

Todos los sueños son realizables, siempre y cuando te despiertes y trabajes para construirlos.

Muchas gracias a mis padres por apoyarme en la construcción de mis sueños y a todas las personas que de una manera u otra, rodearon mi vida durante estos cinco años de formación

Leydy Johanna Gomez Aguilar.

A mi madre, hermano, abuela y Rubén que ayudaron a que me formara como persona y como profesional; a su apoyo incondicional en toda mi carrera, Gracias

Yeimmy Margarita Sánchez Cajale

***Agradezco a mis padres por su apoyo y empeño en mi educación,
A mis hermanos, hermanas y cuñado,
Así como a mi novia Tatiana.***

Alexander Velasco Sanabria.

HOSPITAL INTEGRAL PARA LA REHABILITACIÓN DE ALTERACIONES
NEUROMOTORAS Y/O COGNOSCITIVAS
CARTAGENA DE INDIAS

Gómez L, Sánchez Y, Velasco A; Pereira F*

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLIVAR
MINOR EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

CARTAGENA

2005

*Asesor de Monografía
Titulillo : Hospital de Rehabilitación

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO UNO	Pág.
Marco Teórico	7
CAPITULO DOS	
Formulación del Proyecto	24
Elementos Básicos	24
¿Qué se quiere lograr?	24
¿Por qué y para qué?	24
¿Dónde se va a lograr?	24
¿Quién lo va a lograr?	24
¿Cómo o mediante cuáles medios se logrará?	25
¿Cuándo se va a lograr?	25
¿Quién lo pagará?	25
Criterios o indicadores que se usarán para verificar que se ha obtenido el logro propuesto	26
Marco axiológico	27
Valores fundamentales del proyecto	27
Valores básicos de la población meta	28
Consistencias e inconsistencias de los valores	29
Marco axiológico de valores	30
Delimitación de la Idea	31
Información existente	31
Estrategia de detección de necesidades	40
Necesidad que debe ser satisfecha	40
Problema	41
Antecedentes del problema	41
Consecuencias que conlleva no atender el problema	41
Árbol de problemas	42
Nivel de intervención requerido de acuerdo con disponibilidades	43
Población, sector, edad, ubicación	43
Posibles soluciones	44
Alternativas económicas	45
Ideas alternativas (plan b)	45

Factibilidad	
Anteproyecto	46
Matriz Dofa	48
Estrategias para contrarrestar fortaleza debilidades, oportunidades, amenazas	49
Ficha Técnica	
Generalidades	50
Responsable del proyecto	50
Definición de la acción a emprender	50
Localización	50
Referencia política, planes y objetivos sectoriales, regionales o nacionales	51
Diagnóstico de la situación previa obtenga y sistematice la información disponible sobre la situación problema	51
Descripción de la idea	53
Resultados esperados del proyecto	53
Metas	54
Actividades	55
Organización general de la unidad del hospital integral para la rehabilitación de alteraciones neuromotoras y/o cognitivas	56
Infraestructuras	57
Impacto esperado sobre la población y su entorno y contexto	60
Costos	61

CAPITULO TRES

Diseño y montaje del hospital de rehabilitación	65
Objetivo general	65
Objetivo específicos	65
Misión	66
Visión	66

Servicios	67
Portafolio de Servicios	68
Servicios Integral de rehabilitación	68
Programa de Internación para el Proceso Integral de Rehabilitación	69
Programa de Prótesis y Ortesis para amputados de miembros inferiores y superiores	69
Consulta Externa	70
Plan adicional de Rehabilitación	70
Servicios Adicionales	71
Hidroterapia	71
Equinoterapia	71
Asesoría Espiritual	72
Biblioteca	72
Carta Organizacional	73
Director General	73
Director Administrativo	74
Director Científico/ Académico	74
Director Rehabilitación	76
Director de Recursos Humanos	77
Planta de Personal	80
Procedimiento de Ingreso pacientes nuevos	81
Indicadores de gestión Equipo Rehabilitador	82
Áreas del Hospital	84
Hospitalización	84
Diagnósticos y tratamientos	84
Consultorios	84
Oficinas	86
Servicios Generales	86
Organigrama	87
Programas del Hospital	89
Referencias	93
Anexos	103

CAPITULO I

MARCO TEORICO DEL HOSPITAL INTEGRAL PARA LA REHABILITACION DE ALTERACIONES NEUROMOTRAS Y/O COGNOSCITIVAS

Marco Teórico

En las últimas décadas, para identificar a la población con discapacidad se han usado términos como el de: impedidos, inválidos, minusválidos, incapacitados, desvalidos, discapacitados, y personas con discapacidad, entre otros. La utilización de estos términos refleja, en sí misma, las distintas concepciones que funcionarios, instituciones y personas en general manejan con respecto a este grupo poblacional. (DANE,2004).

En 1980, la Organización Mundial de la Salud –OMS, publicó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Incapacidades y Minusvalías –CIDIM3. La CIDIM permitía clasificar y catalogar, no las enfermedades y las lesiones que en algún momento pueda tener una persona, sino más bien las muy probables consecuencias que esas lesiones o enfermedades pueden presentar en el individuo en términos de deficiencias, incapacidades y minusvalías. (DANE,2004).

Posteriormente, en la década de los noventa, nuevamente la Organización de las Naciones Unidas, a través de la Organización Mundial de la Salud, continúa con los desarrollos conceptuales, y presenta una nueva clasificación en la cual lo más importante de resaltar es el cambio del término incapacidad por el de discapacidad. (DANE,2004).

A partir de esto surgen nuevos términos que son:

– Deficiencia: Dentro de la experiencia de salud, una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anormalidades que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico y, en principio, refleja perturbaciones a nivel del órgano. (Abdías Calderón Justo, año 7)

– Discapacidad: Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento de una actividad rutinaria normal, las cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivas o regresivas.

Las discapacidades pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del grupo individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo. (Abdías Calderón Justo, año 7)

La discapacidad representa la objetivación de una deficiencia y, en cuanto tal, refleja alteraciones a nivel de la persona.

La discapacidad concierne a aquellas habilidades, en forma de actividades y comportamientos compuestos, que son aceptados por lo general como elementos esenciales de la vida cotidiana. (Abdías Calderón Justo, año 7)

Las discapacidades pueden clasificarse de la siguiente manera:

- Discapacidad Cognoscitiva
- Discapacidad del lenguaje
- Discapacidad sensorial
- Discapacidad de aprendizaje
- Discapacidad neurológica
- Discapacidad psicopatológica
- Minusvalía física y ortopédica
- Discapacidad atencional y del comportamiento.
- Otras discapacidades. (Abdías Calderón Justo, año 7)

– Minusvalía: Dentro de la experiencia de la salud, una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales)

La minusvalía está en relación con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma, se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o status del individuo y las expectativas del individuo mismo o del grupo en concreto al que pertenece.

La minusvalía representa, pues, la socialización de una deficiencia o discapacidad, y en cuanto tal refleja las consecuencias culturales, sociales, económicas y ambientales que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y discapacidad. (Abdías Calderón Justo, año 7)

La desventaja surge del fracaso o incapacidad para satisfacer las expectativas o normas del universo del individuo.

Así pues, la minusvalía sobreviene cuando se produce un entorpecimiento en la capacidad de mantener lo que podría designarse como «roles de supervivencia» (Verdugo alonso, M., 1998; p.14). La Organización Mundial de la Salud (OMS), clasificó las minusvalías con otro criterio en:

1. Minusvalías de orientación, es la disminución de la capacidad del individuo para orientarse en relación con su entorno, en este grupo hay discapacidades en la conducta y en la comunicación.
2. Minusvalía de independencia física, en este caso hay disminución de la capacidad del sujeto para llevar una vida independiente, es dependiente en su cuidado personal y en la vida diaria.
3. Minusvalía ocupacional, es la disminución de la capacidad del individuo para emplear su tiempo en forma normal de acuerdo a su sexo, edad, cultura, juego, diversión, etc.
4. Minusvalía de la integración social, hay disminución de la capacidad del individuo para mantener relaciones sociales acostumbradas.
5. Minusvalía de autosuficiencia económica, el sujeto tiene una disminución de la capacidad para una actividad socioeconómica, así como una independencia. (Abdías Calderón Justo, año 7)

Lo anterior implica la existencia de tres clasificadores, con tres dimensiones, cada uno de ellos relacionado con un plano diferente de la situación de discapacidad: cuerpo, actividad, interacción o participación social. Teniendo en cuenta lo anterior han surgido varios modelos explicativos acerca del concepto de discapacidad los cuales se postularon al inicio de los años

noventa a través de publicaciones teóricas, artículos y libros, hechos por académicos del Reino Unido y de EEUU, que por medio de unas severas y radicales críticas al modelo médico (en el que de manera simplista suelen juntar casi todos los modelos que no sean el suyo) plantean un modelo o teoría social de la discapacidad (Albrecht, Seelman y Bury, 2001; Barnes, Mercer y Shakespeare, 1997; Barton, 1996/1998; Bradley, 1995; Corker, 1998; Davis, 1997; Imrie, 1997; Marks, 1997a, 1999; Moore, Beazley y Maelzer, 1998; Oliver, 1990, 1992, 1999; por citar algunos de los más representativos). Citado por; Verdugo Alonso, 1998

Entre los modelos mas destacados se encuentra el modelo social, el cual defiende que la concepción de la discapacidad es una 'construcción social' impuesta, y plantea una visión de la discapacidad como clase oprimida, con una severa crítica al rol desempeñado por los profesionales y la defensa de una alternativa de carácter político más que científico. Esta posición tiene cierta difusión en algunos medios académicos de los países citados arriba, y sobre todo en relación con el mundo de la sordera y de la discapacidad física, mientras que en las discapacidades del desarrollo y retraso mental o la discapacidad visual apenas se hacen presentes. Muchos de sus defensores abogan además porque sólo las personas con discapacidad son quienes están 'capacitados' para hablar e investigar el problema, y eso lo hacen siendo gran parte de los proponentes personas con discapacidad. Además, han dado lugar a los llamados 'Estudios sobre discapacidad' ('Disability studies') con interesantes propuestas para el currículo académico de formación en las universidades. (Verdugo Alonso, 1998)

Los seguidores del modelo social rechazan la investigación objetiva y hablan de investigación emancipadora (Smith, 1999). La investigación emancipadora se dirige a desarrollar un compromiso político para afrontar la discapacidad cambiando las relaciones sociales de producción de investigación, incluyendo el rol de los financiadores, las relaciones entre investigadores e investigados, y los lazos entre investigación e iniciativas políticas (Barnes y Mercer, 1997). En definitiva se plantean romper lo que consideran una falsa separación entre política y ciencia, generando investigación participativa y emancipadora. Y esa participación activa de las

personas con discapacidad en la investigación sobre discapacidad se considera esencial para introducir las variables ambientales, actitudinales y sociales necesarias por analizar (Bellini y Rumrill, 1999) citado por, (Verdugo Alonso, 1998)

El modelo social se suele argumentar desde posiciones sociológicas especulativas, aunque de él también participan profesionales de otras disciplinas como la psicología, la pedagogía o el trabajo social. Frente a la concepción médica rehabilitadora de la discapacidad que se centra en el individuo para mejorar sus deficiencias o la psicológica que se centra en la mejora del proceso de adaptación, proponen 'desde dentro' de la discapacidad una teoría social de la misma (Abberley, 1987; Barnes, Mercer y Shakespeare, 1997; Marks, 1997a; Oliver, 1990). En este sentido, Oliver (1990) plantea que el significado de discapacidad más que comprendido está distorsionado por las definiciones oficiales derivadas del paradigma de la rehabilitación como son las utilizadas por la Organización Mundial de la Salud. Esas definiciones y concepciones consideran a las personas con discapacidad como objetos pasivos de intervención, tratamiento y rehabilitación, generando consecuencias opresivas para las personas al reducir la discapacidad a un estado estático y violar sus componentes experienciales y situacionales. Oliver plantea como alternativa centrarse en las causas y dimensiones sociales de la discapacidad, "una teoría social de la discapacidad, debe estar localizada dentro de la experiencia de las propias personas con discapacidad y sus intentos, no solo para redefinir la discapacidad sino también para construir un movimiento político entre ellos mismos y desarrollar servicios proporcionados con sus propias necesidades autodefinidas" (Oliver, 1990, p.11). Esta teoría social de la discapacidad como crítica a los modelos psicológicos y médicos también fue planteada antes por Abberley (1987). (Verdugo Alonso, 1998)

Sin embargo este modelo ha sufrido muchas críticas, las cuales se destacan a continuación; la primera es que el modelo social es una propuesta en desarrollo con diferentes planteamientos, sin finalizar y, por tanto, que todavía está sometida a grandes cambios en el futuro inmediato. No obstante, a pesar de las críticas sobre la utilidad de este modelo, si que han existido

aspectos positivos en su irrupción en el campo de la discapacidad. (Verdugo Alonso, 1998)

Sus mayores aportaciones están en la crítica de la perspectiva exclusivista biomédica, psicopatológica o psiquiátrica y sociológica tradicionales, y su redefinición de la discapacidad en términos de ambiente discapacitador, junto al hecho de situar de nuevo a las personas con discapacidad como ciudadanos con derechos, además de reconfigurar las responsabilidades en la creación, sostenimiento y superación de las discapacidades (Humphrey, 2000), (Verdugo Alonso, 1998)

El desarrollo de la propuesta de un modelo social para la discapacidad ha servido para fomentar el debate y análisis en disciplinas como la sociología que mantenían un alejamiento del campo de la discapacidad. Además, ha estimulado la participación activa en la vida académica de muchas personas con discapacidad, y ha llegado a proyectar un campo específico de estudio académico como son los 'Estudios sobre discapacidad' (Disability studies).

Estas actividades han servido para incrementar notablemente el papel que desempeñan las propias personas con discapacidad en la docencia universitaria y en la investigación, así como para reflexionar con utilidad sobre los currículos de formación de distintos profesionales en su licenciatura.

Reflexión que disciplinas tradicionales de formación, entre las que se puede destacar a la psicología o la medicina, no habían desarrollado aún a pesar de la importancia de la población a la que se refiere. No obstante lo dicho, la propuesta o propuestas merecen críticas tan severas o más que las que ellos hicieron al modelo médico (Verdugo Alonso, 1998)

El modelo 'constructivista' de la discapacidad define el significado y consecuencias de la misma de acuerdo con las actitudes, prácticas y estructuras institucionales más que por las deficiencias en sí (Schalock, 1997b). El propósito de quienes trabajan con este modelo, que inspiró la legislación norteamericana de los últimos años (The American with Disabilities Act) es reducir al máximo esas barreras físicas y sociales que limitan a los individuos con deficiencias (Verdugo, 1999a). Romper las barreras físicas, sociales y actitudinales existentes contra las personas con discapacidad es tan

importante, sino lo es más, como curar las deficiencias físicas o mentales (Imrie, 1997). (Verdugo Alonso, 1998)

Y por ultimo se encuentra el modelo Biopsicosocial, que es el modelo que se utilizara en el diseño del hospital de rehabilitación; este modelo explica la discapacidad desde un punto de vista holístico de Salud y Enfermedad que considera al individuo un ser que participa de las esferas biológicas, psicológicas y sociales. Para este modelo, no se entiende ya la enfermedad como la mera ausencia de salud, o simplemente de la salud física, sino que además cualquier alteración psicológica y/o social, puede determinar el estado de enfermedad/discapacidad de un individuo.

Por ello, el tratamiento curativo ha de estar enfocado en el abordaje terapéutico de estas tres esferas, pues sólo considerando al individuo en toda su dimensión se puede garantizar con éxito una recuperación o un mantenimiento completo de su lesión, trastorno o enfermedad. (http://es.wikipedia.org/wiki/Modelo_biopsicosocial)

Este ultimo modelo, ha sido el mas aceptado entre la comunidad de profesionales que trabajan en el ámbito de la salud y rehabilitación, debido a que integran todos los componentes del ser humano, aunque no se puede obviar los aportes que ha dado el modelo social al estudio de la discapacidad, el modelo Biopsicosocial ha sido el mas estudiado y de mayor credibilidad en el medio de la salud.

Por ultimo se examina los aportes de diferentes modelos a la discapacidad acabamos viendo la necesidad de integrar perspectivas tanto médicas como psicológicas y sociales. Llewellyn y Hogan (2000) defienden que el modelo médico, el de sistemas o ecológico, el transaccional, y el social aportan ideas útiles y comprensión necesaria de la discapacidad y de las respuestas a dar a la misma, aunque la evidencia muestra que los modelos en discapacidad carecen de valor explicativo (son meramente útiles a nivel descriptivo). (Verdugo Alonso, 1998)

A lo largo del tiempo muchas disciplinas se han encargado del estudio y comprensión de la discapacidad, y por supuesto de la rehabilitación de las personas que padecen algún tipo de discapacidad, ya sea cognoscitiva, física, sensorial, etc. Entre estas disciplinas esta la psicología de la rehabilitación que

estudia los aspectos psicológicos intervinientes y concomitantes a la rehabilitación de la discapacidad física adquirida.

Según Pelechano (1987) y Aguado (1989b), la rehabilitación es entendida como un estado previo al que retornar y unas capacidades residuales a optimizar, frente a los modelos globalizadores defendidos por otros autores como Rodríguez-Marín (1986) (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003). Desde este concepto restringido, su campo propio de actuación son las discapacidades físicas y/o sensoriales y los trastornos asociados, desde una perspectiva multidisciplinar y multidimensional, con el objetivo de optimizar y potenciar al máximo las capacidades de la persona de cara a su pleno funcionamiento y a su reinserción en la sociedad, tal y como defienden los principios de la rehabilitación total (Wright, 1980) y la rehabilitación integral (Moragas, 1974). (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

El nacimiento de la psicología de la rehabilitación se produce durante la II Guerra Mundial, con la toma de conciencia de la incidencia e importancia de los factores psicológicos y sociales en la rehabilitación y la entrada de nuevos profesionales procedentes de las ciencias sociales y de la conducta (Lofquist, 1979; Fraser, 1984; Aguado, 1995) citado por (Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Fraser (1984) definió la psicología de la rehabilitación como un área de especialidad que tiene una serie de subáreas, temas, roles y principios compartidos por los psicólogos que trabajan en el campo de la rehabilitación y que son distintivos y característicos de tal especialidad. A esta afirmación se suman todos aquellos autores que defienden la importancia de las variables psicológicas y el papel del psicólogo en la rehabilitación, así como la necesidad de ampliar su campo de investigación y aplicación (Lofquist, 1979; Shontz y Wright, 1980; Trieschman, 1980, 1984; Aguado, 1987, 1989a y 1995). Citado por (Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Los principios de la psicología de la rehabilitación están en estrecha conexión con los planteamientos comunitarios y biopsicosociales imperantes en las ciencias de la salud, conexión que ha dado lugar a influencias recíprocas y enriquecedoras. Por un lado, la evolución de la psicología de la rehabilitación y su atención a las estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la

lesión medular discapacidades y de intervención en trastornos Cognoscitivo y del desarrollo, los cuales ha repercutido en la dinamización de otras especialidades de la psicología, realizando aportaciones directas a la psicología clínica, la psicología infantil y la evaluación psicológica en general (Aguado, 1995). Por otro lado, la psicología de la rehabilitación, inicialmente muy influenciada por la teoría de campo de Lewin (1935) (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003) , se ha beneficiado de las aportaciones de otros desarrollos de la psicología, como la modificación de conducta, la evaluación psicológica, la psicología de la salud y la psicología comunitaria. Este contexto de influencia mutua es el que facilita la introducción de las teorías del estrés y el estudio del afrontamiento en el campo de las enfermedades crónicas, y por ende, en la rehabilitación. (Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Las múltiples áreas de interés que se han investigado en psicología de la rehabilitación abarcan los diferentes ámbitos y protagonistas del contexto rehabilitador la persona en rehabilitación, los profesionales, el entorno rehabilitador, social y familiar, siendo la evaluación un área de interés constante.

Áreas de estudio de la psicología de la rehabilitación

Persona en rehabilitación

- Las variables psicológicas intervinientes en rehabilitación.
- El proceso de adaptación a la discapacidad.
- La personalidad de la persona con discapacidad.
- Desarrollo de métodos facilitadores del ajuste personal y el estudio de los procesos de adaptación de diferentes grupos de personas con discapacidad.
- Estrategias de intervención y áreas aplicadas (entrenamiento conductual, intervención en grupo, condicionamiento operante, biofeedback, etc.).
- Desarrollo de nuevas técnicas de rehabilitación y la predicción de resultados.

Profesionales de la rehabilitación

- El papel del psicólogo, su formación y desarrollo como área de especialidad.
- Las actitudes del personal rehabilitador.

Entorno rehabilitador

- El estudio del entorno o contexto rehabilitador.
- La interacción paciente-personal rehabilitador.
- La creación de un ambiente terapéutico.
- La satisfacción del cliente.

Entorno social y familiar

- Las actitudes hacia la discapacidad física.
- El impacto de la discapacidad en la familia.
- El apoyo social.

Evaluación en Psicología

- Desarrollo de instrumentos de evaluación de las personas de la rehabilitación en proceso de rehabilitación
- Evaluación de los resultados de la rehabilitación.
- Evaluación de programas (interés despertado en los años setenta y ochenta).
- Análisis de los servicios de rehabilitación y el desarrollo de nuevos modelos de servicios.

La psicología de la rehabilitación tiene varias subespecialidades que son:

Psicología de la rehabilitación neuromotora: Trabajo en el ajuste integral de personas con inhabilidades o discapacidades neuromotoras o limitados físicos, como resultado, entre otros, de:

- Amputaciones
- Trauma Raquimedular
- Traumatismo cráneo encefálico
- Accidente cerebro vascular
- Infecciones del sistema nervioso

- Síndromes inmunológicos con secuelas motoras
- Síndromes motores congénitos (parálisis cerebral)

Psicología de la rehabilitación sensorial: Trabajo en el ajuste y adaptación integral de personas con inhabilidades o discapacidades sensoriales o preceptuales (agnosias), tales como:

- Limitados visuales
- Limitados auditivos
- Limitados vestibulares
- Patologías neurológicas

Psicología de la rehabilitación cognoscitiva: Busca el ajuste y adaptación integral de individuos con inhabilidades o discapacidades cognoscitivas, congénitas o adquiridas (pobreza ambiental temprana), como, entre otros:

- Retardo en el desarrollo
- Autismo
- Déficit de atención e hiperactividad
- Problemas de aprendizaje (dislexia, discalculia)

Psicología de la rehabilitación social: Intenta el ajuste integral de individuos con inhabilidades o desajustes sociales, como consecuencia, entre otros de:

- Inadecuada crianza
- Condiciones de extrema pobreza y marginalidad social
- Condiciones de desarraigo o desplazamiento
- Consumo de estupefacientes
- Alcoholismo
- Sociopatías

Psicología de la rehabilitación en pacientes crónicos: Busca el ajuste integral de personas con enfermedades crónicas o con secuelas patológicas o físicas que limitan o impidan su funcionalidad, entre otros:

- Pacientes con cáncer, SIDA y otras infecciones crónicas
- Personas quemadas o desfiguradas
- Personas nacidas sin miembros
- Personas con dolor crónico
- Personas con inhabilidades psiquiátricas severas (Pereira Francisco, 2004; conferencia impartida en el Minor de Psicología de la Salud, Universidad Tecnológica de Bolívar; Cartagena.)

En el hospital de rehabilitación se trabajará dos de las subespecialidades de la psicología de la rehabilitación, que son: Rehabilitación Cognoscitiva y Rehabilitación Neuromotora.

El objetivo de la rehabilitación cognoscitiva es mejorar el funcionamiento adaptativo de las personas en el seno de sus familias y en los lugares en los cuales ellas viven o trabajan. La naturaleza y severidad del compromiso cognitivo varía ampliamente. Los déficit de atención y de la memoria, las dificultades para nuevos aprendizajes, y las alteraciones de las funciones de fijación de metas, planificación y supervisión de resultados, se encuentran entre los más frecuentes y problemáticos. (Otero Lorenzo, Fontan Scheitler, 2001)

Existen muchas técnicas y estrategias de intervención en psicología de la rehabilitación cognitiva, estas técnicas se pueden agrupar en tres grandes niveles que son:

1. Restauración: se estimulan y mejoran las funciones cognitivas alteradas actuando directamente sobre ellas.
2. Compensación: se asume que la función alterada no puede ser restaurada; por ello se intenta potenciar el empleo de diferentes mecanismos alternativos o habilidades preservadas.
3. Sustitución: el aspecto central de la intervención se basa en enseñar al paciente diferentes estrategias que ayuden a minimizar los problemas resultantes de las disfunciones cognitivas, tal y como se realiza, por ejemplo, cuando se enseña a los individuos a utilizar diferentes ayudas externas. (Otero Lorenzo, Fontan Scheitler, 2001)

En cuanto a la psicología de la rehabilitación de alteraciones neuromotoras existen varias teorías que explican el proceso de adaptación de

un individuo a este tipo de discapacidad, entre las teorías mas importantes están:

Teorías psicológicas tradicionales

Teorías psicoanalíticas

- Mecanismos de defensa, imagen corporal, duelo, etapas, personalidad del discapacitado.
- Adler (1927), Menninger (1953), Fisher (1970), Cull y Hardy (1975), McDaniel (1976), Thurer (1985), Hardy y Cull (1987), Rule (1987), Cubbage y Thomas (1989), Sammallahti, Kannisto y Aalberg (1996). Citado por (Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Teorías conductistas

- Principios de modificación de conducta: extinción de conductas inadecuadas y aparición de conductas apropiadas durante la rehabilitación.
- Relevancia de las variables ambientales y de las conductas activas. Importancia de trabajar con los familiares y potenciar la motivación y la sensación de control en el paciente
- Asken (1976), Ince (1976), Lutzker, Duval (1982), Muthny y Haag (1987). Citado por (Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Psicología Humanista

- Introducción de la perspectiva optimista: Crecimiento psicológico y satisfacción personal (See, 1985; Riggan, Maki y Wolf, 1986). Citado por (Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)
- Autoconcepto, variables cognitivas, percepción subjetiva y significado de la discapacidad. Citado por (Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Teorías específicas de la discapacidad

Psicosomática

- Cada discapacidad es el resultado de un tipo concreto de conflicto de la personalidad: Alexander, French y Pollock (1968). Citado por (Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Somatopsicología

- Introducción de la perspectiva social en la comprensión de la discapacidad: Barker, Wright y Gonick (1946); Barrer (1948); Dembo, Leviton y Wright (1956); Meyerson (1973, 1988); Wright (1960, 1983). Citado por (Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Teorías del duelo y la pérdida

- Etapas de adaptación con un estado final denominado recuperación, aceptación o reorganización: Lindemann (1944), Schoenberg, Carr, Peretz y Kutscher (1970), Klinger (1977) y Bowlby (1980). Citado por (Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Teorías sociológicas

Teorías Sociológicas

- Rol de enfermo (Parsons, 1972) y conducta del enfermo (Mechanic, 1962; Berkowitz, 1986).
- Negociación, compensación y etiquetación (Hanks y Poplin, 1990).
- Estudio de las actitudes (Yuker, 1965; English; 1971; Siller,(1976), relevancia del entorno social y familiar, y de las actitudes y los profesionales (Katz, Shurka y Florian, 1978). Citado por (Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Discapacidad en Colombia

La discapacidad es uno de los problemas más desconocidos del país, debido a la carencia de registros sistemáticos que permiten realizar seguimientos históricos de las frecuencias de aparición de los factores de riesgo más comunes, así como de discapacidad que ocasionan. La magnitud de la situación social de la discapacidad es una discusión no resuelta. (Estudios sobre discapacidad en Colombia 1994-2001).

Sin embargo, a lo largo de la década y desde diferentes sectores se han realizado diversos estudios que si bien no son comparables metodológicamente, cada uno en su alcance nos describe cuantitativa y cualitativamente la situación de discapacidad en determinados territorios y momentos. (Estudios sobre discapacidad en Colombia 1994-2001)

Estos estudios arrojaron que en la región de occidente se presenta un mayor número de personas con discapacidad correspondiéndole el 44,5% del total nacional. Adoptando el límite de 3% de la población con discapacidad como cifra razonable, en esta región, sobresalen Antioquia con el 17.1% de personas con discapacidad sobre el total nacional; Valle con el 10.49%, Nariño con el 5.12% y Cauca con el 3.89%. Le siguen en orden descendente la región Centro Oriente con el 33,44% de la población con discapacidad del total nacional. Sobresalen en esta región Bogotá D.C, con el 10.68%, Cundinamarca con el 4.80 %; Santander con el 4.55%. Es de anotar que los restantes, Boyacá, Huila, Tolima, Norte de Santander se encuentran por encima del límite de 3%. A continuación la región Atlántica con el 18. 5%, donde sobresalen Atlántico con 4.2% de la población y **Bolívar con 3.82%**. (Estudios sobre discapacidad en Colombia 1994-2001)

Las Regiones de Orinoquía y Amazonía presentaron menor proporción de personas con discapacidad, 2.26% y 1.30%. Es de anotar que están ausentes del Censo Guaina y Vaupés. A pesar de la poca representatividad de la población de Vichada 0.03%, Amazonas 0.07% y Putumayo 0.36%, en el total nacional de personas con discapacidad, es de anotar que en relación con el total de personas de cada departamento, la proporción de personas con discapacidad (2.27%), (2.44%), y (3.21%) respectivamente, superan los

correspondientes a Bogotá, Antioquía y Norte de Santander. Los diez departamentos con mayor número de personas con discapacidad por todas las causas en orden descendente son: Antioquía, Bogotá D. C, Valle, Nariño, Cundinamarca, Santander, Atlántico, Cauca, Bolívar y Norte de Santander. En general en todas las regiones la mayor deficiencia es la sensorial correspondiéndole el 68% del total nacional de personas con discapacidad, de las cuales el 39.5% eran ciegos y 28.5% sordos, siguiendo en orden de importancia la parálisis o ausencia de miembros superiores y / o inferiores con el 20% y la deficiencia cognoscitiva con el 19% del total de personas con discapacidad. (Estudios sobre discapacidad en Colombia 1994-2001)

CAPITULO II

FORMULACIÓN DEL PROYECTO DEL HOSPITAL INTEGRAL PARA LA REHABILITACIÓN DE ALTERACIONES NEUROMOTORAS Y/O COGNOSCITIVAS

ELEMENTOS BÁSICOS

¿Qué se quiere lograr?

Lo que se quiere lograr es el diseño, elaboración e implementación de un Hospital para la prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación y capacitación en psicología de la rehabilitación neuromotora y cognoscitiva.

¿Por qué y para Qué?

Para proporcionar rehabilitación integral a personas con alteraciones neuromotoras y cognitivas, promoviendo su adecuada adaptación al medio laboral, social, académico, emocional y/o afectivo, mediante el entrenamiento en habilidades que le permitan al paciente su desarrollo autónomo, vinculando a la familia en el proceso rehabilitador.

¿Dónde se va a lograr?

El Hospital Integral para la Rehabilitación de Alteraciones Neuromotoras y/o Cognoscitivas tendrá como sede la ciudad de Cartagena, sin embargo abarcará a toda la población del Dpto. de Bolívar

¿Quién lo va a lograr?

El diseño del proyecto del Hospital Integral para la Rehabilitación de Alteraciones Neuromotoras y/o Cognoscitivas esta a cargo de 3 estudiantes de psicología, Leydi Gómez Aguilar, Yeimmy Sánchez Cajale y Alex Velasco Sanabria, con asesoramiento del Dr. Francisco Pereira profesor Asociado de la Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque y Director del Grupo de Investigación en Procesos Psicológicos. Laboratorio de Psicología Experimental.

En las fases de elaboración e implementación se conformará un grupo multidisciplinario de profesionales de diversas áreas, tales como psicología, fisioterapia, neuropsicología, nutricionista, psiquiatría, enfermería, terapeutas ocupacionales entre otro, que aportaran un servicio eficaz y efectivo.

¿CÓMO O MEDIANTE CUÁLES MEDIOS SE LOGRARÁ?

Mediante un estudio del mercado, es decir mediante el análisis de la

población afectada, y todo lo relacionado con su calidad de vida, su estrato socioeconómico, su capacidad de pago, su accesibilidad a la salud y a los beneficios que otorga esta, entre otros, de esta manera se tendrán datos acerca de las necesidades latentes de la población y sobre las cuales trabajará el centro de rehabilitación.

Este estudio iniciara con una exploración de las diferentes instituciones que se encargan del cuidado y rehabilitación de estos pacientes, al igual que los institutos donde se reúne toda esta información, estos se convertirían en datos preliminares de la población objetivo.

¿CUÁNDO SE VA A LOGRAR?

El tiempo estipulado para la realización del proyecto estará relacionado con la construcción y presentación del proyecto ante los diferentes organismos evaluativos.

¿Quién lo pagará?

Los recursos, para desarrollar el Hospital Integral para la Rehabilitación de Alteraciones Neuromotoras y/o Cognoscitivas, serán donaciones suministradas por organismos internacionales y/o instituciones de carácter privado que estén relacionados con la salud en sus diversos ámbitos, en estos estarían vinculadas las empresas, entre otros.

Para el mantenimiento del Hospital Integral para la Rehabilitación de Alteraciones Neuromotoras y/o Cognoscitivas se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

En primera instancia se tendrán criterios de pago de acuerdo al paciente y sus condiciones socioeconómicas, de igual manera se abrirá un programa de patrocinaje para que la rehabilitación sea financiada por organismos internacionales.

Así mismo las EPS, encargadas del subsidio en salud, tendrán la obligación de cancelar una parte de la rehabilitación de los pacientes vinculados a estas que así lo requieran.

Se dictaran programas de prevención de accidentes de trabajo y en estos se vincularan al sector industrial de la ciudad, estos deben cancelar la

totalidad del programa que desee obtener.

Vinculación de las ARP en el proceso de rehabilitación en los pacientes que han sufrido lesiones o accidentes laborales. La cual a su vez deben cancelar la totalidad de estos tratamientos.

CRITERIOS O INDICADORES QUE SE USARÁN PARA VERIFICAR QUE SE HA OBTENIDO EL LOGRO PROPUESTO

Mediante indicadores de gestión que midan el impacto del programa de rehabilitación y sus resultados, en la familia y en el paciente; para esto se elaborará un instrumento que contenga los ítems que queremos evaluar teniendo en cuenta cada caso especial y las metas propuestas en estos.

Con respecto a los programas externos, de igual manera nos evaluarán nuestros clientes con instrumentos acordados y especiales según el caso. Por ejemplo en el caso de accidentes de trabajo se medirá el impacto de los programas en los trabajadores y el índice de accidentalidad antes y después de este.

MARCO AXIOLÓGICO

VALORES FUNDAMENTALES DEL PROYECTO

1. La Responsabilidad que rige nuestro proyecto ante el manejo de la información recolectada y conocimientos requeridos para la elaboración de este.
2. Excelencia en relación a la rehabilitación neuromotora y/o cognoscitiva para promover de esta manera elementos que consoliden un alto grado de calidad en el servicio.
3. Sentido de Pertenencia de profesionales, trabajadores, y usuarios; proporcionando a su vez una entidad que se rija por principios que busquen un fin unificado en pro del Hospital Integral para la Rehabilitación de Alteraciones Neuromotoras y/o Cognoscitivas.
4. Solidaridad ante las poblaciones vulnerables que poseen alteraciones neuromotoras y/o cognoscitivas y que por insuficiencias económicas no pueden acceder a rehabilitación, para que de esta manera se genere un compromiso social ante dicha población.
5. Respeto a la intimidad de los pacientes y de las diferentes entidades sociales y gubernamentales.

VALORES BÁSICOS DE LA POBLACIÓN META

1. El centro debe regirse a través de la justicia, equidad e independencia de tal forma que no exista ningún tipo de vínculo de dependencia (orgánica, jerárquica, funcional, ideológica, programática, económica, etc.) respecto de ningún grupo político, sindical, religioso o económico.
2. Responsabilidad ante la rehabilitación de su alteración.
3. La libertad de la población de elegir, proporcionando la capacidad de hacer lo que se prefiere, sin la presión de otras personas que los obliguen a realizar actos contra su voluntad o ajenos a sus propios deseos.
4. La dignidad es inherente a la vida y es el fundamento real de la pertenencia social y de la igualdad de todas las personas. Gracias a esta cualidad, los seres humanos constituyen un valor en sí mismos y merecen ser tratados con consideración y respeto.

CONSISTENCIAS E INCONSISTENCIAS DE LOS VALORES

Consistencias	Inconsistencias
<p>Los valores se unifican en cuanto la justicia, equidad e independencia, dando una visión comunitaria de compromiso social de la población con alteraciones neuromotora y/o cognoscitiva; los cuales ofrecen principios de consideración, dignidad y respeto ante los usuarios del Hospital.</p>	<p>La libertad de la población de elegir, proporcionando la capacidad de hacer lo que se prefiere, sin la presión de otras personas que los obliguen a realizar actos contra su voluntad o ajenos a sus propios deseos, esto referente a la multiplicidad de etnias, culturas, nivel socioeconómico, etc, dando como resultado dudas acerca del funcionamiento de la rehabilitación del usuario del Hospital y de los beneficios que este trae, por lo tanto no es necesario obligar al usuario a la adhesión del tratamiento.</p>
<p>La responsabilidad y compromiso de las partes que conforman al Hospital de Rehabilitación Integral de Alteraciones Neuromotoras y/ o cognoscitivas (pacientes, familiares, profesionales, otros trabajadores), para el buen funcionamiento de este y ofrecer servicios de excelente calidad.</p>	

MARCO AXIOLÓGICO DE VALORES

EL marco axiológico de valores que comparte el proyecto y la población meta son los siguientes



DELIMITACION DE LA IDEA**Información existente**

Los datos que se presentan a continuación hacen referencia al censo realizado entre los años del 2001 al 2002, a la población “Discapacitada”, elaborado por la secretaria seccional de salud de Bolívar a algunos municipios de este departamento.

La población de Bolívar en el 2000 era de 1.996.906 habitantes, distribuidos en

38 municipios, incluida Cartagena

Los municipios de mayor población en Bolívar son:

MUNICIPIO	HABITANTES 1993
Achí	27.277
Arjona	41.384
El Carmen de Bolívar	62.355
María La Baja	36.474
Pinillos	32.775
San Jacinto	23.992
San Juan Nepomuceno	31.245
San Martín de Loba	29.001
Santa Catalina	18.645
Simití	19.063
Turbaco	37.530

De acuerdo a la tabla anterior podemos decir que, algunos de estos municipios fueron excluidos del censo realizado por la secretaria seccional de salud de Bolívar, aun cuando se consideran los de mayor población.

Por lo tanto los datos arrojados en este censo son una aproximación a la situación actual del departamento. Cabe anotar que la ciudad de Cartagena no ha sido incluida, en este censo, ya que cuenta con su propio centro regulador.

Debido a que no contamos con el número exacto de los habitantes de cada uno de los municipios censados, solo se arrojará el número de personas que padecen algún tipo de discapacidad de tipo cognitivo y/o neuromotor; y no el porcentaje de la población afectada.

DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR CENSADOS		
Municipio Corregimiento	Numero de personas afectadas por alteraciones Cognoscitivas	Numero de personas afectadas por alteraciones Neuromotoras o Físicas
Carmen de Bolívar	3	49
El Guamo	31	24
Turbana	29	36
San Juan Nepomuceno	61	104
Calamar	50	19
Maria la Baja	98	117
Mahates	97	140
San Jacinto	20	18
Morales	40	82
Cicuco	1	29
Talaguai Nuevo	11	57
Magangue	44	181
Santa Rosa	38	23
Pinillos	26	47
San Pablo	5	58
Arenal	9	6
Cantagallo	16	26
Achi	0	40
Altos de Rosario	98	117
TOTAL	687	1173

Según estos datos contamos con una población de 1860 personas con algún tipo de “discapacidad” en donde 687 son de tipo cognitivo y 1173 son de tipo físico o neuromotor.

Además en el censo de 1993 se encontraron los siguientes resultados:

Resultados pregunta sobre deficiencias 1993

Tipo de deficiencia	Número	Porcentaje
Ceguera	235 017	34,5
Sordera	169 443	24,8
Mudez	41 315	6,1
Retraso o deficiencia mental	113 319	16,6
Parálisis o pérdida de miembros superiores	60 737	8,9
Parálisis o pérdida de miembros inferiores	62 007	9,1
Total deficiencias	681 838	100,0
Total población censada con deficiencias	593 618	

Fuente: Censo 1993

Cuadro 2 Deficiencias por género, total y porcentajes 1993

Grupos de personas	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje hombres	Porcentaje mujeres
Personas censadas	306 976	286 642	593 618	51,7	48,3
Con ceguera	109 675	125 342	235 017	46,7	53,3
Con sordera	89 673	79 770	169 443	52,9	47,1
Sin habla	21 735	19 580	41 315	52,6	47,4
Con retraso	60 963	52 356	113 319	53,8	46,2
Con miembros sup afectados	35 469	25 268	60 737	58,4	41,6
Miembros infer afectados	34 000	28 007	62 007	54,8	45,2
Total deficiencias	351 515	330 323	681 838	51,6	48,4

Fuente: Censo 1993

Cuadro 3
Alfabetismo por género, total y porcentajes
1993

Grupos de personas	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje hombres	Porcentaje mujeres
Personas censadas	193 080	169 996	363 076	53,2	46,8
Con sordera	57 627	45 199	102 826	56,0	44,0
Sin habla	5 795	4 896	10 691	54,2	45,8
Con retraso	22 323	17 531	39 854	56,0	43,9
Miembros sup. afectados	24 616	15 628	40 244	61,2	38,8
Con ceguera	79 752	87 008	166 760	47,8	52,2
Miembros infer. afectados	24 268	18 638	42 906	56,6	43,4
Total deficiencias	214 381	188 900	403 281	53,2	46,8

Fuente: Censo 1993

Cuadro 4
No lee – escribe por género, total y porcentajes
1993

Grupos de personas	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje hombres	Porcentaje mujeres
Personas censadas	102 403	106 591	208 994	49,0	51,0
Con sordera	29 435	32 347	61 782	47,6	52,4
Sin habla	14 339	13 413	27 752	51,7	48,3
Con retraso	35 373	32 161	67 534	52,4	47,6
Miembros superiores afectados	9 587	8 676	18 263	52,5	47,5
Con ceguera	26 579	34 08	61 387	43,3	56,7
Miembros inferiores afectados	8 426	8 311	16 737	50,3	49,6
Total deficiencias	123 739	129 716	253 455	48,8	51,2

Fuente: Censo 1993

Cuadro 5
Asistencia escolar por género, total y porcentajes
1993

Grupos de personas	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje hombres	Porcentaje mujeres
Personas censadas	29 249	26 307	55 556	52,6	47,4
Con sordera	5 551	4 804	10 355	53,6	46,4
Con mudez	1 626	1 316	2 942	55,3	44,7
Con retraso	6 502	4 627	11 129	58,4	41,6
Miembros superiores afectados	2 642	1 736	4 378	60,4	39,6
Con ceguera	12 055	13 276	25 331	47,6	52,4
Miembros inferiores afectados	2 774	2 028	4 802	57,8	42,2
Total deficiencias	31 150	27 787	58 937	52,8	47,2

Fuente: Censo 1993

Cuadro 6
Nivel educativo por género, total y porcentajes
1993

Nivel educativo	Hombres	Mujeres	Total general	Porcentaje hombres	Porcentaje mujeres
No aplica	4 119	3 525	7 644	53,9	46,1
Ninguno	92 532	94 657	187 189	49,4	50,6
Kínder - transición	2 642	2 207	4 849	54,5	45,5
Primaria	144 209	130 893	275 102	52,4	47,6
Secundaria	39 909	33 429	73 338	54,4	45,6
Universitaria	5 525	3 448	8 973	61,6	38,4
Postgrado	802	543	1 345	59,6	40,4
No responden	17 238	17 940	35 178	49,0	51,0

Fuente: Censo 1993

Cuadro 7
Ocupación mayores de 10 años por género, total y porcentaje
1993

Ocupación	Hombres	Mujeres	Total general	Porcentaje
Otra situación	55 162	43 514	98 676	16,6
Busca trabajo - con experiencia	5 600	2 114	7 714	1,3
Busca trabajo 1a vez	1 189	677	1 866	0,3
Vacaciones - permisos	3 303	1 280	4 583	0,8
Trabajar	120 147	33 111	153 258	25,8
Estudian	16 958	15 505	32 463	5,5
Oficios del hogar	12 261	133 366	145 627	24,5
Incapacidad para trabajar	63 242	39 956	103 198	17,4
Jubilación - pensión - renta	15 991	3 835	19 826	3,3
No responden	13 123	13 284	26 407	4,4
Total	306 976	286 642	593 618	100,0

Fuente: Censo 1993

Cuadro 8
Ocupación mayores de 10 años por género, total y porcentaje
1993

Ocupación	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje hombres	Porcentaje mujeres
Otra situación	55 162	43 514	98 676	55,9	44,1
Busca trabajo - con experiencia	5 600	2114	7 714	72,6	27,4
Busca trabajo 1a vez	1 189	677	1 866	63,7	36,3
Vacaciones - permisos	3 303	1 280	4 583	72,1	27,9
Trabajar	120 147	33 111	153 258	78,4	21,6
Estudian	16 958	15 505	32 463	52,2	47,8
Oficios del hogar	12 261	133 366	145 627	8,4	91,6
Incapacidad para trabajar	63 242	39 956	103 198	61,3	38,7
Jubilación - pensión - renta	15 991	3 835	19 826	80,6	19,4
No responden	13 123	13 284	26 407	49,7	50,3

Fuente: Censo 1993

En cuanto a las estadísticas de las personas discapacitadas a causa de las minas o el conflicto armado tenemos que en un estudio realizado por El Observatorio de Derechos Humanos - Minas del Programa Presidencial para la Promoción, Garantía, Respeto de los Derechos Humanos y Aplicación del Derecho Internacional Humanitario, muestra que **durante los primeros cinco meses del año (enero – mayo/2001), fue víctima de accidentes por minas una persona cada 2.5 días en promedio. Del total de víctimas (60), el 45% son combatientes y el 52% población**

civil. De la población civil, el 33% son niños. Ha muerto en lugar del accidente el 33%, y los sobrevivientes presentan discapacidades permanentes.

El seguimiento del Observatorio de Minas muestra que **en el mes de mayo de este año aumentó el porcentaje de afectación de la población civil**, ya que de enero a abril/2001 del total de víctimas (31), el 58% fueron combatientes y el 42% población civil.

Durante el mes de **junio del 2001**, ocurrieron 4 accidentes por minas en los departamentos de Arauca, Santander y Antioquia que dejaron un saldo de **14 víctimas, de ellas 9 son niños y niñas campesinos.**

En el mes de **julio pasado se incrementó el número de accidentes por minas antipersonales** a 7, distribuidos así: en Antioquia 4, en Norte de Santander 1, en Cauca 1 y en Cesar 1. El 50% de las víctimas fueron niños y niñas campesinos quienes sufrieron amputación de miembros inferiores y superiores.

La concentración de víctimas por minas antipersonales por departamento, durante el periodo de enero a julio del 2001, es la siguiente:

- Bolívar, municipios de Morales, Santa Rosa, San Pablo, Cantagallo: 23.53%.
- Norte de Santander, municipios de San Calixto y Silos: 18.82%
- Arauca, municipios de Arauca, Arauquita, Saravena y Tame: 15.3%
- Cesar, municipios de Coddazi: 10.58%
- Cauca, municipios de la Vega y Silvia: 9.48%
- Antioquia, municipios de Zaragoza, Anorí, Concepción, Vía la Unión - Sonsón, Yolombó y San Francisco: 9.48%
- Santander, municipios de Zapatoca, Barrancabermeja y Puerto Wilches: 8.23%
- Valle del Cauca, municipio de Cali: 3.52%

- Boyacá, municipio de Duitama: 1.17%
(<http://www.gobiernoonlinea.gov.co/discapitados/archivos/pobrezaydiscapacidad.doc>)

Paralelo a esto en el país no se ha contado con un registro sistemático que haya permitido cuantificar la población con discapacidad, por tal razón, la prevalencia de ésta no se conoce en sus reales dimensiones. Las cifras con que se cuenta en la actualidad son diversas; en el censo poblacional del DANE de 1993 se estimó en 600.000 personas aproximadamente (1.9% de la población de entonces) que presentaban discapacidad, son cifras discutidas en el entorno académico pero son las cifras oficiales⁵⁴ ; en el Sistema Nacional de Información del estudio realizado por la Universidad Javeriana, en 1995 se señala que el 23,8% de la población tiene alguna discapacidad; el Ministerio de Salud con base en el estimativo del 12%, tenido como referente internacional, estima que cerca de cuatro millones y medio de personas presentan algún tipo de limitación

(<http://www.gobiernoonlinea.gov.co/discapitados/archivos/pobrezaydiscapacidad.doc>)

La información suministrada por el registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad posee una gran posibilidad de cruce y análisis de variables.

Del total de las 7.509 personas registradas, el 84% vive en las cabeceras municipales, pero no por ello su calidad de vida es mejor que la de las que viven en el área rural o resto del municipio. La mayor parte de personas registradas corresponden a los estratos 1 y 2; el 51% no tiene casa propia; a pesar de contar con algunos servicios públicos, la cobertura de alcantarillado es lastimosa, especialmente en el departamento del Atlántico en donde este servicio no existe para los habitantes de los municipios de Juan de Acosta y Palmar de Varela.

De las personas registradas, la condición de discapacidad afecta por igual a hombres y mujeres; el 20% de las personas con discapacidad corresponde a menores de 18 años; el 70%, a mayores de 30 años, y el 30%, mayores de 65 años.

Existen 2.200 personas con discapacidad, el 29%, que tienen personas a

cargo; de ellas, 1.293 tienen menores de 12 años; algunas tienen, incluso, grupos de hasta 6 y más. Igualmente, 530 personas con discapacidad tienen bajo su responsabilidad de 1 a 3 personas mayores de 60 años.

(<http://www.gobiernoenlinea.gov.co/discapacitados/archivos/pobrezaydiscapacidad.doc>)

ESTRATEGIA DE DETECCIÓN DE NECESIDADES

Las estrategias que serán utilizadas para la obtención de necesidades serán encuestas, entrevistas, tanto a pacientes que han presentado alteraciones neuromotor y / o cognoscitivas como el entorno de rodea al paciente (familia, amistades, médicos, especialistas, etc.). De igual forma realizaremos visitas a diferentes entidades tales como el DANE, DADIS, Hospitales y demás entes que estén relacionados con el diseño y elaboración del Centro de Rehabilitación Integral.

NECESIDAD QUE DEBE SER SATISFECHA

En la actualidad existen en Cartagena, varios centros de rehabilitación que se encargan, de ayudar al paciente en la rehabilitación ante su enfermedad, sin embargo según la información suministrada por estos centros, arrojan que no existe a nivel departamental un Centro u Hospital que brinde sus servicios de manera integral, por lo tanto el paciente debe desplazarse de manera constante a diferentes entidades para tener acceso a su recuperación, dado como resultado diferentes dificultades a nivel personal con referencia a su rehabilitación, como por ejemplo la incomodidad que incluye ir de un lugar a otro, o el tiempo y el dinero que se invierte, y relacionado el costo adjunto sería mayor que de los beneficios que se deberían ofrecer. De igual forma Centros u Hospitales de Rehabilitación existentes poseen poco o nada de investigación dentro de sus funciones institucionales y no poseen protocolos que direccionen las intervenciones que se les realizan a las personas que tienen alteraciones neuromotoras y/o cognoscitivas.

PROBLEMA

Ausencia de un sistema de atención e intervención integral para las personas que han sufrido lesiones medulares, neuromotoras y/o cognitivas; con el fin de mejorar su calidad de vida, propiciando una rehabilitación que incluya tanto al paciente, a la familia y al grupo rehabilitador.

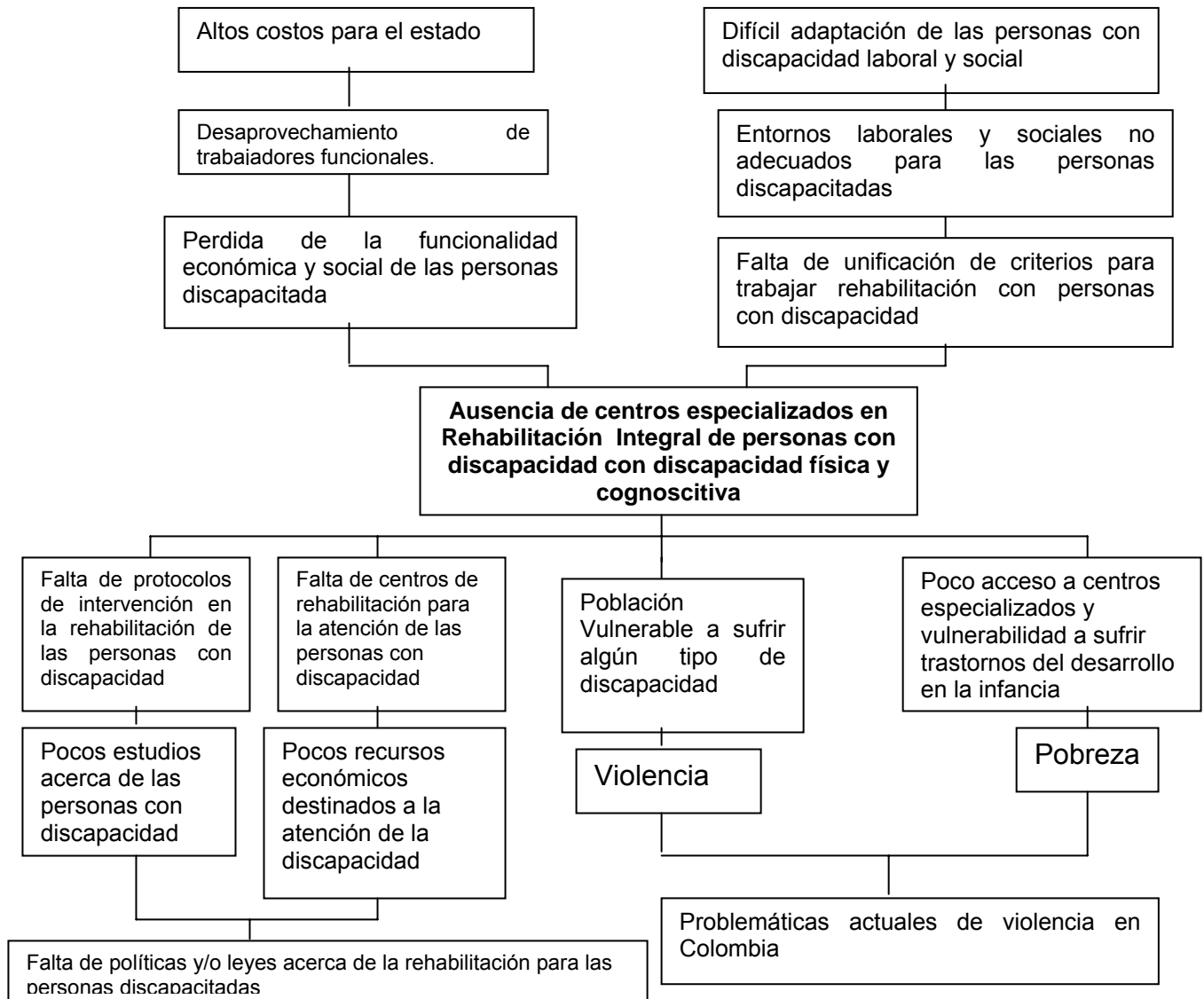
ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1. Falta de políticas y/o leyes acerca de la rehabilitación para las personas discapacitadas.
2. Problemáticas actuales de violencia en Colombia, Población Vulnerable a sufrir algún tipo de discapacidad, Poco acceso a centros especializados y vulnerabilidad a sufrir trastornos del desarrollo en la infancia
3. Pocos estudios acerca de las personas con discapacidad
4. Pocos recursos económicos destinados a la atención de la discapacidad

CONSECUENCIAS QUE CONLLEVA NO ATENDER EL PROBLEMA

Las personas con algún tipo de discapacidad de no ser atendidas podrían generar otros trastornos o alteraciones que disminuyen su adaptación y desenvolvimiento en este, lo cual estará reflejado en su hábito personal, social, laboral, económico y por ende dará como resultado una disminución en la calidad de vida tanto para ellos como para su familia.

ARBOL DE PROBLEMAS



NIVEL DE INTERVENCIÓN REQUERIDO DE ACUERDO CON DISPONIBILIDADES

El nivel de intervención debe estar regido y direccionado a partir de la valoración y evaluación que se realiza en primera medida tanto del aspecto físico, cognoscitivo, social, como su nivel socioeconómico en relación a la alteración. Dicha evaluación esta estipulada en protocolos específicos de intervención, el cual arroja información pertinente y relevante sobre el diagnostico del paciente. Las ventajas de la utilización de protocolos radican en garantizar la calidad de la atención y de los servicios ligado a la satisfacción del cliente, garantizar la eficiencia de los recursos asignados a la producción / compra de servicios, reducir los costos de la atención de salud, protección legal en casos específicos, facilita las comunicaciones entre el equipo de salud y unifica criterios.

POBLACIÓN, SECTOR, EDAD, UBICACIÓN

Hospital Integral para la Rehabilitación de Alteraciones Neuromotoras y/o Cognoscitivas esta encaminado a atender personas, de ambos sexos, que se encuentran en las diferentes etapas del desarrollo humano, (niños, jóvenes, adultos y adultos mayores), con alteraciones neuromotoras y/o cognoscitivas, que presenten un deterioro a nivel de funcionamiento personal, social, familiar, afectivo, y laboral. De igual manera también está dirigido a personas que presentan alto riesgo de sufrir accidentes de trabajo, entre otros, y por supuesto a toda la comunidad en los programas preventivos de accidentes de transito, calidad de vida, etc.

POSIBLES SOLUCIONES

El Hospital Integral para la Rehabilitación de Alteraciones Neuromotoras y/o Cognoscitivas tendrá como función trabajar en pro de las personas discapacitadas y mejorar su calidad de vida, esto con ayuda de diferentes Hospitales e instituciones a nivel nacional e internacional, que brinde alternativas de tratamiento ya sea físico, medico, psicológico, cognoscitivo

entre otros esto dependiendo a la situación y la alteración del usuario

Alternativas

Dependiendo del tipo de alteración que presente el paciente y de la evaluación individualizada que fue elaborada con anticipación; se puede tener acceso a al Servicio telefónico que brinda el Hospital Integral para la Rehabilitación de Alteraciones Neuromotoras y/o Cognoscitivas, este servicio busca de manera constante que los usuarios con bajos niveles de alteración neuromotora y/o cognoscitiva, tengan la posibilidad de tener un vínculo con el profesional a una hora previamente determinada

El Hospital Integral para la Rehabilitación de Alteraciones Neuromotoras y/o Cognoscitivas cuenta con la pagina Web el cual ofrece sus servicio tanto de información, de acompañamiento con la rehabilitación (indicaciones virtuales ilustrativas paso a paso de tareas tanto para lesiones neuromotoras como alteraciones cognoscitivas), que involucran tanto a la familia como a su red social.

ALTERNATIVAS ECONÓMICAS

· Sistema de ayudas económicas individualizadas de manera total o parcial (según la evaluación que se hace con respecto a la situación económica), a través de asociaciones con países extranjeros y a nivel nacional, a las personas afectadas con alteraciones neuromotoras y/o alteraciones cognoscitivas, las cuales están vinculadas al Hospital Integral para la Rehabilitación de Alteraciones Neuromotoras y/o Cognoscitivas, y que a su vez carezcan de recursos económicos para su rehabilitación, esto con el fin de obtener una colaboración en los gastos de su rehabilitación y de esta manera incidir en la calidad de vida y en su integración social.

Cobrar un impuesto de un de ayuda (___ %) en las facturas de las personas que tienen la disponibilidad económica de cancelar su rehabilitación.

· Realización de actividades artísticas, deportivos, como por ejemplo realización de muestras de pinturas, de cerámicas, maratones, partidos de basketball, tenis de mesa, entre otras actividades que podrían ser consideradas; las cuales posibiliten la integración de diferentes entidades gubernamentales, empresas privadas, y sistemas sociales (amigos, familiares, parejas, y personas ajenas a su núcleo social), con el fin de obtener colaboraciones económicas ya sea por la compra de dichas muestras o en la participación a dichos eventos. Como alternativas económicas se empleará.

IDEAS ALTERNATIVAS (PLAN B)

Conseguir que en establecimientos comerciales exista la posibilidad de cobrar doscientos pesos por compra de artículos o pagos de servicios para que de esta forma se colabore al Hospital Integral para la Rehabilitación de Alteraciones Neuromotoras y/o Cognoscitivas.

ANTEPROYECTO - FACTIBILIDAD COMPARACIÓN DE LAS SOLUCIONES EN TÉRMINOS DE FACTIBILIDAD TÉCNICA

Para la creación del hospital integral para la rehabilitación de alteraciones neuromotoras y/o cognoscitivas, se cuenta en la ciudad y en el país en general con un numero de profesionales preparados y con experiencia en el campo de la psicología de la salud, que evidenciando falencias y oportunidades en el área de la rehabilitación en particular se han preocupado en capacitarse en este campo.

El hospital, dentro de sus criterios de selección cuenta con una profunda y sistemática revisión de la formación, área de especialización y experiencia que posen cada uno de los aspirantes. Así mismo, la dirección científico académica cuenta con claros programas en caminados a facilitar de capacitación clínica permanente de educación continuada en profesionales técnicos y auxiliares que trabajan en el hospital. Todo esto

con el fin de impulsar la calidad, eficiencia y la eficacia en la prestación de los servicios.

Lo anterior sumado a los patrones de contratación, la clara implementación de políticas institucionales, de vigilancia y control que se rigen por el sistema obligatorio de garantía de calidad de auditoría para el mejoramiento de la atención en salud, aseguran la idoneidad del personal a laborar en la institución.

De igual manera, la evaluación de la capacidad técnica y tecnológica entendido esto como procedimientos y/o programas de prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación, capacitación e implementación de recursos tecnológicos, esta sustentada en la posesión y adquisición de los siguientes elementos:

- Diseño, implementación y evaluación de protocolos de prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación, capacitación.
- Adquisición de equipos avanzados en el diagnóstico y tratamiento.
- Implementación de programas informativos en gestión hospitalaria
- Planeación de Instalaciones que faciliten el transporte y movilidad de los pacientes.
- Implementación de programas de gestión de la calidad en salud
- Aplicación de Bioseguridad

Por otra parte, la evaluación del contexto en el que se desarrollara el hospital fue evaluada para conocer la forma en que el entorno podría afectar al servicio. Teniendo en cuenta estos parámetros, se observó implementación contexto local y nacional, ya que el análisis aspectos como la legislación, políticas, planes y programas de la organización y el sector, mercado cliente, competencia, etc., hacen posible la implementación y sostenimiento del hospital.

MATRIZ DOFA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Recurso humano altamente capacitado • Servicios y terapias alternativas • Sólida estructura gerencial • Amplio portafolio de servicio • Planificación y diseño hospitalario • Diseño e implementación de protocolos • Integralidad del hospital • Compromiso social • Evolución del mercado • Capacidad técnica y tecnológica (prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación y capacitación) 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de activos físicos (etapa inicial) • Recursos económicos
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Clientes • Mercado • Competidores • Grupos de interés: Gobierno, EPS, organizaciones no gubernamentales y comunidad. • Normas y políticas de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de equipos e insumos • Realidad económica • Costos de servicios de salud

**ESTRATEGIAS PARA CONTRARESTAR FORTALEZAS,
DEBILIDADES, OPORTUNIDADES, AMENAZAS**

ESTRATEGIAS FORTALEZAS	ESTRATEGIAS DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Educación continuada en profesionales técnicos y auxiliares • Innovación de servicios • Definición clara de funciones administrativas, manejo gerencial del hospital • Diversificación de servicios • Manejo de limitantes arquitectónicas • Mejoramiento en el diseño de protocolos • Manejo sistémico e integral de todas las áreas del hospital • Adaptación a las necesidades del mercado • Adaptación al mercado • Mejoramiento continuo del control de la calidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas de capitalización • Apoyo externo para inversión; gubernamental y no gubernamental • Realización de actividades que integren los diversos entes económicos. • Presupuesto acorde a las necesidades
ESTRATEGIAS OPORTUNIDADES	ESTRATEGIAS AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Masificación del servicio • Trato personalizado a pacientes (modelo de atención adecuado) • Continuo mejoramiento de servicios • Administrar con transparencia la cooperación externa • Actuar sobre las políticas gubernamentales 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimientos de contactos y redes de suministro • Organización eficiente de los recursos. • Gestión administrativa y logística eficaz.

FICHA TÉCNICA:

GENERALIDADES

RESPONSABLE DEL PROYECTO

El diseño del proyecto del Hospital Integral para la Rehabilitación de Alteraciones Neuromotoras y/o Cognoscitivas esta a cargo de 3 estudiantes de psicología, Leydi Gómez Aguilar, Yeimmy Sánchez Cajale y Alex Velasco Sanabria, con asesoramiento del Dr. Francisco Pereira profesor Asociado de la Facultad de Psicología de la Universidad del Bosque y Director del Grupo de Investigación en Procesos Psicológicos. Laboratorio de Psicología Experimental.

DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN A EMPRENDER

Diseño, elaboración e implementación de un Hospital para la prevención, diagnostico, tratamiento, investigación y capacitación en psicología de la rehabilitación neuromotora y cognoscitiva.

LOCALIZACIÓN

El Hospital Integral para la Rehabilitación de Alteraciones Neuromotoras y/o Cognoscitivas estará ubicado a las afueras de la ciudad de Cartagena, Anillo Vial, con el fin de obtener un espacio físico que cumpla con las características y requisitos para el buen funcionamiento de este. De igual forma los alrededores del Hospital como por ejemplo zonas verdes, cercanías de playas, espacios al aire libre, brindan al usuario la comodidad y confort que posibilita al beneficio de su rehabilitación.

**REFERENCIA POLÍTICAS, PLANES Y OBJETIVOS, SECTORIALES,
REGIONALES O NACIONALES.**

MARCO LEGAL:

De acuerdo a la Ley Marco de la Discapacidad, en el Capítulo 3 de la rehabilitación, según el artículo 18

“Toda persona con limitación que no haya desarrollado al máximo sus capacidades, o que con posterioridad a su escolarización hubiere sufrido la limitación, tendrá derecho a seguir el proceso requerido para alcanzar sus óptimos niveles de funcionamiento psíquico, físico, fisiológico, ocupacional y social.

Para estos efectos el Gobierno nacional a través de los ministerios de trabajo, salud y educación nacional, establecerá los mecanismos necesarios para que los limitados cuenten con los programas y servicios y rehabilitación integral, en términos de readaptación funcional, rehabilitación profesional y para que en general cuenten con los instrumentos que les permitan autorrealizarse, cambiar la calidad de sus vidas y a intervenir en su ambiente inmediato y a la sociedad, (Ley No 361, Febrero 7 de 1997; Ley Marco de la Discapacidad. “por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones”)

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN PREVIA

INFORMACIÓN DISPONIBLE SOBRE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El acceso que tiene la población discapacitada del departamento de Bolívar hacia la rehabilitación, tomada desde el punto de vista como derecho, se evidencia en la II Conferencia en Cartagena de Indias 30 de octubre de 1992 la cual hace saber que “Para prevenir, eliminar o reducir las consecuencias de las deficiencias y de las discapacidades, es necesario poner al alcance de las personas discapacitadas los recursos y servicios de rehabilitación, de manera que reciban una atención integral individualizada, en forma precoz, apropiada y continua, preferentemente en su contexto sociocultural.

La rehabilitación funcional deberá contemplar un conjunto de tratamientos y sistemas especializados de rehabilitación dirigidos a reducir las consecuencias de la lesión o enfermedad y a restablecer las condiciones físicas y mentales de la persona, entre los que se incluyen el uso y adaptación de ayudas técnicas personales y la cirugía reconstructiva. En función de la naturaleza y del grado de la deficiencia, los tratamientos rehabilitadores deberán también comprender apoyo psicopedagógicos para la adaptación a la situación de discapacidad.” (Resumen del texto aprobado en la II Conferencia en Cartagena de Indias el día 30 de octubre de 1992)

DESCRIPCIÓN DE LA IDEA

RESULTADOS ESPERADOS DEL PROYECTO.

- Corregir el impacto de la discapacidad a través de la rehabilitación en las personas con alteraciones neuromotora y/o cognoscitivas, para ayudarles a lograr el nivel más alto posible de funcionamiento e integración a su entorno.
- Eliminar barreras físicas, culturales, laborales y políticas que impidan el acceso a todas las áreas de la sociedad contribuyendo a la igualdad de oportunidades de dichas personas.
- Sensibilizar a los entes gubernamentales y a toda la comunidad en general sobre la situación actual de la discapacidad y de los efectos colaterales que esta trae consigo, de igual manera evidenciar la importancia que la rehabilitación brinda a estas personas, proporcionándoles beneficios a nivel individual, familiar y por ende disminuyendo los costos que generan las personas con discapacidad sin rehabilitación para el estado.
- Crear espacios en donde se involucren y se tengan en cuenta las preocupaciones y necesidades de las personas con discapacidad, dando como resultado la colaboración y participación de la formación en parte de las políticas económicas y de las asignaciones presupuestales de los países.
- Trabajar de manera conjunta con el estado y las organizaciones internacionales, para el desarrollo y apoyo de proyectos que vayan en pro de la rehabilitación neuromotora y/o cognoscitiva.

METAS

1. Realización del Hospital Integral para la Rehabilitación de Alteraciones Neuromotoras y/o Cognoscitivas, con características holistas, para reunir de manera armónica, tanto a los profesionales (médicos generales, especialistas, psicólogos, etc.) como a los espacios físicos para su evaluación y tratamiento de los pacientes.
2. Ofrecer servicios de máxima calidad que brinden de manera eficaz y eficiente la rehabilitación de pacientes con alteraciones neuromotoras y / o cognoscitivas a su medio.
3. Elaboración de revistas científicas que revelen artículos con carácter riguroso sobre las alteraciones neuromotoras y/o cognoscitivas.
4. Creación de sedes del Hospital Integral para la Rehabilitación de Alteraciones Neuromotoras y/o Cognoscitivas, en diferentes regiones del país, con el fin de ampliar la cobertura y de esta manera brindar una asistencia generalizada.
5. Programa de Becas a Profesionales adscritos: Este programa esta dirigido al grupo de profesionales que hacen parte del hospital de rehabilitación tanto del área de rehabilitación como del área administrativa, y tiene como objetivo principal la capacitación del personal en diferentes especialidades que sean necesarias para la calidad de los servicios del hospital.

**ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA UNIDAD DEL HOSPITAL
INTEGRAL PARA LA REHABILITACIÓN DE ALTERACIONES
NEUROMOTORAS Y/O COGNOSCITIVAS**

1. PERSONAL:

1. 3 Médicos Generales
2. 3 Neurólogos
3. 3 Fisiatras
4. 1 Pediatría
5. 3 Ortopedas
6. 4 Psicólogas
7. 3 Fisioterapeutas
8. 1 Trabajadora Social
9. 3 Enfermeras
10. 8 Auxiliares de Enfermería
11. 1 Contador Publico
12. 1 Administrador en salud
13. 2 Secretarias
14. 1 Recepcionista
15. 6 Vigilantes
16. 6 Aseadoras
17. 1 Chofer de transporte para los pacientes
18. 2 Cuidadores de los caballos.
19. 2 Terapista Ocupacional
20. 2 Educadores Especiales.

2. INFRAESTRUCTURA

Área de Hospitalización

- 11 Cuartos

3 Suites: habitaciones individuales que constan de una cama eléctrica, televisor, baño privado, teléfono privado, sofá cama para acompañante, mesita de noche.

3 Habitaciones individuales, que constan de una cama sencilla, baño privado, y un sofá cama para acompañante.

5 Habitaciones compartidas, que consta cada una de tres camas, 1 baño, un silla auxiliar para acompañantes.

Área de Diagnósticos y tratamientos

1. Unidad de Rayos X
2. Unidad de prótesis
3. Piscina
4. Pesebrera

Consultorios

1. Consultorio de Medicina General: Consta un escritorio, una camilla, un computador, teléfono privado, sillas para el paciente y el familiar, lámpara para observar rayos X.
2. Consultorio Neurología: Consta un escritorio, una camilla, un computador, teléfono privado, sillas para el paciente y el familiar, lámpara para observar rayos X.
3. Consultorio de Fisiatría: Consta un escritorio, una camilla, un computador, teléfono privado, sillas para el paciente y el familiar, lámpara para observar rayos X, material medico especial para trabajar su área.
4. Consultorio de Ortopedia: Consta un escritorio, una camilla, un computador, teléfono privado, sillas para el paciente y el familiar, lámpara para observar rayos X, material medico especial para trabajar su área.

5. Consultorio de Pediatría: Consta un escritorio, una camilla, un computador, teléfono privado, sillas para el paciente y el familiar, material medico especial para trabajar en su área.
6. Gimnasio de Fisioterapia: Consta un escritorio, una camilla, un computador, teléfono privado, sillas para el paciente y el familiar, todos los equipos para trabajar la parte física de los pacientes.
7. Consultorio de Psicología: Consta un escritorio, una camilla, un computador, teléfono privado, sillas para el paciente y el familiar, además de pruebas de evaluación, también cuenta con área de atención a niños adecuado para facilitar la adaptación del niño al entorno medico.
8. Taller Vocacional: dotado de todos los materiales necesarios para el desarrollo de habilidades vocacionales en los pacientes que así lo requieran, es una de las áreas mas extensas del hospital con zonas al aire libre.
9. Hogar Infantil (niños especiales): dotado de juguetes, camas pequeñas, sillas, escritorios, pruebas psicológicas y educativas, televisor, grabadora.
10. Salón educativo para niños con problemas de aprendizaje: dotado de tablero, ayudas didácticas, libros, escritorios, televisor, pruebas psicológicas y educativas, grabadora, sillas.
11. Sala de Juntas medicas y familiares: dotado de sillas, mesas, tablero acrílico, video beam, televisor, vhs, computador portátil, proyector de acetatos, reproductor de sonido y demás materiales para la organización de juntas medicas y otros eventos de carácter científico.
12. Área de Enfermería: Escritorio, Computador, materiales de uso hospitalario.

Oficinas

1. Oficina del Director General: dotado de escritorio, computador, sillas.
2. Oficina del Administrador: dotado de escritorio, computador, sillas
3. Oficina del Contador Publico: dotado de escritorio, computador, sillas
4. Oficina de Recursos Humanos: dotado de escritorio, computador, sillas, además de pruebas psicotécnicas para los casos de reclutamiento y selección de personal.

Trabajo Social

5. Recepción: conmutador, registros de citas, computador, teléfono, escritorio.

Servicios Generales

1. Cafetería: Nevera, cafetera, insumos varios, estufa, accesorios varios de cocina
2. Restaurante / Café: mesas, sillas, productos para la venta, insumos para la venta de alimentos, estufa industrial.
3. Lavandería: Lavadoras industriales, insumos de aseo.
4. Jardinería: Implementos de jardinera.
5. Aseo General: Escobas, baldes, traperos, limpiones, y otros implementos de aseo.
6. Transporte: Carro que cumpla con las condiciones de diseño para transportar personas con discapacidades físicas.

IMPACTO ESPERADO SOBRE LA POBLACIÓN Y SU ENTORNO Y CONTEXTO.

Esperamos que la población afectada por las alteraciones neuromotoras y / o cognitivas, tengan un espacio de rehabilitación conformado por un equipo multidisciplinario capacitado, competente y asequible; para que esta forma puedan sentir el apoyo tanto físico como emocional que contribuya a su desarrollo y crecimiento propio ante las diferentes problemáticas, al igual que su adaptación al medio, de manera que les permita vivir en la cotidianidad tanto suya como la de su familia. De igual forma se quiere disminuir los niveles de accidentalidad que son los principales causales de discapacidad en el mundo, y en Colombia mediante los programas preventivos que se realizaran en torno a este tema.

Además se busca la reducción de enfermedades y muertes de los pacientes, por causas que se pueden controlar, igualmente mejorar la calidad de atención de las personas con alguna discapacidad, promoviendo su acceso a las tecnologías y el acceso a tratamientos y diagnósticos efectivos acerca de la discapacidad, esto con el fin ultimo de mejorar la calidad de vida de los pacientes con discapacidad y sus familiares y por supuesto también encaminado a la prevención de enfermedades y la detección temprana de las distintas deficiencias.

Se busca de igual manera establecer en la comunidad políticas de inclusión a las personas con discapacidad, para que estos participen activamente en la construcción de su realidad y futuro. El hospital busca disminuir los costos que genera una persona no rehabilitada que se encuentra en su casa totalmente dependiente a sus familiares y que solo genera costos, en lugar de esto se busca explotar las capacidades de estas y desarrollar en ellas habilidades que les permitan sostenerse y ser independiente económicamente, esto no solo le traerá beneficios a nivel personal y familiar, sino también mejorara la económica local y nacional.

**COSTOS DE EQUIPOS, MATERIALES, INSUMOS Y RECURSO
HUMANO.**

Descripción de los costos de personal

Numero de profesionales	Formación		Costos	
			Salario	Costos total
3	Medico general		\$ 1.200.000	\$ 3.600.000
3	Neurólogo		\$ 2.500.000	\$ 7.500.000
3	Ortopeda/ traumólogo		\$ 2.000.000	\$ 6.000.000
3	Fisiatra		\$ 1.500.000	\$ 4.500.000
1	Pediatra		\$ 1.600.000	
1	Neuropediatría		\$ 2.000.000	
4	Psicólogo/ neuropsicólogo		\$1.500.000	\$ 6.000.000
3	Fisioterapeuta		\$ 800.000	\$ 2.400.000
1	Trabajadora social		\$ 700.000	
2	Terapista ocupacional		\$ 1.500.000	\$3.000.000
2	Educadora especial		\$ 900.000	\$ 1.800.000
1	Profesional en el área de la natación.		\$ 800.000	
3	Enfermeras		\$ 800.000	\$ 2.400.000
8	Auxiliar de enfermería		\$ 550.000	\$ 4.400.000
1	Contador		\$ 1.400.000	
1	Ingeniero de sistemas		\$ 1.000.000	
1	Secretaria		\$ 450.000	
1	Recepcionista		\$ 420.000	
4	Personal servicios generales		\$ 380.000	\$ 1.520.000

HOSPITAL DE REHABILITACIÓN

6	Vigilantes		\$ 420.000	\$ 2.552.000
2	Personal encargado de los caballos		\$ 380.000	\$ 760.000
1	Jardinero		\$ 380.000	
4	Persona encargada del restaurante		\$ 380.000	\$ 1.520.000
			\$ 56.682.000	

DESCRIPCIÓN DE LOS EQUIPOS REQUERIDOS.

Equipo	Cantidad	Valor unitario	Costos total
Televisor	12	\$ 423.864	\$ 5.086.368
Teléfono	29	\$ 50.000	\$ 1.450.000
Sofá cama	6	\$ 400.000	\$ 2.400.000
Mesita de noche	11	\$ 30.000	\$ 330.000
Piscina	1		\$ 1.200.000.000
Escritorio	19	\$ 180.000	\$ 3.420.000
Camilla	4	\$ 352.000	\$ 1.480.000
Computador	14	\$ 1.400.000	\$ 19.600.000
Portátil		\$ 5.000.000	
Sillas para el paciente y el familiar	50	\$ 35.000	\$1.750.000
Lámpara para observar rayos x	4	\$ 75.000	\$300.000
Pruebas psicológicas adultos			\$ 12.000.000
Pruebas psicológicas niños			\$ 16.000.000
Grabadora	2	\$ 268.000	
Juguetes y			\$ 4.000.000

HOSPITAL DE REHABILITACIÓN

material lúdico para niños			
Tablero acrílico	3	\$ 120.000	\$ 360.000
video beam	1		\$ 2.500.000
VHS y DVD	1		\$ 431.000
Proyector de acetatos	1		\$ 1.150.000
Reproductor de sonido	1		\$ 1.450.000
Conmutador	1		\$ 320.000
Nevera	1		\$ 1.230.000
Estufa Industrial	1		\$ 2.500.000
Estufa	1		\$ 620.000
Lavadora industrial	1		\$ 4.500.000
	TOTAL		\$ 1.282.000.000

Nota: Ver costos adicional de equipos de rehabilitación.

Descripción de Insumos y Materiales

Nombre		Costos
Software Administrativo		\$ 1.300.000
Otros Software		\$ 1.000.000
Implementos de aseo		\$ 2.000.000
Implementos jardinería		\$ 1.800.000
Material de papelería		\$ 3.000.000
Utensilios de cocina		\$ 5.000.000
	TOTAL	\$ 14.100.000

Costo total del proyecto:

HOSPITAL DE REHABILITACIÓN

Nombre	costos	Otros \$	Total \$
Personal			\$ 56.682.000
Equipo			\$1.282.000.000
Insumos y Materiales			\$ 14.100.000
Construcciones			\$ 3.500.000.000
Mantenimiento			\$ 35.000.000
TOTAL			\$ 4.887.782.000

CAPITULO III

Diseño del Hospital Integral para la Rehabilitación de Alteraciones Neuromotoras y Cognoscitivas Cartagena de Indias

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar rehabilitación integral a personas con alteraciones neuromotoras y cognitivas, promoviendo su adecuada adaptación al medio laboral, social, académico, emocional y/o afectivo; mediante el entrenamiento en habilidades que le permitan contribuir al desarrollo autónomo del paciente

OBJETIVO ESPECÍFICOS

1. Aplicar protocolos que permitan prevenir y / o disminuir las consecuencias psicológicas adyacentes a un trauma neuromotor o cognoscitivo.
2. Establecer líneas de investigación en las patologías neuromotoras y las alteraciones cognitivas, con el fin de crear programas de prevención e intervención.
3. Diseñar y promover programas de prevención de accidentes o lesiones a nivel laboral, de tránsito, entre otros.
4. Realizar actividades de recuperación y entrenamiento de autocuidado, actividades de la vida diaria, habilidades sociales, integración comunitaria, etc, que faciliten su adaptación al medio.
5. Desarrollar de programas, asesoramiento, apoyo a la integración comunitaria, soporte social y seguimiento tanto para los pacientes como para sus familiares.
6. Promover en los pacientes la adhesión al tratamiento facilitando información de la enfermedad y del programa a seguir.
7. Desarrollar un espacio académico e investigativo, en donde los estudiantes desarrollen y apliquen sus conocimientos en el área afín.
8. Vincular al sector industrial de Cartagena en los programas de capacitación para la prevención de accidentes de trabajo.

Misión

Somos una entidad sin ánimo de lucro que busca la rehabilitación integral de las personas con discapacidad física y/o cognoscitiva, proporcionándole a estas herramientas necesarias para su adaptación al medio familiar, social, laboral, emocional, etc. Con la colaboración de un equipo interdisciplinario y profesional que brinde sus conocimientos al servicio del otro.

Visión

1. Nos vemos como una institución reconocida por su labor social a nivel regional, nacional e internacional
2. Nos vemos como actores nacionales de la realidad de las personas discapacitada en el ámbito político, social, laboral.
3. Nos vemos generando proyectos de investigación que busquen el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad y su inclusión en el medio social, político y laboral.
4. Nos vemos vinculando al sector industrial de la ciudad de Cartagena en los procesos de rehabilitación de las personas con discapacidad.
5. Nos vemos capacitando a las distintas empresas del sector industrial en la prevención de accidentes de trabajo.
6. Nos vemos trabajando en conjunto de las entidades gubernamentales en la prevención de accidentes de tránsito.
7. Nos vemos publicando las investigaciones más destacadas de nuestro equipo rehabilitador, así mismo realizando eventos científicos a nivel nacional e internacional.

Servicios

1. Medicina General
2. Neurólogo
3. Ortopeda/ Traumólogo
4. Fisiatra
5. Pediatría
6. Neuropediatría
7. Psicología/ Neuropsicología
8. Fisioterapia
9. Trabajo Social
10. Terapeuta Ocupacional
11. Educación Especial
12. Urgencias 24 Horas
13. Hospitalización
14. Prótesis
15. Unidad de Rayos X
16. Atención Domiciliaria
17. Transporte.

Portafolio de Servicios

Los servicios de rehabilitación integral están agrupados por paquetes según la necesidad de cada uno de los pacientes, sin embargo de haber situaciones especiales estos se ajustan a los requerimientos y/o necesidades de estos. Los paquetes de atención son:

1. **Servicios Integral de rehabilitación:** atención dirigidas a enfermedades cerebrovasculares, traumas raquimedulares, traumas craneoencefálicos y enfermedades degenerativas. Y estos incluyen la evaluación y diagnóstico de las siguientes especialidades:
 - a. Medicina General.
 - b. Neurología
 - c. Fisiatría.
 - d. Terapia Física.
 - e. Terapia Ocupacional.
 - f. Psicología
 - g. Trabajo Social.
 - h. Junta de Evaluación por el equipo básico de profesionales.
 - i. Evaluación y junta interdisciplinaria domiciliaria.
 - j. Orientación familiar y psicológica.

Los servicios de Rehabilitación los determina las áreas de: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicología, Trabajo Social, con el apoyo de todas las especialidades requeridas y mencionadas dentro de la junta de evaluación, así como también de las terapias grupales, programas del hospital, trabajos familiares, estudios preliminares para reubicación laboral, talleres en grupo de recreación, talleres preventivos de salud, etc.

2. Programa de Internación para el Proceso Integral de Rehabilitación

El programa incluye el tratamiento propuesto por el equipo interdisciplinario en la junta de evaluación incluyendo actividades y cuidado personal del paciente las 24 horas del día durante todos los días del mes y por el tiempo que dure el tratamiento. Este paquete incluye todas las evaluaciones anteriores (del paquete 1), la diferencia es que por las dificultades del paciente y debido al grado de dependencia de este se decide dejarlo internado por el tiempo que lo consideren los profesionales.

3. Programa de Prótesis y Ortesis para amputados de miembros inferiores y superiores.

Brindar a los pacientes apoyo psicológico prequirúrgico y posquirúrgico en las cirugías de amputación, con el fin de garantizar la adaptación a su nueva condición, así como la prevención de complicaciones, y el manejo de las prótesis futuras; igualmente se trabajará las orientaciones en la familia y el manejo que estos deben tener en el hogar del paciente con amputación.

El programa consta de un trabajo inter y multidisciplinario para valorar el estado del paciente y adecuarlo para una perfecta adaptación de la prótesis.

4. Consulta Externa.

Esta dirigido a los pacientes que no hacen parte del hospital de rehabilitación pero que requieren una evaluación por parte de los diferentes profesionales, además también incluye a los pacientes que están en el proceso de rehabilitación pero que requieran evaluaciones adicionales a este proceso.

Medicina General

Especialidades Medicas (Neurología, Ortopedia, Fisiatría, Pediatría)

Psicología individual

Psicología Grupal

Fisioterapia

Fisioterapia Terapia Grupal

Trabajo Social

Terapia Ocupacional

Atención Domiciliaria.

5. Plan adicional de Rehabilitación

Este servicio esta dirigido a los pacientes que ya culminaron su proceso de rehabilitación pero que desean continuar con el programa, con el fin de mantener el proceso de rehabilitación, en el caso de los pacientes que han sido apadrinados, deben solicitar al comité evaluador de becas-padrino, la extensión de la beca proporcionando los argumentos para continuar en dicho proceso.

Servicios Adicionales

6. Hidroterapia

Es una terapia que actúa estimulando los procesos propios del cuerpo mediante la utilización del agua a diferentes temperaturas.

Es una terapia alternativa que los pacientes y sus familiares escogerían, y que para su elección deben consultar con los profesionales tratantes. Esta disponible las 24 horas del día de lunes a sábado y los encargados de manejar esta área son la Fisioterapeuta, Psicólogo y un profesional en el área de la natación.

7. Equinoterapia

Es una terapia que utiliza al caballo como instrumento terapéutico y se divide en tres áreas:

- Hipoterapia

- Monta Terapéutica y volting.
- Equitación como deporte para discapacitados.

La metodología aplicada difiere en cada área; en la hipoterapia se atienden pacientes con mayor discapacidad física que en la monta terapéutica en este se une el objetivo terapéutico a la enseñanza específica de la equitación como deporte. Según el tipo de discapacidad del paciente, se aplica la hipoterapia o la monta terapéutica. El avance terapéutico permitirá, en ocasiones, cambiar de una técnica a otra, lo cual otorga al paciente la oportunidad de practicar la equitación como futuro deporte. La elección de este servicio debe estar avalada por el equipo tratante.

8. Asesoría Espiritual

Brinda orientación de acuerdo a las creencias practicadas por los pacientes, el objetivo principal es que estos encuentren una guía diferente al del equipo profesional, este servicio lo maneja de acuerdo a las creencias los sacerdotes, pastores y cualquier otra persona que su función sea fortalecer el lado espiritual del ser humano.

9. Programas del Hospital

Son todos los programas que coordina y maneja el hospital y que están encaminados a promover el desarrollo integral de la persona en proceso de rehabilitación, y del personal adscrito al hospital. (ver listado de programas.)

10. Biblioteca

Es un servicio que presta el hospital de rehabilitación a los pacientes, estudiantes y profesionales interesados en el tema de la discapacidad, para acceder a este servicio se debe diligenciar un formato de solicitud y cuando esta sea aceptada el hospital le hace entrega de un carnet. Este servicio esta disponible de lunes a viernes en las horas de la mañana.

Carta Organizacional

Director General:

Funciones

1. Planear, dirigir y controlar el funcionamiento del Hospital.
2. Ejecutar acuerdos y disposiciones que se tomen en la junta directiva del hospital, y promover su cumplimiento.
3. Representar al hospital ante las autoridades gubernamentales, ONG`s y demás instituciones; con todas las facultades, aun aquellas que requieran autorización especial, de igual manera otorgar, sustituir y revocar poderes si así se requiere.
4. Presentar a la junta directiva los planes, proyectos, programas, presupuesto (ingresos y egresos anuales), informes de actividades, informes financieros, presupuesto anual, ingresos y egresos del hospital; indicadores de gestión, de manera periódica y cuando la junta directiva así lo requiera.
5. Presentación de propuestas de cambio ante la junta directiva, bajo aprobación y consenso del grupo rehabilitador del hospital.
6. Coordinar y ejecutar los programas, políticas y normas que fijen las unidades competentes, en cuanto a servicios de atención, regulación institucional y apoyos administrativos.
7. Apoyar las funciones científicas y académicas que realice el hospital, con otras entidades.
8. Dirigir los actos jurídicos que sean indispensables para el cumplimiento de los objetivos del hospital.
9. Otras que establezca la junta directivas.

Director Administrativo:

Funciones

1. Planear, organizar, integrar, dirigir y controlar los recursos financieros, técnicos, materiales y físicos asignados al Hospital de Rehabilitación.
2. Promover y regular el cumplimiento de las normas y procedimientos de carácter administrativo.
3. Evaluar, coordinar y vigilar el cumplimiento de programas de trabajo y el buen uso del recurso financiero
4. Presentar informes periódicos al director general sobre los resultados obtenidos de las actividades efectuadas.
5. Dar buen uso a los recursos económicos y materiales del hospital.
6. Cuidar y proteger el patrimonio del Hospital.

Director Científico/ Académico:

Funciones

1. Planear, organizar, dirigir, y evaluar el desarrollo de los programas científicos / académicos del hospital.
2. Presentación de informes al Director General.
3. Planeación, dirección y organización de los convenios con las universidades.
4. Vigilar el estricto cumplimiento de las normas jurídicas y administrativas aplicables en el área de su competencia
5. Orientación y guía de los estudiantes que realicen sus practicas en el hospital.
6. Dirección del comité de investigaciones que tendrá como responsabilidad la evaluación, aprobación y publicación de todos los proyectos de investigación que se generen en el hospital.
7. Coordinación de la revista interna del hospital.

8. Coordinar y organizar el diseño de congresos científicos donde se divulgue y comparta con otras instituciones y demás profesionales las experiencias en el hospital.
9. Planear, organizar y evaluar el proceso de enseñanza-aprendizaje para la formación, capacitación y actualización del equipo rehabilitador
10. Coordinar, supervisar y evaluar practicas profesionales en las diferentes áreas que se implementen en estrecha relación con las instituciones educativas.
11. Establecer y difundir los criterios teórico-metodológicos para la formulación de proyectos de investigación.
12. Promover la integración y colaboración académica y científica e interactuar con otras instituciones de salud en el área e la investigación
13. Supervisar y controlar los recursos materiales y técnicos asignados a las áreas de su responsabilidad.
14. Apoyar, como parte del comité de becas, en la evaluación de becas para el personal administrativo y para el equipo rehabilitador, especialmente en el caso de áreas de interés o de necesidad para el hospital de rehabilitación.
15. Coordinar, supervisar y llevar a cabo las investigaciones en las distintas disciplinas que conforman la atención de rehabilitación del hospital.
16. Establecer y difundir los criterios teóricos-metodológicos para la formulación de protocolos de investigación.
17. Incrementar y mantener actualizado el curso bibliográfico de la biblioteca para estímulo de la investigación en el equipo rehabilitador.

Director Rehabilitación:

Funciones

1. Dirección del personal o equipo rehabilitador. (médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeras, etc)
2. Planear, organizar, normar, coordinar, supervisar y evaluar los servicios de atención de rehabilitación.
3. Promover la calidad y el servicio en rehabilitación para que el Hospital sea una institución que signifique una respuesta social a las necesidades de salud de las personas con algún tipo de discapacidad física y/o cognoscitiva.
4. Coordinar los programas de atención las diversas especialidades del hospital y los programas o servicios adicionales del mismo.
5. Fijar y aplicar criterios de evaluación de los diferentes programas y especialidades del hospital.
6. Revisión y evaluación de los protocolos de diagnóstico e intervención de los diferentes profesionales del equipo rehabilitador.
7. Planeación, organización y dirección de la reunión conjunta y de la todos los viernes a primera hora, en donde se discutirán y analizarán la situación actual de los pacientes y en donde se dará a conocer los diagnósticos emitidos por cada uno de los profesionales del paciente. Además en esta reunión también se evaluará el nivel de condiciones iniciales y el de condiciones futuras, al final de la reunión se hará pasar a los familiares para explicarles el diagnóstico de cada profesional y el tratamiento a seguir, y además se resolverán dudas que tenga estos al respecto. De igual manera debe coordinar y dirigir la reunión de monitoreo donde se evaluarán el avance de los pacientes que ya llevan un

proceso de rehabilitación del hospital, esto se determina en la reunión inicial donde

se colocaran los tiempo de revaloración de acuerdo a cada caso en particular

8. Apoyar las actividades de promoción de la salud y los programas de salud pública.
9. Determinar los parámetros para el control de calidad y desarrollo de los programas de atención preventiva y para los programas de intervención en rehabilitación
10. Emitir, dictámenes, opiniones e informes que les sean solicitados por el Director General.
11. Revisar informes de gestión de cada profesional adscrito a su servicio.
12. Asistencia a juntas extrahospitalarias con las instituciones con las cuales se tenga convenios, por lo menos una vez al mes para compartir experiencias.
13. Coordinar, planear y analizar estudios epidemiológicos sobre discapacidad en la población.
14. Las demás que le encomiende la Dirección General del Hospital.

Director de Recursos Humanos

Funciones:

1. Presentación de informes al Director General.
2. Reclutamiento, selección y contratación del personal teniendo en cuenta el perfil del cargo solicitado y los parámetros establecidos por las políticas del hospital.
3. Planear, organizar, dirigir, controlar y evaluar el desarrollo de los programas y el desempeño de labores del personal.
4. Evaluar la calidad, servicio y eficiencia de los bienes técnicos y materiales asignados para el desempeño de sus actividades y las actividades del personal del hospital de rehabilitación.

5. Formular los procedimientos y manuales administrativos del área de Recursos Humanos y revisar periódicamente los manuales y procedimientos de las otras áreas.
6. Realizar los trámites necesarios para el pago de salarios y de todas las prestaciones contractuales de los trabajadores del hospital; así como Supervisar los pagos de honorarios, suplencias, interconsultas y dobles turnos
7. Elaborar y coordinar las actividades de capacitación y desarrollo de recursos humanos para el personal administrativo y para el grupo rehabilitador del hospital.
8. Elaborar los informes y/o reportes periódicamente, en materia de recursos humanos.
9. Propiciar la adecuada integración y clima laboral de todo el personal adscrito al Hospital; así como la inducción al personal de nuevo ingreso.
10. Revisar, difundir y vigilar el cumplimiento del Reglamento Interno de Trabajo.
11. Asesorar a todo el personal sobre los derechos y obligaciones como trabajadores del Hospital.
12. Supervisar los términos de las contrataciones y asesorar en los términos de los despidos
13. Coordinar y supervisar las actividades de las áreas que organiza y operativamente están subordinadas a la dirección de Recursos Humanos que son: Nóminas, trabajo social, y servicios generales
14. Dirección de los programas del hospital así como de los programas de servicio social dentro y fuera de la institución
15. Brindar información al paciente y sus familiares sobre asuntos legales, presupuéstales y otros que sean de su competencia
16. Evaluación del impacto del tratamiento en el paciente y sus familiares.
17. Establecer y operar programas educativos para los padres de los niños y familiares de los pacientes adultos.

18. Coordinar la realización de evaluaciones de los indicadores de gestión de cada uno de los profesionales.
19. Realizar el estudio de las condiciones socioeconómicas del paciente con el fin de otorgar las becas de ayuda (trabajo social).
20. Colaborar con auditores internos y externos proporcionando la información requerida del hospital.
21. Apoyar en la organización de eventos de recreación e integración de los trabajadores.

Planta de Personal

1. 3 Médicos Generales
2. 3 Neurólogos
3. 3 Fisiatras
4. 1 Pediatría
5. 3 Ortopedas
6. 4 Psicólogas
7. 3 Fisioterapeutas
8. 1 Trabajadora Social
9. 3 Enfermeras
- 10.8 Auxiliares de Enfermería
- 11.1 Contador Publico
12. 1 Administrador en salud
13. 2 Secretarias
14. 1 Recepcionista
15. 6 Vigilantes
16. 9 Aseadoras
17. 1Chofer de transporte para los pacientes
18. 2 Cuidadores de los caballos.
- 19.2 Terapista Ocupacional
- 20.2 Educadores Especiales.
21. 1 cocinera.
22. 1 persona encargada del restaurante.
23. 1 Jardinero

Procedimiento de Ingreso pacientes nuevos

1. Afiliación
2. Evaluación por Medicina General
3. Evaluación por ortopedia y/o neurología si lo requiere
4. Evaluación por Fisiatría.
5. Evaluación por Psicología.
6. Evaluación por Fisioterapia.
7. Reunión de todos los profesionales para establecer condiciones iniciales y programar plan de intervención, en las diferentes áreas.
8. Reunión con familiares para la explicación del diagnóstico de todos los profesionales y aclaración de dudas de la familia, acerca de todos los procedimientos.
9. Evaluación por trabajo social, si solicita vincularse al programa de padrinaje.

Indicadores de gestión Equipo Rehabilitador

Indicador / Valoración	Siempre	Casi Siempre	Pocas veces	Nunca	No Aplica
Cumplimiento de horarios estipulados para el ingreso al hospital					
Cumplimiento de horarios de atención a los pacientes					
Cumplimiento de turnos estipulados					
Cumplimiento de objetivos planteados en el área de su competencia					
Promueve estrategias novedosas para el desarrollo eficiente de su labor en el área de su competencia					
Se muestra receptivo a sugerencias hechas por su jefe y demás compañeros para el mejoramiento de su labor					
Uso adecuado de los recursos tanto económicos como materiales del hospital					
Desarrolla proyectos de investigación acordes al área de su competencia					
Presentación de informes al jefe de acuerdo al tiempo estipulado					
Evaluación favorable, por parte de los pacientes, a la atención prestada por el profesional					
Manejo adecuado de los protocolos de evaluación e intervención					
Promueve el desarrollo de nuevos protocolos que beneficien la calidad del trabajo en el área					
Asistencia a las reuniones y eventos que organiza el hospital					
Comparte con sus compañeros y superiores proyectos y experiencias de investigación					
Se integra con facilidad al equipo de trabajo					

Indicadores de Gestión del Hospital.

	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Numero de personas atendidas al mes				
Números de Hospitalizadas				
Números de personas con discapacidad física				
Numero de personas con discapacidad cognitiva				
Numero de adultos atendidos				
Numero de niños atendidos				
Numero de ancianos atendidos				
Numero de mujeres atendidas				
Numero de hombres atendidos				
Tipo de patologías mas frecuentes				
Numero de descensos				
Numero de desertores del plan de rehabilitación				
Numero de pacientes atendidos para prótesis				
Numero de proyectos de investigación				
Numero de publicaciones (Semestral)				
Numero de consultas externas				
Presupuesto detallado				
Numero de pacientes apadrinados				
Donaciones				
Especialidad mas solicitada				
Especialidad menos solicitada				
Numero de quejas y reclamos, descripción de la mas frecuente				

Dicha información será presentada en tablas o gráficos que indiquen el nivel de crecimiento mensual del hospital.

Áreas del Hospital

Hospitalización

1. 3 Suites: estas son habitaciones individuales que constan de una cama eléctrica, televisor, baño privado, teléfono privado, sofá cama para acompañante, mesita de noche.
2. 3 Habitaciones individuales, que constan de una cama sencilla, baño privado, y un sofá cama para acompañante.
3. 5 Habitaciones compartidas, que consta cada una de tres camas, 1 baño, un silla auxiliar para acompañantes.

Diagnósticos y tratamientos

5. Unidad de Rayos X
6. Unidad de prótesis
7. Piscina
8. Pesebrera

Consultorios

13. Consultorio de Medicina General: Consta un escritorio, una camilla, un computador, teléfono privado, sillas para el paciente y el familiar, lámpara para observar rayos X.
14. Consultorio Neurología: Consta un escritorio, una camilla, un computador, teléfono privado, sillas para el paciente y el familiar, lámpara para observar rayos X.
15. Consultorio de Fisiatría: Consta un escritorio, una camilla, un computador, teléfono privado, sillas para el paciente y el familiar, lámpara para observar rayos X, material medico especial para trabajar su área.
16. Consultorio de Ortopedia: Consta un escritorio, una camilla, un computador, teléfono privado, sillas para el paciente y el familiar, lámpara para observar rayos X, material medico especial para trabajar su área.

17. Consultorio de Pediatría: Consta un escritorio, una camilla, un computador, teléfono privado, sillas para el paciente y el familiar, material medico especial para trabajar en su área.
18. Gimnasio de Fisioterapia: Consta un escritorio, una camilla, un computador, teléfono privado, sillas para el paciente y el familiar, todos los equipos para trabajar la parte física de los pacientes.
19. Consultorio de Psicología: Consta un escritorio, una camilla, un computador, teléfono privado, sillas para el paciente y el familiar, además de pruebas de evaluación, también cuenta con área de atención a niños adecuado para facilitar la adaptación del niño al entorno medico.
20. Taller Vocacional: dotado de todos los materiales necesarios para el desarrollo de habilidades vocacionales en los pacientes que así lo requieran, es una de las áreas mas extensas del hospital con zonas al aire libre.
21. Hogar Infantil (niños especiales): dotado de juguetes, camas pequeñas, sillas, escritorios, pruebas psicológicas y educativas, televisor, grabadora.
22. Salón educativo para niños con problemas de aprendizaje: dotado de tablero, ayudas didácticas, libros, escritorios, televisor, pruebas psicológicas y educativas, grabadora, sillas.
23. Sala de Juntas medicas y familiares: dotado de sillas, mesas, tablero acrílico, video beam, televisor, vhs, computador portátil, proyector de acetatos, reproductor de sonido y demás materiales para la organización de juntas medicas y otros eventos de carácter científico.
24. Área de Enfermería: Escritorio, Computador, materiales de uso hospitalario.

Oficinas

6. Oficina del Director General: dotado de escritorio, computador, sillas.
7. Oficina del Administrador: dotado de escritorio, computador, sillas

8. Oficina del Contador Publico: dotado de escritorio, computador, sillas
9. Oficina de Recursos Humanos: dotado de escritorio, computador, sillas, además de pruebas psicotécnicas para los casos de reclutamiento y selección de personal.

Trabajo Social

- 10.Recepción: conmutador, registros de citas, computador, teléfono, escritorio.

Servicios Generales

7. Cafetería: Nevera, cafetera, insumos varios, estufa, accesorios varios de cocina
8. Restaurante/Café: mesas, sillas, productos para la venta, insumos para la venta de alimentos, estufa industrial.
9. Lavandería: Lavadoras industriales, insumos de aseo.
- 10.Jardinería: Implementos de jardinera.
- 11.Aseo General: Escobas, baldes, traperos, limpiones, y otros implementos de aseo.
- 12.Transporte: Carro que cumpla con las condiciones de diseño para transportar personas con discapacidades físicas.

Organigrama

Director General

Director Administrativo
Director Rehabilitación
Director Científico/ Académico
Director de Recursos Humanos

Director Administrativo

Contador Publico
Administrador en salud
Secretarias
Recepcionista

Director Científico Académico

Comités Evaluador sobre investigaciones de Discapacidad
Estudiantes en practica

Director Rehabilitación

Médicos Generales
Neurólogos
Fisiatras
Pediatria
Ortopedas
Psicólogos
Fisioterapeutas
Terapista Ocupacional
Educadores Especiales
Enfermeras
Auxiliares de Enfermería

Director de Recursos Humanos

Trabajadora Social

Servicios Generales

Vigilantes

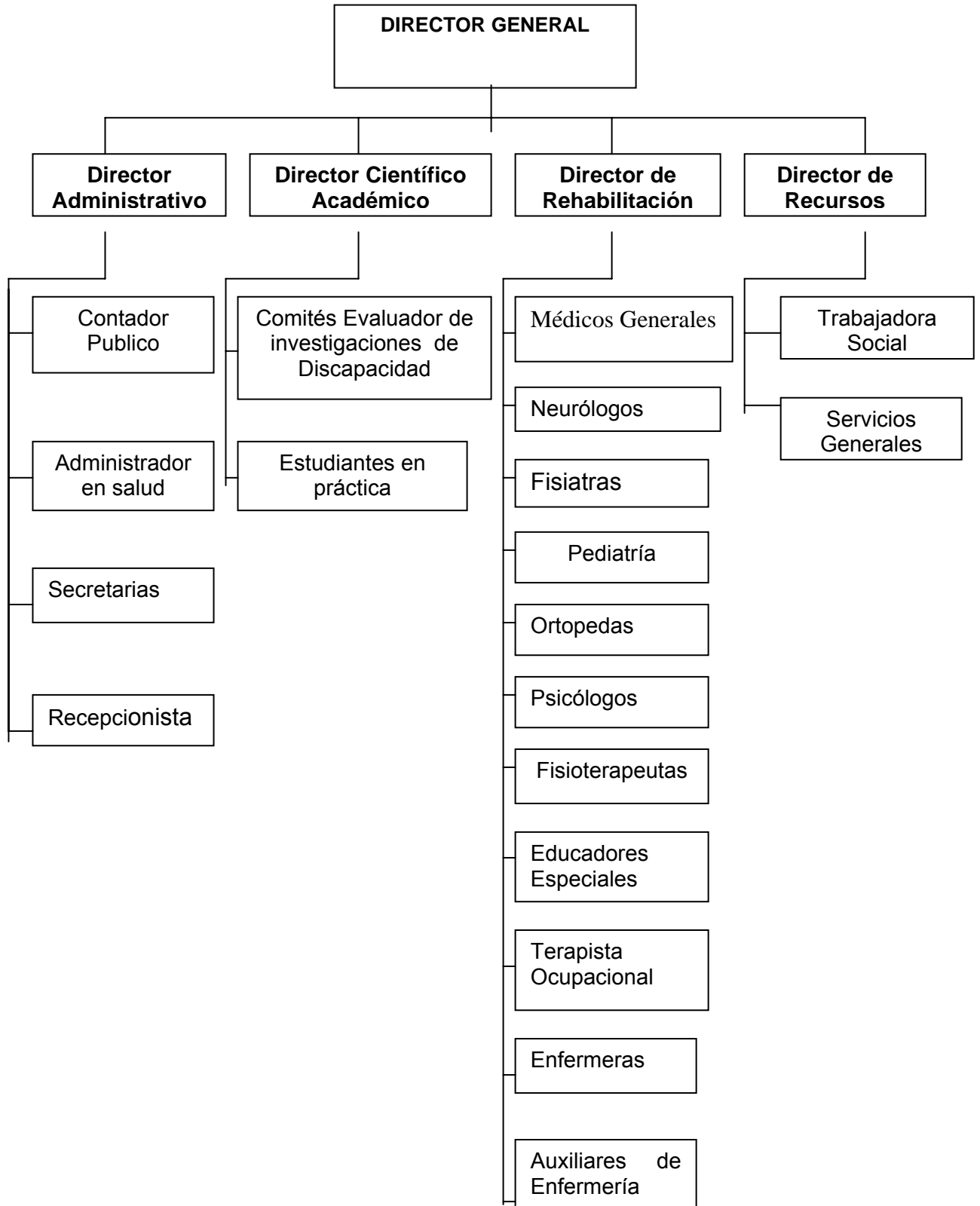
Aseadoras

Chofer

Jardinero

Cuidadores de los caballos.

Cocinera.



Programas del Hospital:

1. Programas lúdicos y recreativos: están orientados a proporcionar un ambiente de recreación , juego e integración entre los pacientes del hospital y sus familiares en los casos en los que se programen estos.
2. Programa Terapia vocacional / Taller vocacional: orientado a desarrollar habilidades vocacionales en los pacientes que lo requieran y que estén preparados para asumir estos nuevos retos, el objetivo principal es que estos aprendan una técnica y puedan generar sus ingresos económicos propios.

Manualidades

Carpintería

Modistería

Escritura

Validación de estudios

Elaboración de prótesis

Entre otros

3. Plan Padrino: Tiene el objetivo de proporcionar ayuda económica a los pacientes que por sus condiciones socioeconómicas carecen de atención integral, esta incluye alimentación en el hospital por el tiempo que dure el tratamiento, transporte casa-hospital-casa, vinculación a todas las actividades programadas en el hospital sin costo alguno.

Requisitos para ser acreedor de una Beca- Padrino:

- Tener algún tipo de discapacidad Física/ Cognoscitiva y /o del desarrollo.
- Nivel socioeconómico bajo

- Visita domiciliaria al momento de solicitud de becas.
 - Alta dependencia económica.
4. Hogar Infantil: esta dirigido a los niños con algún tipo de alteración cognoscitiva y del desarrollo, durante el día toda la semana, los niños son llevados por sus padres al hospital y en este reciben atención psicológica y de educación especial para desarrollar en estos habilidades en las diferentes áreas, social, académico, familiar, emocional, etc
 5. Salón Especial para niños con problemas de Aprendizaje: dirigido a niños con problemas de aprendizaje, que hayan sido desertores escolares o que tengan dificultades en el colegio, el objetivo es trabajar de manera individual y/ o grupal las problemáticas de estos y desarrollar en ellos habilidades y estrategias de aprendizaje acordes a su edad cronológica. Este programa se realiza todos los días durante dos horas en la tarde y vincula directamente a los padres, a los que se le realizan capacitaciones constantes acerca de las problemáticas de sus hijos y el manejo de estas en el hogar. De igual manera se vincula a los maestros y directivos de los colegios de donde provienen los niños con el fin de que el proceso de habilitación sea más eficiente.
 6. Capacitaciones al sector industrial: este programa esta dirigido a la prevención de accidentes laborales y al manejo de estos si llegase a presentarse, en las empresas de la ciudad de Cartagena.
 7. Programa de prevención en accidentes de transito: se trabajara en conjunto con entes gubernamentales en la creación de programas de prevención de accidentes de transito en adultos y jóvenes ya que esta es la población mas vulnerable, además se crearan programas de concientizacion al peatón y de utilización efectiva de los recursos disponibles para la preservación de la vida.

8. Programa de estudios de infraestructura: se encarga de los estudios en conjunto con la Alcaldía para el análisis de la infraestructura (espacios públicos) actual de la ciudad de Cartagena, esto con el fin de generar cambios y proponer soluciones para facilitar la inclusión de las personas discapacitadas a su ambiente social.
9. Talleres Vocacionales: programa que esta dirigido a los pacientes que por su alto grado de rehabilitación y funcionalidad, están en capacidad de vincularse laboralmente a una de las empresas con las cuales el hospital tiene convenios, dicha vinculación se realiza una vez el paciente este adaptado al medio y tenga un conocimiento de la labor a realizar.
10. Programa de Educativo para padres y familiares: dicho programa tiene como objetivo proporcionar información acerca de las diferentes patologías tanto físicas como cognoscitivas y del desarrollo en un lenguaje que posibilite a la familia el entendimiento del paciente y el manejo adecuado de este en el hogar.
11. Programa de Becas a Profesionales adscritos: Este programa esta dirigido al grupo de profesionales que hacen parte del hospital de rehabilitación tanto del área de rehabilitación como del área administrativa, y tiene como objetivo principal la capacitación del personal en diferentes especialidades que sean necesarias para la calidad de los servicios del hospital. El candidato a esta beca debe cumplir con los siguientes requisitos.
 - Tener un tiempo mínimo de vinculación con el hospital de 3 años.
 - Haber realizado en este tiempo mínimo 2 investigaciones que hayan mejorado los servicios del área a la cual pertenece o que haya generado un nuevo conocimiento para

la ciencia de la rehabilitación; y por lo menos una publicación en una revista científica (en el caso de profesionales del área de rehabilitación)

- No haber incurrido en faltas de tipo disciplinario y administrativas
- Evaluación satisfactoria de indicadores de gestión.
- Tener la disponibilidad de estar vinculado por 2 años mas a la institución una vez, haya terminado sus estudios de especialización, maestría y/o doctorado.
- Ser aceptado por el comité de evaluación de becas, que esta a cargo del director académico y científico.

12. Orientación Laboral: programa que esta dirigido a los pacientes que por su nivel de funcionalidad y de rehabilitación están preparados para iniciar un proceso de vinculación laboral con cualquiera de las empresas con las que el hospital tiene convenios; este programa se fundamenta en la ley nacional en los siguientes artículos:

ARTICULO 25. El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas

ARTICULO 54. Es obligación del Estado y de los empleadores ofrecer

formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud.

Referencias

Abadías Calderón Justo; LOS NIÑOS DISCAPACITADOS: APROXIMACIONES CONCEPTUALES; Revista CONSENSUS /AÑO 7 N° 7

Adler, A. (1927); Study of organ inferiority and its physical compensations. Nueva York: Nervous and Mental Disease Publishing Co. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Alexander, F.; French, T.M., y Pollock, G.H. (1968); Psychosomatic specificity. Vol. 1 Experimental study and results. Chicago: Universidad de Chicago Press. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Aguado, A.L. (1987); Compromiso psicosocial en la rehabilitación de las discapacidades motrices. Análisis y Modificación de Conducta, 13 (38), 587-621. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Aguado, A.L. (1995); Historia de las deficiencias. Madrid: Escuela Libre Editorial, Fundación ONCE. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Asken, M.J. (1976); Behavioral techniques and orthopedic disability: A review. Rehabilitation Psychology, 23 (1), 41-64. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Barker, R.G.; Wright, B., y Gonick, M. (1946); Adjustment to physical handicaps and illness: A survey of the social psychology of physique and disability. Nueva York: Social Science Research Council. (citado por Verdugo Alonso, 1998)

Barnes, C., Mercer, G. y Shakespeare, T. (1997). Exploring disability. A sociological introduction. Cambridge, United Kingdom: Polity Press. (citado por Verdugo Alonso, 1998)

Barton, L. (Comp.) (1998a); Discapacidad y sociedad. Madrid: Morata/Fundación Paideia. [Original en inglés en 1998: Disability and society: emerging issues and insights. London: Addison Wesley Longman] (citado por Verdugo Alonso, 1998)

Barton, L. (1998b). Sociología y discapacidad: algunos temas nuevos. En L. Barton (Ed.), Discapacidad y sociedad (pp. 19-33). Madrid: Morata/Fundación Paideia. (citado por Verdugo Alonso, 1998)

Bellini, J.L. y Rumrill, P.D. (1999); Research in rehabilitation counseling. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas. (citado por Verdugo Alonso, 1998)

Berkowitz, M. (1986); Illness behaviour and disability. En S. McHugh y T.M. Vallis(Eds.): Illness behavior: A multidisciplinary model (pp. 189-203). Nueva York: Plenum Press. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004

Bowlby, J. (1980); Loss: Sadness and depression (Attachment and loss, Vol. 3). Nueva York: Basic Books. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Corker, M. (1998); Deaf and disabled or deafness disabled ? Buckingham, UK: Oxford University Press. (citado por Verdugo Alonso, 1998)

Cubbage, M.E., y Thomas, K.R. (1989); Freud and disability. Rehabilitation Psychology, 34 (3), 161-173. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Cull, J.G., y Hardy, R.E. (1975); Counseling strategies with special populations. Springfield, IL: Charles C. Thomas Pub. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Exposición de motivos del Proyecto de Ley por medio del cual se dictan normas para dar cumplimiento a “la convención sobre la prohibición del empleo, almacenamiento producción y transferencia de minas antipersonales y sobre su destrucción”. Ley No 361, Febrero 7 de 1997; Ley Marco de la Discapacidad. “por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones

Davis, L.J. (1997b); Introduction. En L.J. Davis (Ed.), The disability studies reader (pp. 1-6). New York: Routledge. (citado por Verdugo Alonso, 1998)

Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Dirección de Censos y Demografía; Información estadística de la discapacidad; Julio de 2004

Duval, R.J. (1982); Psychological theories of physical disability: New perspectives. En M.G. Eisenberg, C. Griggings y R.J. Duval (Eds.): Disabled people as secondclass citizens (pp. 173-192). Nueva York: Springer. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Fraser, R.T. (1984); An introduction to rehabilitation psychology. En C.J. Golden(Ed.): Current topics in rehabilitation psychology (pp. 1-15). Orlando: Grune & Stratton. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Fisher, S. (1970); Body experience in fantasy and behavior. Nueva York: Appleton Century Crofts. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Hanks, M., y Poplin, D.E. (1990); The sociology of physical disability: A review of literature and some conceptual perspectives. En M. Nagler (Ed.): Perspectives on disability (pp. 179-189). California: Health Markets research. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Hardy, R.E., y Cull, J.G. (1987); Acceptance and adjustment to disability: A psychodynamic orientation. En G.L. Gandy; E.D. Martin; R.E. Hardy y J.G. Cull (Eds.): Rehabilitation Counseling and Services. Profession and Process (pp. 169-196). Springfield, IL: Charles C. Thomas. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Ince, L.P. (Ed.) (1976); Behavioral Modification in Rehabilitation Medicine: Clinical applications. Springfield: Charles C. Thomas. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Imrie, R. (1997). Rethinking the relationships between disability, rehabilitation and society. Disability and Rehabilitation, 19, 263-271. (citado por Verdugo Alonso, 1998)

Klinger, E. (1977); Meaning and void. Minneapolis: University of Minnesota Press. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Katz, S.; Shurka, E., y Florian, V. (1978); The relationship between physical disability, social perception and psychological stress. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 10 (2), 109-113. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Lewin, K. (1935); A dynamic theory of personality. Nueva York: McGraw-Hill.

Lindemann, E. (1944); Symptomatology and management of acute grief. American Journal of Psychiatry, 101 (2), 141-148. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Lofquist, L.H. (1979); Rehabilitation profesional. En D.L. Sills (Dir.): Enciclopedia internacional de las ciencias sociales. Volumen IX. (pp. 175-180). Madrid: Aguilar. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Lutzker, J.R.; Martin, J.A., y Rice, J.M. (1981); Behavior therapy in rehabilitation. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.): Progress in Behavior Modification (Vol. 12) (pp. 171-219). Londres: Academic Press. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Marks, D. (1997a); Models of disability. Disability and Rehabilitation, 19, 85-91. (citado por Verdugo Alonso, 1998)

Marks, D. (1999). Disability: Controversial debates and psychosocial perspectives. Londres: Routledge. (citado por Verdugo Alonso, 1998)

McDaniel, J.W. (1976); Physical disability and human behavior (2ª ed.). Nueva York: Pergamon. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Mechanic, D. (1962); The concept of illness behavior. Journal of Chronic Diseases, 15 (2), 189-194. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Menninger, K.A. (1953); Psychiatric aspects of physical disability. En J.F. Garrett (Ed.): Psychological aspects of physical disability (pp. 8-17). Washington: Office of Vocational Rehabilitation. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Moore, M., Beazley, S. y Maelzer, J. (1998). Researching disability issues. Buckingham: Open University Press. (citado por Verdugo Alonso, 1998)

Moragas, R. (1974); Rehabilitación: Un enfoque integral. Madrid: SEREM, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Muthny, F.A., y Haag, G. (1987): Behavior modification and therapy in rehabilitation. International Journal of Rehabilitation Research, 10 (4), 195-200. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Oliver, M. (1990); The politics of disablement. Londres: Macmillan (citado por Verdugo Alonso, 1998)

Oliver, M. (1992); Changing the social relations of research production. Disability, Handicap, and Society, 7(2), 101-114. (citado por Verdugo Alonso, 1998)

Oliver, M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?

En L. Barton (Ed.), Discapacidad y sociedad (pp. 34-58). Madrid: Morata/Fundación Paideia. (citado por Verdugo Alonso, 1998)

Otero Lorenzo, Scheitler Fontan; (2001); La Rehabilitación de los Trastornos Cognitivos, Revista Medica Uruguaya, Vol 17 N° 2 Agosto 2001; pag 133-139

Parsons, T. (1972): Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. En G. Jaco (Ed.): Patients, physicians and illness (2ª ed.) (pp. 107-127). Nueva York: The Free Press, MacMillan. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Resumen del texto aprobado en la II Conferencia en Cartagena de Indias el día 30 de octubre de 1992

Revisión De Los Estudios Sobre Situación De Discapacidad En Colombia 1994 - 2001

Riggan, T.F.; Maki, D.R., y Wolf, A.W. (Eds.) (1986): Applied rehabilitation counseling. Nueva York: Springer. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Rodríguez-Marín, J. (1986): Algunos aspectos psicosociológicos de la rehabilitación. Ponencia para las Jornadas de Psicología y Salud, Santander, 17-19-III (pp. 247-268).

Rueda Ruiz, Aguado Díaz; (2003); Estrategia de Afrontamiento y Proceso de Adaptación a la Lesión Medular.; observatorio de la discapacidad; Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 1.ª edición; pag 350

Rule, W.R. (1987): Acceptance and adjustment to disability: An adlerian orientation.

En G.L. Gandy, E.D. Mertin, R.E. Hardy y J.G. Cull (Eds.): Rehabilitation counselling and services: Profession and process (pp. 219-233). Springfield, IL: Charles C. Thomas. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Sammallahti, P.; Kannisto, M., y Aalberg, V. (1996): Psychological defenses and psychiatric symptoms in adults with pediatric spinal cord injuries. Spinal Cord, 34 (7), 669-672. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

See, J.D. (1985): Person-centered perspective. Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 16 (3), 15-20 . (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Siller, J. (1976): Attitudes toward disability. En H. Rusalem y D. Malikin (Ed.): Contemporary vocational rehabilitation (pp. 67-80). Nueva York: New York University Press. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Shontz, F.C., y Wright, B.A. (1980): The distinctiveness of rehabilitation psychology. Professional Psychology, 11 (6), 919-924. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Schoenberg, B.; Carr, A.C.; Peretz, D., y Kutscher, A.H. (Eds.) (1970): Loss and grief: Psychological management in medical practice. Nueva York: Columbia University Press. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Smith, P. (1999). Ideology, politics and science in understanding developmental disabilities. Mental Retardation, 104, 71-72. (citado por Verdugo Alonso, 1998)

Trieschmann, R.B. (1980): Spinal Cord Injuries: The Psychological, Social and Vocational Adjustment. Elmsford, NY: Pergamon Press. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Trieschmann, R.B. (1984): The Psychological Aspects of Spinal Cord Injury. En C.J. Golden (Ed.): Current Topics in Rehabilitation Psychology (pp. 125-137). Orlando: Grune & Stratton. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Thurer, S. (1985): Rehabilitation counseling: A psychodynamic perspective. Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 16 (3), 4-8. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Verdugo Alonso; LA CONCEPCIÓN DE DISCAPACIDAD EN LOS MODELOS SOCIALES; ¿Qué significa la discapacidad hoy? Cambios conceptuales.; p 17

Yuker, H.E. (1965): Attitudes as determinants of behavior. Journal of Rehabilitation, 31 (1), 15-16. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

Wright, G.N. (1980): Total Rehabilitation. Boston: Little, Brown and Company. (citado por Rueda Ruiz, Aguado Díaz; 2003)

www.aita-menni.or/AM/castellano/psiquiatria/hospital_de_Dia/introduccion.html

www.dif.groo.gob.mx/cree/parrafos.html

www.discapacinet.gob.mx

www.dif.gob.mx/grupos/discapacitados

www.dif.groo.gob.mx/cree/parrafos.html

http://es.wikipedia.org/wiki/Modelo_biopsicosocial

http://www.fleni.org.ar/files/newsletter_6_0.pdf

www.gobiernoenlinea.gov.co/discapacidad

www.infomedula.org/hospital

www.infopsicologica.com

www.moyano.org.ar

www.santafe.gov.ar

www.santafe.gov.ar/msyma/institucionales/hospveracandioti/hospveracandioti.htm

www.tbicommunity.org/html

www.teleton.org.co

ANEXOS

ANEXO 1

Paralela de marcha	Valor
Para ejecución de marcha, construida en metal acerado con piso antideslizante y barras pasamanos dobles, con piso antideslizante y barras pasamanos dobles, con regulación de altura. Largo 2,50 metros.	US.\$ 471
Ejercitador de marcha	Valor
Para ejercitación de marcha, construido de material acerado extrapesado y piso de goma antideslizante, compuesto por escalera, plano inclinado y estación de descanso. Posee 4 bárrales laterales pasamanos para sujeción del paciente, que permite trabajar con niños y adultos	US. \$ 510
Mesa para rehabilitación de manos y dedos	Valor
Para rehabilitación de manos y dedos con jaula de poleoterapia. Dispone de un soporte regulable para fijar el antebrazo. Permite trabajar los dedos con resistencia o asistidos, tanto a la flexión como a la extensión.	US. \$ 370
Ménsula simple	Valor
Ménsula de fijación a pared para práctica de poleoterapia pasiva y sin esfuerzo. Permite la movilización muscular y articular de ambos miembros superiores. cabo regulable y motón (roldana) de nylon.	US. \$ 85
Jaula esquinera para poleoterapia	Valor
Jaula esquinera para poleoterapia. Posibilita realizar variados ejercicios de rehabilitación en combinación con manoplas, tobilleras, muñequeras, pesas, motones	US. \$ 659
Flexoestención	Valor
Aparato mecánico para ejercer movimientos de flexoestención de muñecas, con regulación de esfuerzo. Permite actuar en ambos miembros simultáneamente.	US. \$ 120
Espejo postural	Valor
Espejo para control de marcha y postura, con plano basculante regulable y base rodante.	US. \$ 260
Silla de ruedas con picero de levante	Valor
- Silla de ruedas plegable para adulto - Ruedas traseras de 24" con rines inyectados, apoyados en rodamientos radiales. - Llanta inflable de 24" * 1.3/8" (opcional, maciza) - Aros de impulso anatómicos	US. \$ 325

<ul style="list-style-type: none"> - Ruedas delanteras de 8" con rines inyectados y llanta maciza - Frenos de parqueo - Descansapiés con altura graduable 	
<p>Silla de ruedas para niño</p> <ul style="list-style-type: none"> - Silla de ruedas plegable para niños de 6 a 12 años - Ruedas traseras de 20" con rines inyectados, apoyados en rodamientos radiales - Llanta maciza - Aros de impulso anatómicos 	US. \$ 150
Butaco giratorio sin ruedas crom.	Valor
<p>Fabricado en tubería cold rolled de 7/8 de diámetro calibre 18</p> <p>Tapizado en cordobán</p> <p>Altura graduable de 0,55 a 0,70 mts</p>	US. \$ 15
Cama hospital semi-eléctrica con cambio de altura	Valor
<ul style="list-style-type: none"> - Cama electro-mecánica de cuatro planos; uno fijo y tres móviles - Medidas útiles: 0.90 mts de ancho * 1.90 mts de largo - Posiciones básicas: Horizontal, sentado, semisentado. - Cambio de altura Manual de 38.5, a 0,67 - Los movimientos son mediante un control de mano, dando posibilidad al paciente por si mismo de levantar los pies y el espaldar. 	US. \$ 2.500