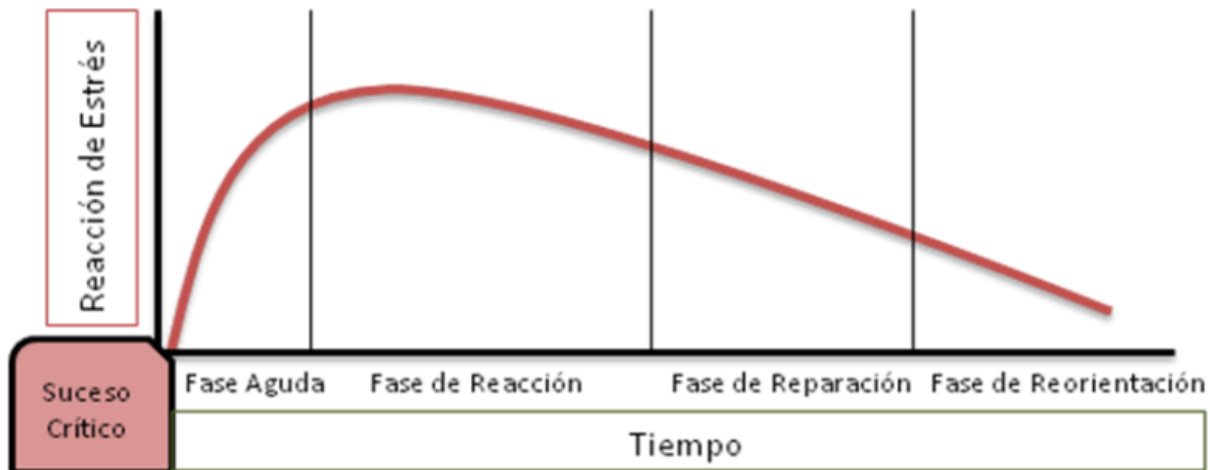
Signos y síntomas de una reacción psicológica ante una situación de crisis (Mitchell, 1986)

FASES DE REACCIÓN: Las reacciones habituales ante el estrés suelen pasar por cuatro fases:

- Fase aguda: Pasados los primeros momentos. Se producen estados afectivos intensos. Respuestas emocionales manifiestas: angustia, ansiedad, ira, irritabilidad, hipervigilancia, manifestaciones vegetativas, sensación de irrealidad. En ocasiones esta descarga emocional es tardía con llanto, agitación, gritos, verborrea, relajación esfínteres, respuestas agresivas. Alteración relaciones interpersonales. Pueden producirse diferentes respuestas según sexos.
- Fase de reacción: Dura de una a seis semanas. Se producen reacciones tardías: los sentimientos previamente reprimidos o negados pueden salir a la superficie. Pueden aparecer sentimientos dolorosos abrumadores, dejando a las personas debilitadas. Ánimo triste y lábil. Las reacciones características son: Temor a regresar al evento. Sueños o pesadillas. Ansiedad. Tensión muscular. Aumento de la irritabilidad.
- Fase de reparación; Dura de uno a seis meses. Se diferencia en que las reacciones son menos intensas y no tan abrumadoras. Los sentimientos de dolor

persisten, pero se los puede sobrellevar. Se vuelve a sentir interés por los hechos cotidianos. Se hacen planes para el futuro.

- Fase de reorientación: Aproximadamente seis meses o más. Se llega a asimilar e integrar la situación vivida. Se produce la readaptación a su vida cotidiana. Las intensas reacciones ante el estrés se han reducido sustancialmente. Es importante evaluar las necesidades actuales.



PRIMERA AYUDA PSICOLOGICA

El objetivo principal de la primera ayuda psicológica es restablecer el afrontamiento inmediato. Las crisis de la vida se caracterizan por un trastorno de las habilidades para la solución de problemas y enfrentamientos adecuados anteriores. La finalidad primordial del ayudante es entonces, ayudar a la persona a que tome las medidas correctas hacia el enfrentamiento de la crisis que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación, e iniciar el proceso de solución de problemas.

La intervención también cuenta con tres sub objetivos que son:

- Proporcionar apoyo: Escuchar, proporcionando una atmosfera en que pueda expresarse la angustia y la cólera.
- Reducir la mortalidad: evitar lesiones.
- Proporcionar enlace a recursos de ayuda: Cuando los recursos propios se acabaron, se debe orientar a la persona a instituciones que cuenten con la asesoría necesaria.

LOS COMPONENTES DE LA PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA

Este es un modelo básico de solución de problemas, rectificando a la luz de emociones intensas de las situaciones de crisis. Este contempla 5 pasos:

- Hacer contacto psicológico: Dialogar con el paciente.
- Examinar las dimensiones del problema: pasado, presente y lo que puede repercutir en un futuro cercano.
- Examinar posibles soluciones: Lo que ya se ha intentado, y buscar alternativas.
- Ayudar a tomar una acción correcta: implementar la solución
- Registrar el progreso del seguimiento: Mantener el contacto con el paciente en un momento después, puede ser cara a cara o por teléfono. Su principal objetivo es completar de nuevo una retroalimentación o determinar si se han realizado o no los propósitos de la primera ayuda psicológica.

RESPUESTA A AMENAZA DE SUICIDIO Y HOMICIDIO

Existen muchos factores relacionados con riesgos suicidas; la labor del agente es “extraer” los sentimientos de los pacientes y otras circunstancias de la vida por ambas partes, como fundamento para pactar la demora sobre la decisión de asesinarse.

La intervención en crisis se dirige a conseguir que la gente posponga decisiones irrevocables hasta que se pueda traer otra ayuda o ataque de la situación.

La mayoría de la gente que se suicida o asesina a alguien, ofrece alguna advertencia o indicio a sus intenciones, antes de consumir el acto.

El peligro de la vida humana es más alto cuando alguien en crisis tiene un plan mortal y los medios para llevarlo a cabo. Es importante la confidencialidad; pero en casos en los que la persona o más pueden estar en alto riesgo es necesario denunciar.

NOMBRE DEL MÓDULO	N:13 Barreras de seguridad para personas situación de discapacidad
TEMAS A TRATAR	<ul style="list-style-type: none">• Identificación de riesgos en casa y en la calle (potenciales, físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales)

	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación de riesgos • Barreras de protección
ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción de la vivienda de cada uno • Trabajo en grupo de análisis de la información
MATERIALES	Hojas, esferos
DESARROLLO DEL MÓDULO	<p>Cada persona va a hacer un recuento de cómo es su vivienda y va a identificar los posibles riesgos que allí se encuentran si tuvieran una persona con discapacidad, luego identificarán las barreras que impiden que esa persona realice las actividades cotidianas.; a estos riesgos se les entablarán unas barreras de protección con las cuales se elimine o minimice el riesgo.</p> <p>Luego estos casos se socializarán con el grupo completo.</p> <p>Para finalizar se hará una explicación magistral del tema de riesgos y lo que de este se desprende</p>

NOMBRE DEL MÓDULO	N:14 "Movilidad, Uso de escaleras, andenes y espacios públicos con elementos ortésicos"
TEMAS A TRATAR	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de silla de ruedas. • Manejo de muletas. • Manejo de bastón. • Como guiar a una persona en situación de discapacidad.
ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Taller teórico-practico • Trabajo en grupo
MATERIALES	Silla de ruedas, muletas, bastón, tablero, marcador
DESARROLLO DEL MÓDULO	<p>Esta clase se realizara en las instalaciones de la universidad de la Sabana, laboratorio de fisioterapia. La persona encargada en es fisioterapeuta y profesora Diana Angarita, que es una especialista en discapacidad.</p> <p>En este módulo se abordara el manejo adecuado de los elementos ortésicos que utilizan las personas en</p>

	<p>situación de discapacidad. Se iniciara con una breve explicación de los elementos ortésicos, cuales son y luego se procederá a explicar la forma correcta de utilizarlos para movilizar al paciente.</p> <p>Después, en grupos se practicara como debe ser la movilización entre parejas.</p>
--	--

NOMBRE DEL MÓDULO	N:15 Primeros auxilios
TEMAS A TRATAR	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de signos de alarma •
ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Taller teórico práctico
MATERIALES	Gasas, solución salina, solución yodada, aplicadores, vendas, jabón, guantes
DESARROLLO DEL MÓDULO	El módulo se realizará en el laboratorio de la Universidad de la Sabana, allí se recibirá una parte teórica y una parte práctica sobre los primeros auxilios básicos y cómo actuar desde casa frente a ellos, seguido de una práctica en donde se apliquen los conocimientos adquiridos.

16. RESULTADOS DEL PROYECTO

Los resultados del proyecto *agentes comunitarios en salud, una mirada de apoyo a las personas en situación de discapacidad* estarán basados en los indicadores planteados en el capítulo *indicadores de medición*, en el cual se plantearon una serie de variables que permitirán evaluar la planeación, efectividad, gestión e impacto social causado en los próximos agentes comunitarios en salud.

Por limitaciones de tiempo, ciertos indicadores no podrán ser evaluados, por lo que se dejaron planteados para que otro grupo de estudiantes o gestores aplique la evaluación del indicador y pueda dar resultados de la efectividad y eficacia del proyecto.

El primer indicador evaluará los conocimientos adquiridos por los agentes comunitarios de salud por medio de la aplicación de una evaluación de los temas abordados en los módulos de educación. Las preguntas se tomarán de los resúmenes de cada módulo. El resultado esperado es que el 80% de los agentes comunitarios tenga una calificación final entre el 4 – 5. (Ver anexo 1)

El segundo indicador se evaluará el grado de satisfacción, en el que se aplicara un formato de preguntas que evidenciara el trabajo del agente comunitario en la visita domiciliaria a la persona en discapacidad. El Resultado esperado es obtener un 90% de satisfacción por parte de los Agentes comunitarios de salud, evaluados por las personas a quienes le realizan la visita domiciliaria. (Ver anexo 2)

El tercer indicador es la caracterización de los agentes comunitarios; la cual se realizó en el transcurso de los módulos con un formato muy completo de los aspectos relevantes para nosotras. (Ver anexo 3)

De esta caracterización se obtuvo la siguiente información:

El 98% de los agentes son de género femenino, El rango de edad que predomina es entre los 47 y 57 años con un 36% y entre los 36 y 46 años con un 23%. En su mayoría son amas de casa o empleadas, casadas. Se evidencia que el estrato socioeconómico que predomina es el 2 con una seguridad social de régimen contributivo principalmente y un nivel de escolaridad de secundaria con un 36% de la población total. El 20% de los agentes son cuidadores de personas en situación de discapacidad y otro 20% tienen en su familia una persona con discapacidad.

Y el cuarto y último indicador busca evaluar la asistencia de los agentes comunitarios a los módulos de capacitación por medio de las listas de asistencia, en la que firman en cada módulo. Resultado esperado es que el 80% de los agentes comunitarios asistan a los módulos de capacitación.

17. CONCLUSIONES

1. Es necesario el trabajo articulado entre los entes nacionales, locales, líderes comunitarios y la comunidad en general, para promover programas que favorezcan la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad.
2. La falta de información estadística correspondiente a la población en situación de discapacidad dificulta la implementación y medición de planes y proyectos enfocados a la RBC y la inclusión social.
3. Los proyectos de autogestión son una clara herramienta para abordar las necesidades de la población en situación de discapacidad, disminuyendo los costos y aumentando el impacto en dicha población
4. Una de las metas para los entes gubernamentales debe ser el desarrollo y fortalecimiento de la autonomía y la independencia de las personas en situación de discapacidad
5. A nivel nacional y territorial se deben crear proyectos de gestión en los cuales se desarrolle un nivel de productividad social en las personas en situación de discapacidad dependiendo de sus capacidades y habilidades
6. La inclusión escolar es uno de los factores predominantes en el nivel de pobreza y desempleo de la población en situación de discapacidad
7. Existen múltiples barreras de acceso para el desarrollo integral de las personas en situación de discapacidad tanto a nivel familiar, personal, social, gubernamental y profesional.
8. La estigmatización social sigue generando un impacto negativo tanto para las personas en situación de discapacidad como para el desarrollo de la comunidad y del país en general
9. Se requiere de un proceso de concientización social en donde cada persona entienda el compromiso y la responsabilidad que tiene con respecto a las personas en situación de discapacidad a partir de los valores morales y las normas de convivencia social que la legislación estipula.

18. RECOMENDACIONES

Realizar el proyecto de agentes comunitarios en salud una mirada de apoyo a las personas en situación de discapacidad, hizo evidente la necesidad de identificar y localizar a la población en discapacidad de Chía, debido a que se desconoce las condiciones y necesidades que aqueja esta población. La implementación del formato creado por el DANE y el ministerio de protección y salud debe ser el primer paso para la implementar un plan de acción.

Colombia goza con una amplia legislación en discapacidad; pero carece de forma para hacerla normativa y así poder ejecutarla, por lo que es necesario la formulación de guías y reglamentaciones que direccionen los requerimientos para construir programas y proyectos para discapacidad; además, se propone estipular un presupuesto económico, talento humano y de infraestructura determinado para discapacidad.

Se propone que en Colombia los programas de salud pública en discapacidad involucren de igual medida a toda la población (personas en discapacidad, la familia, las entidades públicas y privadas) para promover la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad, que tiene como fin el beneficio de toda la población al promover la inclusión social, la participación activa y la autogestión.

Al igual que la anterior, se hace necesario la creación de programas auto sostenibles para la ampliación de la cobertura de la población en discapacidad y sus familias, generando ingresos y promoviendo el trabajo.

Colombia debe trabajar más en la inclusión de las personas en discapacidad en cuanto a la salud, educación y trabajo; debido a que estos pilares todavía se reflejan negativamente en los diagnósticos situacionales que se han realizado en diferentes partes de Colombia, mostrando la carencia de programas efectivos en cada uno de estos puntos.

Las enfermeras poco a poco se han empoderado de su rol en salud pública, mejorando las habilidades administrativas, gerenciales, talento humano y de atención en salud para la población y con ellos las personas en discapacidad; sin embargo falta documentar estos trabajos para mostrar evidencia y crecimiento dentro de nuestra disciplina, y permitir que estos proyectos sean guías para próximos trabajos de apoyo a las comunidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Resumen informe mundial sobre la discapacidad. En red. [www.who.int] Disponible en:http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf. Consultado el 4 de marzo del 2014.
2. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y Salud. En red [www.who.in]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>. Consultado: 5 de marzo del 2014.
3. Secretaria General de la Alcaldía de Bogotá. Ley 1346 del 2009. En red: [http://www.alcaldiabogota.gov.co/]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=37150#>. Consultado el 3 de abril del 2014.
4. Pandi Agencia de comunicación. Ley 1618, una oportunidad para garantizar los derechos de las personas con discapacidad. En red [http://www.agenciapandi.org/]. Disponible en: <http://www.agenciapandi.org/ley-1618-una-oportunidad-para-garantizar-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad/>. Consultado: 3 de abril del 2014.
5. Departamento administrativo nacional de estadística, Dirección de censos y demografía, grupos de registro demográfico. Información estadística de la discapacidad. Colombia julio 2004.
6. Organización mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). CIF: Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud. 2001. Pp 3 – 248.
7. Galarza A, Pérez J. Familia, envejecimiento y discapacidad en España. Papers, España. 2010. Vol 95(3). Pp 673-700.
8. Pérez L, Fernández A, Moreno L, Katz S. DISCAPACIDAD EN LATINOAMÉRICA Voces y experiencias universitarias. Primera edición. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (Edulp) Buenos Aires, Argentina. 2013. Pp 301.
9. Díaz E. Ciudadanía, identidad y exclusión social de las personas con discapacidad. Política y Sociedad, 2010, Vol. 47 Num. 1: 115-135.

10. Soto M. La discapacidad y sus significados: notas sobre la (in)justicia. Política y Cultura, primavera. México, Xochimilco 2011, núm. 35, pp. 209-239
11. Vega A, López M. PERSONAS CON DISCAPACIDAD: DESDE LA EXCLUSIÓN A LA PLENA CIUDADANÍA. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico. 2011. Vol. 5 (1). Pp 123 – 155.
12. Hernández J, Hernández I. Una aproximación a los Costos Indirectos de la Discapacidad en Colombia. Colombia, 2005. Rev. Salud pública. Vol 7 (2): 130-144
13. Domínguez M, De la Torre María, Marcenaro O. Género y Cuidado: desigualdades en la atención a la discapacidad. CUADERNOS DECC.EE. y ee., nº 61, 2011, pp. 11-38
14. Fernández A. Capacidad. Discapacidad. Incapacitación. Modificación judicial de la capacidad. RJUAM, 2011-I nº 23, pp. 53-81
15. Guerrero J. HUMANIZANDO LA DISCAPACIDAD. De la etnografía al compromiso en la investigación sociocultural de la discapacidad intelectual. Revista de Antropología Experimental, Universidad de España 2011. nº 11., Texto 9: 127-138.
16. Díaz E. Estratificación y desigualdad por motivo de discapacidad. Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico. 2011. Vol. 5 (1). Pp 157 – 170
17. Barnes C. Discapacidad, política y pobreza en el contexto del “Mundo Mayoritario” Disability, Politics and Poverty in a Majority World Context. Política y Sociedad, 2010, Vol. 47 Num. 1: 11-25
18. Congreso de la República. Ley 762 del 2002. Colombia, julio 31 del 2002. [Recurso en internet]. Consultado el 17 de Abril del 2014. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%200762%20DE%202002.pdf>
19. Márquez M, Zanabria M, Pérez V, Aguirre E, Arciniega L, Galván C. Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Sistema de Información Científica Salud Mental. septiembre-octubre, 2011. vol. 34, núm. 5, pp. 443-449

20. Lugo L, Seij V. La discapacidad en Colombia: una mirada global Colombia disability: a global perspective. Rev Col Med Fis Rehab. Colombia 2012; 22(2): 164-179
21. Ferreira M. UNA CONCEPCIÓN TRANSDUCTIVA DEL CAMBIO SOCIAL: DISCAPACIDAD, AGENTES, CUERPOS Y EMOCIONES. Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. Madrid, España 2011. Núm. 31.
22. Constitución política Colombiana de 1991. artículo 13. pag 2. http://www.unesco.org/culture/natlaws/media/pdf/colombia/colombia_constitucion_politica_1991_spa_orof.pdf.
23. Mecanismos de integración social de las personas con limitación. Ley 361/1997 del 7 de enero. Publicada en el Diario Oficial No. 42978 de febrero 11 de 1997. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=343>
24. Sistema Nacional de discapacidad. Ley 1145/2007 de 10 de julio. Publicada en el Diario Oficial 46685 de julio 10 de 2007. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=25670>
25. Naciones Unidas. Los derechos de las personas con discapacidad en el sistema de las naciones unidas. Publicación naciones unidas Colombia [internet]. 2011 julio [citado 2014 abril 15]. Disponible en: http://www.hchr.org.co/publicaciones/libros/derechos_personas_discapacidades.pdf.
26. Gaviria A, Muñoz M, Ruiz F, Ospina M, Urquijo L, Arias J, Ortiz L, Huertas N, Morales L, Dávila C, Bonilla J. Plan decenal de Salud pública. [Internet]. Bogotá D.C, Colombia: Grupo de Comunicaciones. 2013 marzo 15 [citado 2012]. Pag 150. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobacion.pdf>
27. Consejo Nacional de política económica y social, República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Conpes Social. [Internet]. Bogotá: Gobierno prosperidad para todos; 2013 diciembre 13. [citado 15 de abril del 2014]. disponible en: <http://www.consultorsalud.com/attachments/article/0/CONPES%20166%20Política%20Nacional%20de%20Discapacidad.pdf>.

28. Lugo L; Seijas V. La discapacidad en Colombia: una mirada global. Revista Colombiana de Medicina física y rehabilitación [internet]. 2012 diciembre 7. [2012 noviembre 23] 22(2): 164-179. Disponible en: <http://www.revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/64/61>.
29. Tapia Franco, Castro W, Moreno J. Estrategias de inserción laboral en población con discapacidad mental: una revisión. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Sistema de Información Científica. Salud Mental. Distrito Federal, México, marzo-abril, 2013. Vol. 36, núm. 2, pp. 159-165.
30. Bárbara C, Valentini N, Krebs R, Berleze A. Educación inicial e intervención motora: un abordaje desde la teoría bioecológica de Bronfenbrenner. Porto Alegre, v. 15, n. 04, p. 147-173, oct. /dic. 2009.
31. Cano L. La Educación Ambiental en la Básica Primaria: perspectivas desde la Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner. Tesis de Maestría en Medio Ambiente y Desarrollo Manizales. Colombia Universidad Nacional de Colombia. 2012
32. Bronfenbrenner, U. (1976). The ecology of human development: history and perspectives. Psychologia, 19(5), 537-549.
33. Bronfenbrenner, Urie (1979). La ecología del desarrollo humano. Ediciones Paidós Ibérica S.A. Barcelona, España.
34. Plan Nacional de atención a las personas con discapacidad. Registro para la Localización y caracterización de las personas con discapacidad [Internet] DANE. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/formulario.pdf>.
35. Cobo E, Sandoval C, Alvarado Y. Magnitud de la discapacidad en Boyacá Colombia. Revista de Salud pública [Internet]. 2012 febrero 10. [Citado 2012 mayo, 14] (5): 776-788. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/25083/41944>.
36. Casteblanco M, Cerquera L, Murillo K. Determinantes sociales de la salud (DSS), y la discapacidad en Manizales-2012: Resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. [Internet] Repositorio universidad Autónoma de Manizales, 2012, 142 p.

37. Daza D, Mosquera M. Determinantes sociales (DSS) y la discapacidad en Barraquilla, 2012: Resultados desde el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad [Internet] Repositorio Universidad Autónoma de Manizales. 2013 Mayo, 144 p. y Tunja. Chía S, Hormaza M, Ruiz O. Determinantes sociales de la salud (DSS), y la discapacidad en la ciudad de Tunja 2012: Resultados desde el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad [Internet] Universidad autónoma de Manizales. 2013, 177 p
38. Organización mundial de la salud. Discapacidad y rehabilitación [Internet]. OMS. [Publicado el 2014 y citado el 16 de abril del 2014] Disponible en : <http://www.who.int/disabilities/cbr/es/>
39. Aristizabal U, Sanz S, Sahonero M, Ledesma S, Cachimuel M, Torrico M. Reflexiones sobre la estrategia de rehabilitación basada en comunidad (RBC): La experiencia de un programa de RBC en Bolivia Disponible: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000100019&script=sci_arttext
40. Cruz I, Duarte C, Fernández A, García S. Sistematización de investigaciones en discapacidad y en la estrategia de rehabilitación basada en Comunidad. Periodo 2005-2010. [Internet] Universidad del Valle. [Publicado en Junio del 2012, Citado el 18 de abril del 2014]. Disponible en: http://salud.univalle.edu.co/escuelas/rehabilitacion/Logros/Publicaciones/513_informe_sistematizacion_investigaciones.pdf
41. Ariza A, Carrillo M, González M, Henao H, Santacruz H. Dirección de salud pública. Red de rehabilitación basada en la comunidad de la SDS, estrategia para la inclusión de las personas con discapacidad. Disponible [Internet]. Salud publica Bogotá. [Publicado 2012 mayo-junio; Citado el 19 de abril del 2014]. Disponible en: http://saludpublicabogota.org/wiki/images/7/73/DT_DISCAPACIDAD.pdf.
42. Barrera S. Discapacidad y accesibilidad en la localidad de Fontibón. [Tesis de magíster]. [Instituto de Salud Pública]. Universidad Nacional de Colombia. 2010, 117 p.
43. Alvarado A, Moreno M, Rodríguez M. Inclusión social y participación comunitaria: Una perspectiva de trabajo frente a la discapacidad. Revista ciencia y enfermería [Internet]. 2009. [citado el 22 de abril del 2014]. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100008&lang=pt.

44. Buitrago M, Santacruz M. Evaluación de efectividad del proyecto 'Cuidando a cuidadores de personas en situación de discapacidad. Revista Ciencias de la Salud [Internet] 2007. [Citado el 22 de abril del 2014 vol. 8, núm. 2, 2010, pp. 9-20]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/562/56219915002.pdf>
45. Brivio A (2001) La Autogestión Comunitaria. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/eco/autogescomuni.htm>
46. Sopransi M, Zaldúa G, Longo R. Autogestión, Políticas Públicas y movimientos sociales. Intersecciones Psi [Internet]. 2011. [Citado el 23 de abril. Volumen 18] Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/lectivas/067_psico_preventiva/cursada/bibliografia/autogestion.pdf
47. Lago Y. La autogestión: una opción para la adquisición de recursos materiales y financieros en una institución docente bolivariana. Revista digital FDportes.com [internet]. 2009 octubre. [Citado el 23 de abril del 2014, N°137] Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd137/la-autogestion-en-una-institucion-docente-bolivariana.htm>
48. Sánchez P. Los objetivos del milenio en el contexto de la globalización. [Internet]. edumet.net.[Publicado 2009, citado 23 de abril del 2014].Disponible en: <http://www.eumed.net/eve/resum/06-10/psf.htm>
49. Hay P. Banco Mundial y la discapacidad [internet]. Banco Mundial [Publicado 2005 mayo, Citado el 23 de abril del 2014]. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/temas/resenas/discapacidad.htm>
50. Varela G. Plan de desarrollo municipal de Chía 2012-2015 "Municipio Inteligente e innovador. 2012, pag 96-97.
51. Kjeldsen L. Temas de salud: Enfermería [Internet]. Organización Mundial de la Salud [Publicado 2014, citado 23 de abril 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>.

52. Cruz M, Jenaro C, Pérez Rodríguez M. Enfermería y discapacidad: una visión integradora. Nursing and disability: An integrated vision. Index Enferm. abr.-sep. Granada 2010. v.19 n.2-3. Pg 1 – 10
53. la investigación acción participativa. en red. Disponible en: <http://forolatinoamerica.desarrollosocial.gov.ar/galardon/docs/Investigaci%C3%B3n%20Acci%C3%B3n%20Participativa.pdf>. Consultado el 20 de marzo del 2014.
54. (Diócesis de Zipaquirá. Nuestra Señora de la Salud, Chía. 2013. Recurso página [internet]. [Fecha de revisión y citación 18 de Marzo del 2014] Disponible en <http://portal.diocesisdezipaquira.org>)
55. (Diócesis de Zipaquirá. Plan diocesano de pastoral 2003-2013. Zipaquirá, Colombia. Editorial Kimpres. Capítulo 2 Mirada descriptiva de las Vicarias foráneas con sus parroquias: p 52-53.)

OTRAS REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Oficina Internacional de los Derechos Humanos Acción Colombia (OIDHACO). Derechos humanos en Colombia. Disponible en <http://www.oidhaco.org/?cat=11>

Ministerio de salud y de protección social. Organismos internacionales. Disponible en <http://www.onsm.gov.co/index.php/enlaces/itemlist/category/37-organismos-internacionales>

Congreso de la República. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, ley 1346 del 31 de julio del 2009. Bogotá, Colombia

Universidad de Guayaquil. Como tratar a una persona con discapacidad. En red [<http://www.ug.edu.ec/SitePages/Inicio.aspx>]. Disponible en: http://www.ug.edu.ec/Documentos%20Importantes/GUIA_TRATAR_DISCAPACIDAD.pdf Consultado el 17 de marzo del 2014.

Ministerio de Salud y protección social. Plan decenal de Salud Pública 2012-2021. Colombia. Pg 226 – 232.

Congreso de la República. Ley 762 del 2009, (julio 31) Diario Oficial No. 44.889, de 5 de agosto de 2002. Colombia, 2009. Recurso página [Internet]. Consultado el [25 Marzo, 2014]. Disponible en http://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3689_documento.pdf

Congreso de la República. LEY 1287 DE 2009 (marzo 3) Diario Oficial No. 47.280 de 3 de marzo de 2009. Colombia, 2009. Recurso página [Internet]. Consultado el [25 Marzo, 2014]. Disponible en http://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3658_documento.pdf

RED inclusión digital. Ley estatutaria 1618 del 2013. En red [<http://redinclusiondigital.org/>]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=37150>. Consultado el 22 de marzo del 2014.

Bogotá jurídica digital. Decreto 2177 del 1989. En red [<http://www.alcaldiabogota.gov.co/>]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=10813>. Consultado el 24 de marzo del 2014.

Bogotá jurídica digital. Decreto 2177 del 1989. En red [http://www.alcaldiabogota.gov.co]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=37150>. Consultado el 23 de marzo del 2014.

Down España. Formación para la autonomía y la vida independiente. En red [http://www.sindromedown.net/]. Disponible en: http://www.sindromedown.net/adjuntos/cPublicaciones/144L_guia.PDF. Consultado: 30 de Marzo del 2014.

Modelo de desarrollo Moderna economía de Navarra. Escuelas de Familia Moderna. En red [http://www.educacion.navarra.es/]. Disponible: http://www.educacion.navarra.es/documents/27590/51352/AUTONOMIA_Y_RESPONSABILIDAD.pdf/34e7af0a-341e-47eb-b7a6-5b44a2c56a4e. Consultado: 30 de marzo del 2014.

Asprona. La autodeterminación de las personas con discapacidad mental. Valladolid, España. 2001. Disponible recurso [internet] http://www.feaps.org/biblioteca/libros/documentos/autodeterminacion_bbpp.pdf. Consultado el [31 de Marzo 2014].

Tena. Manejo del paciente postrado en cama. En red [http://www.tena.com.co/]. Disponible en; <http://www.tena.com.co/Dominicana/Cuidadores/Informate/Cuidando-al-paciente/Articulo-12/>. Consultado: 1 de abril del 2014.

Clases fundamentos de enfermería. Baño en cama. En red: [http://clasesfundamentosdeenfermeria.blogspot.com]. Disponible en: <http://clasesfundamentosdeenfermeria.blogspot.com/2013/02/bano-en-cama-esponja.html>. Consultado: 1 de abril del 2014.

Cermi Castilla la Mancha. Manual de apoyo para cuidadores no profesionales. En red [http://sid.usal.es/]. Disponible en: http://sid.usal.es/docs/F8/FDO26097/guia_cuidadores_clm.pdf. Consultado: 1 de abril del 2014.

Bioderma. La piel, un órgano. En red [http://www.bioderma.com/]. Disponible en: <http://www.bioderma.com/es/a-la-escucha-de-tu-piel/la-piel-es-un-organo.html>. Consultado: 6 de abril del 2014.

Saludalia. Úlceras por presión. En red [http://www.saludalia.com/]. Disponible en: <http://www.saludalia.com/salud-familiar/ulceras-por-presion>. Consultado: 6 de abril del 2014.

Técnicas de movilización de pacientes. Movilización del paciente encamado. En red [<http://www.auxiliar-enfermeria.com/>]. Disponible en: <http://www.auxiliar-enfermeria.com/movilizaciones.htm#marc01>. Consultado: 6 de abril del 2014.

Colombia.com. Los 5 tips que te salvarán de un rostro de piel seca. En red [<http://www.colombia.com/>]. Disponible: <http://www.colombia.com/vida-sana/tendencias/sdi/74258/los-5-tips-que-te-salvaran-de-un-rostro-de-piel-grasa>. Consultado: 6 de abril del 2014.

McGinnis E, Stubbs N. Dispositivos para reducir la presión en el tratamiento de las úlceras por presión del talón. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 9. Art. No.: CD005485. DOI: 10.1002/14651858.CD005485. Disponible en <http://www.update-software.com/BCP/BCPMainFrame.asp?DocumentID=CD005485&SessionID=0>

Jiménez E, Sánchez F, García G, Pérez C. Guía de prevención y cuidado de úlceras por presión. Área de gestión sanitaria Sur de Granada. Octubre 2010. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hmotril/paginas/enfermeria/Pacientes_y_Cuidadoras/guia_personas_cuidadoras.pdf

American Society of Hypertension. Presión arterial y su salud. 2010. [Recurso en línea]. Disponible en <http://www.ash-us.org/documents/BloodPressureHealthSpanish.pdf>. Consultado el 08 de Abril del 2014.

Peña M. Universidad del Salvador, Facultad de ciencias naturales y matemáticas. El salvador. 2007. [Recurso en línea]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos-pdf/termodinamica/termodinamica.pdf>. Consultado el 08 de Abril del 2014.

Universidad de Manizales. Semiología de los signos vitales: una mirada novedosa a un problema vigente. En red [<http://www.umanizales.edu.co/>]. Disponible en: http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/edicion_12-2/10-%20Semiolog%C3%ADa%20de%20los%20signos%20vitales.pdf. Consultado: 8 de abril del 2014.

Facultad de ciencias de la salud Kinesiología Chillán. Guía clínica de control de signos vitales. [<http://academico.upv.cl/>]. Disponible en: <http://academico.upv.cl/doctos/KINE-4068/%7B328B1B37-2C2A-4747-8B38-169806A27753%7D/2012/S1/GUIA%20TECNICA%20DE%20CONTROL%20DE%20SIGNOS%20VITALES%20KINE.pdf>. Consultado: 8 de abril del 2014.

Ministerio de salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Guías alimentarios para población Colombiana mayor de 2 años. Colombia

Tren de la alimentación. Tren de la nutrición Blog [internet]. Colombia: Amanda. 2012 febrero. [Citado el 20 de abril del 2014]. Disponible en: <http://trencitoalimentacion.blogspot.com/?view=classic>

Medicina Naturopática. Que es la medicina Naturopática o Naturopatía? Sepúlveda Jeffrey [Internet]. San Juan Puerto Rico 2013. [Citado el 22 de abril del 2014]. Disponible en: http://www.naturopatico.com/medicina_naturopatica.html

MAPFRE. Automedicación y uso responsable de los medicamentos. [Internet]. Citado el 22 de abril del 2014. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/automedicacion.shtml>

Hoover J. Medicina natural. Consultado [22 Abril 2014]. Disponible [Recurso en internet] http://www.cancernaturalcure.com/book/NaturalMedicine_es.pdf

Fernández L. Modelo de intervención en crisis, en búsqueda de la resiliencia personal Junio 2010. Consultado el [26 de abril del 2014]. Disponible [Recurso en línea] <http://www.luriapsicologia.com/mediateca/TRAB%20MODELO%20DE%20INTERVENCION%20EN%20CRISIS%20-Lourdes%20Fernandez.pdf>

Intervención en crisis. Intervención de primer orden: primera ayuda psicológica.


Agencia europea para la Seguridad y la salud en trabajo. El buscador de peligros de Napo: lesión uno – Identificación de riesgos y peligros. [Internet]. [Citado el 29 de abril del 2014]. Disponible en: http://www.napofilm.net/es/napo-for-teachers/risks-hazards-identification/Napo_Teachers_lesson3_pt1_es.pdf

Agencia europea para la Seguridad y la salud en trabajo. El buscador de peligros de Napo: lesión dos- intervención y promoción. [Internet]. [Citado el 29 de abril del 2014]. Disponible en: http://www.napofilm.net/es/napo-for-teachers/intervention-risk-prevention/Napo_Teachers_lesson3_pt2_es.pdf

Guía interactiva socio laboral I. Prevención de riesgos laborales. [Citado el 29 de abril del 2014]. Disponible en: <http://www.ugt.es/juventud/guia/cap4.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: Evaluación de agentes comunitarios de salud

 <p>Universidad de La Sabana</p>	<p>UNIVERSIDAD DE LA SABANA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN</p>	
<p>PROYECTO DE AUTOGESTION: AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD, UNA MIRADA DE APOYO A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD</p>		
<p>EVALUACIÓN DE MÓDULOS DE CAPACITACIÓN</p>		
<p>NOMBRE: _____</p>		
<p>FECHA: _____</p>		
<p>EVALUACIÓN FINAL DISCAPACIDAD</p>		
<p>Seleccione una única respuesta en cada pregunta. La pregunta será anulada si selecciona más de una opción.</p>		
<p>1 ¿Qué es discapacidad?</p>		
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Una alteración física<input type="radio"/> Alteración o dificultad en cuerpo<input type="radio"/> Una alteración sensorial<input type="radio"/> Afección de una estructura o función corporal, que genera dificultad en la realización de tareas.		
<p>2 ¿Qué tipos de discapacidad existen?</p>		
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Física y mental.<input type="radio"/> Retraso, ausencia de pierna y sordera<input type="radio"/> Física, cognitiva, sensorial y multisensorial<input type="radio"/> multisensorial y física.		
<p>3 ¿Cuál es la diferencia entre un derecho y un deber?</p>		
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>4 Escriba 3 derechos y 3 deberes de las personas en situación de discapacidad?</p>		
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>Laura Sánchez Rodríguez - Steffany Villate Soto. Universidad de la Sabana. Facultad de enfermería y rehabilitación. Décimo semestre.</p>		
		

5 ¿Cuando una persona ciega le pide que le explique cómo llegar a una dirección o lugar, usted?

- Lo lleva, porque no sabe cómo explicarle.
- Le habla en voz muy alta y le explica por medio de señas y referencia lugares para que pueda llegar.
- Le habla en voz normal y le indica la distancia en metros de forma clara.
- Sigo derecho y no le pongo atención.

6 ¿Cuándo quiere decirle algo a una mujer con discapacidad intelectual, usted?

- Le dice las cosas tratándola como una niña.
- Le dice las cosas muy lentamente y si no entiende no se esfuerza ya que no lo va a comprender.
- Se refiere a ella como una mujer, con respeto y le dice las cosas de manera normal; si no entiende lo repite o busca una mejor manera.
- Se refiere a ella con respeto y le dice las cosas solo una vez.

7 ¿Qué es autonomía?

- Decidir por sí mismo e inconscientemente que reglas van a guiar su actuar
- Capacidad de realizar labores y tomar decisiones
- Dependencia de otras personas
- Auto regulación de la conducta y actos por normas que surgen del propio individuo

8 ¿Cómo generar la autonomía en una persona en situación de discapacidad?

9 ¿La ley 1346 del 2009 se trata de?

- Readaptación profesional y el empleo de las personas con discapacidad
- La aprobación de la convención interamericana
- Por medio de la cual se aprueba la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- Autorización de parqueo de vehículos en las bahías de estacionamiento azules.

10 ¿La ley 762 del 2002 aprueba?

- Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad.

- La readaptación profesional y el empleo de las personas inválidas
- Una oportunidad para garantizar los derechos de las personas con discapacidad
- La convención los derechos de las personas con discapacidad.

11 Escriba 3 aspectos que se deben tener en cuenta antes de realizar higiene a una persona en cama

12 Explique los pasos para la realización de la higiene de boca

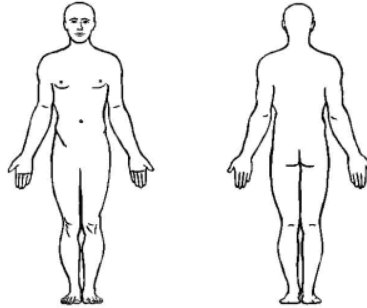
13 ¿Qué es una úlcera por presión?

- Daño superficial de la piel por causa de un roce con una superficie filuda
- Lesión causada en una zona donde existe prominencia de los huesos, la cual al tener una presión intensa durante un período de tiempo, disminuye la circulación sanguínea y genera daño en el tejido.
- Herida que aparece por la presencia de muchos hongos y bacterias del ambiente
- Es una herida que es causada por una enfermedad llamada onicomycosis.

14 ¿Cuáles son los cuidados que se debe tener con la piel de una persona en cama?

- Aplicar abundante crema, bañarlo diariamente aplicando abundante agua para que no quede exceso de jabón.
- Realizar baño en cama esporádicamente, aplicar cremas humectantes después del baño y dejar a la persona en un sitio donde reciba el sol directamente durante 3 horas diarias.
- Hidratar la piel sin utilizar excesiva cantidad de crema, realizar baños diario con poca agua pero verificando que se retire el exceso de jabón de la piel, secar muy bien todas las áreas del cuerpo, específicamente en donde se encuentren pliegues de piel, brindar una nutrición adecuada según la edad de la persona
- Hacer masajes diarios, humectar abundantemente la piel, aplicar mascarillas hidratantes, dar mucha agua para que la persona este hidratada.

15 Dibuje las áreas del cuerpo en las que se puede palpar el pulso



16 ¿Por qué es importante la toma de la tensión arterial?

17 Organice los siguientes alimentos de mayor a menor consumo según en tren de la nutrición

- Azúcar
- Carne
- Lácteos
- Cereal
- Frutas






18 Nombre 3 aspectos que se deben tener en un estilo de vida saludable

19 Son características de la Neuropatía:

- Natural, holística, alternativa y complementaria
- Reemplaza la medicina tradicional (médicos), utiliza poderes naturales, busca eliminar el daño
- Mágica, alternativa y preventiva
- La practican los vegetarianos, utiliza fuerzas especiales, no requiere de la medicina tradicional (medico)

20 Nombre 3 beneficios y 3 riesgos de la automedicación

ANEXO 2: Encuesta de satisfacción para Agentes comunitarios de Salud

 		<p style="text-align: center;">PROYECTO DE AUTOGESTIÓN: AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD, UNA MIRADA DE APOYO A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD</p> <p style="text-align: center;">Universidad de la sabana Steffany Villate soto - Laura Camila Sanchez Rodriguez Facultad de enfermería y rehabilitación Vereda Bojacá Municipio Chía</p>		
<p style="text-align: center;">Marque con una X en frente de cada una de las preguntas, según como usted se sintió respecto a:</p>		Insatisfecho	medianame nre satisfecho	Satisfecho
				
P1	La información brindada con respecto al curso, su desarrollo, las temáticas y las normas establecidas para el desarrollo del mismo			
P2	La presentación personal de las conferencistas			
P3	La actitud de escucha y respeto de las conferencistas			
P4	La puntualidad en el inicio de las sesiones			
P5	La concordancia entre los contenidos temáticos con el tema central			
P6	Las estrategias empleadas para el desarrollo de los temas, (Presentaciones, carteleras, juegos, videos, trabajos en grupo, dramatizaciones).			
P7	El aporte de conocimientos y experiencias en el desarrollo de los módulos			
P8	Las intervenciones de los expertos invitados: Andrea Quecan (Coordinadora del programa de discapacidad de la secretaria de desarrollo social), Padre Ildelfonso (parroco de la Iglesia Nuestra Señora de la Salud), David Pulido (Abogado de la Secretaria de salud), Profesora Blanca Venegas (Profesora de enfermería Universidad de la Sabana)			
P9	Desarrollo de las clases en los laboratorios de simulación de la Universidad			
P10	Las respuestas que le han dado a las preguntas realizadas durante las clases			
P11	El tiempo establecido para el desarrollo de cada uno de los temas (2 horas diarias, dos días a la semana)			
P12	La claridad durante el desarrollo de cada uno de los temas de capacitación			
P13	La satisfacción de las expectativas que usted tenía con respecto al curso			
P14	El espacio físico donde se desarrollan las capacitaciones (Salón parroquial y las aulas de la Universidad de la Sabana)			
P15	Considera que con este curso usted puede brindar una atención en casa básica a una persona en situación de discapacidad			
P16	El trato por parte del grupo de compañeros			

