

INFORME PRÁCTICA PROFESIONAL

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E

LUZ DARLIN OLAYA FLÓREZ

Asesora Académica

Natalia Arroyave Botero

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

2017

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	1
PROYECTO DE INTERVENCIÓN “LA PLANIFICACIÓN, MI FACTOR DE PROTECCIÓN” .....	3
PRESENTACIÓN.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	6
IDENTIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN .....	8
SUJETOS DE LA INTERVENCIÓN .....	11
OBJETIVOS.....	13
OBJETIVO GENERAL.....	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
REFERENTES TEÓRICOS Y CONCEPTUALES.....	13
HEMOFILIA .....	14
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA .....	16
EDUCACIÓN .....	17
PREVENCIÓN .....	19
RUTA METODOLÓGICA .....	20
ESTRATEGIA PARA LA INTERVENCIÓN .....	22
SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN .....	26
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	31
PRESUPUESTO .....	34
INFORME DEL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DEL PROCESO GENERAL DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL Y EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN .....	36

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE PRÁCTICA PROFESIONAL .....	42
HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN COMO CAMPO DE PRÁCTICA .....	42
COORDINADOR INSTITUCIONAL UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.....	44
ASESORA ACADÉMICA DEL PROCESO DE PRÁCTICA.....	45
AUTOEVALUACIÓN PROCESO DE PRÁCTICA .....	46
REFLEXIÓN FINAL DEL PROCESO DE PRÁCTICA.....	47
ANEXOS .....	50
ANEXO 1. Estructura de charlas educativas en Salud Sexual y Reproductiva, Generalidades de la Hemofilia y Salud e higiene oral.....	50
ANEXO 2. Evaluó-Grama Salud Sexual Y Reproductiva .....	51
ANEXO 3. Presentación para charla -Salud Sexual y Reproductiva.....	52
ANEXO 4. Formato Listado De Asistencia.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	59

## INTRODUCCIÓN

El presente informe se genera como resultado del proceso de práctica profesional de Trabajo Social realizado en la E.S.E Hospital General de Medellín Luz castro de Gutiérrez, -HGM-, ubicado en la Comuna 10 de la ciudad, institución pública de tercer nivel de complejidad con amplio reconocimiento no solo a nivel local sino además nacional y mundial, debido a su alto nivel de calidad y a los múltiples servicios de salud que ofrece, especialmente a los pacientes del régimen subsidiado del sistema de salud en el departamento de Antioquia.

Con el fin de llevar a cabo mi práctica profesional estuve vinculada a la Institución por un periodo de ocho meses comprendidos entre el 20 de mayo de 2016 y el 20 de enero de 2017, en los cuales hice parte del Programa de Hemofilia, el cual cuenta actualmente con 109 pacientes entre adultos y pediátricos residentes en diferentes municipios del departamento de Antioquia.

Además de las funciones propias del campo de práctica, las cuales se detallan más adelante, fue formulado y ejecutado el Proyecto de Intervención “La Planificación, mi Factor de Protección”, el cual tuvo el interés principal de brindar educación a los pacientes, familiares y sujetos cercanos a ellos seleccionados según características previamente definidas, frente a salud sexual y reproductiva, esto como consecuencia de las necesidades sentidas desde el Programa y dadas las particularidades propias de la Hemofilia y sus efectos e impactos desde la sexualidad y reproducción no solo a nivel físico sino relacional y social. Con ese propósito se estableció como objetivo general:

“Generar procesos preventivos y educativos que generen incidencia en personas que se encuentran en su curso de vida entre 12 y 25 años de edad y que actualmente tienen vínculos con el Programa de Atención Integral del Paciente con Hemofilia u Otros Trastornos de la Coagulación de la E.S.E Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”, con el fin de disminuir conductas de riesgo y vulnerabilidad asociados con su salud sexual y reproductiva”.

Sumado a lo anterior, con el propósito de garantizar el cumplimiento de los objetivos, fue necesario enrutar el proceso de intervención propio del proyecto, para lo cual se propusieron unas estrategias de intervención (las cuales se detallan más adelante), diseñadas con el fin de llevarlas a cabo durante toda la ejecución del proyecto, así que como parte fundamental de este informe, en la primera parte se presenta el Proyecto de Intervención, más adelante se da cuenta del cumplimiento de las estrategias propuestas y luego se realiza la evaluación del proceso desde cuatro escenarios: el HGM como institución que propició la articulación teoría-práctica, la Universidad de Antioquia-Departamento de Trabajo Social desde su coordinación como garante del escenario de intervención, mi asesora académica como acompañante y orientadora, y por último desde mi desempeño personal como practicante.

Seguidamente, realizo una reflexión final del proceso de práctica en la cual pretendo anotar los conocimientos adquiridos a nivel teórico, profesional y personal desde mi experiencia frente a la intervención profesional de Trabajo Social en el campo socio-sanitario.

Por último, presento como anexos los esquemas de algunas actividades y funciones propias del Programa realizadas a lo largo de los meses de práctica profesional.

# PROYECTO DE INTERVENCIÓN “LA PLANIFICACIÓN, MI FACTOR DE PROTECCIÓN”

## PRESENTACIÓN

En el marco del proceso de práctica de Trabajo Social de la Universidad de Antioquia se hace necesario establecer un campo de acción en el cual se posibilite el accionar de los conocimientos propios de la profesión adquiridos a lo largo de la formación, para ello mi proceso de práctica, ubicada en el noveno y décimo semestre académico, se configura en la E.S.E Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutiérrez (HGM).

El HGM es la primera institución de carácter público de tercer nivel de atención acreditada en salud nacional e internacionalmente, cuya fundación se remonta a 1942, año en el cual la señora Luz Castro de Gutiérrez, enfermera y filántropa de gran reconocimiento e influencia en el departamento de Antioquia y específicamente en la ciudad de Medellín, pone en marcha su idea de crear un hospital cuyo foco central sea la atención obstétrica, esto debido a la falta de centros de atención especializados en esta área en la ciudad de Medellín para esa época. Luego, con el nombre de Clínica de Maternidad del Municipio de Medellín, mediante el acuerdo 18 del 1 de agosto del año 1949 se logra la legitimidad jurídica de la institución y más adelante, bajo reconocimiento otorgado por la Junta Directiva del Hospital, se agrega el nombre de Luz Castro de Gutiérrez a la entidad. (Hospital General de Medellín, 2016)

La institución se encuentra ubicada en la comuna 10, barrio Perpetuo Socorro en la zona céntrica de la ciudad, y actualmente presta sus servicios en una amplia gama de especialidades básicas y de alta complejidad: urgencias, cirugía, gineco

obstetricia, imagenología, consulta externa, cuidados críticos, y como servicios de apoyo cuenta con banco de sangre, banco de leche humana, laboratorio clínico y de patología, farmacia, central de mezclas enterales y parenterales, central de esterilización y laboratorio de metrología, pero además ha desarrollado programas especiales tendientes a la atención de diferentes patologías y necesidades de los pacientes, entre ellos el Programa de Atención Integral del Paciente con Hemofilia u Otros Trastornos de la Coagulación el cual se encuentra integrado por un equipo interdisciplinario conformado por dos médicos hematólogos especializados en Hemofilia, médico de enlace, enfermera, psicóloga y trabajadora social, área a la cual me vinculo con el fin de realizar mi práctica profesional.

Actualmente se encuentran adscritos al programa 109 pacientes, de los cuales 50 se encuentran en control por hematología pediátrica y 59 por hematología adultos, 66 se encuentran ubicados en Medellín y el área metropolitana y 43 en otros municipios de Antioquia.

El enfoque principal del programa es generar acompañamiento integral a los pacientes y sus familias realizando procesos de seguimiento, educación y apoyo con el fin de garantizar adherencia al tratamiento y mejorar las condiciones de vida, no solo desde el enfoque clínico sino también psicosocial.

El presente texto constituye el camino recorrido para la realización del proyecto de intervención, tendiente a educación y prevención frente a salud sexual y reproductiva en pacientes jóvenes y adolescentes en condición de Hemofilia. En un primer momento se expone la justificación en la cual se habla de los motivos que llevan a plantear el proyecto y por qué se considera que éste responde a las necesidades sentidas de esta población, se evidencia la necesidad de realizar una orientación preconcepcional y su pertinencia en cuanto pretende aumentar la calidad de vida de los sujetos.

En un segundo momento se hace la identificación de la situación partiendo de reconocer al HGM como una institución de carácter público permeada a su vez por ordenanzas como la ley 100 que desencadena en una cantidad de determinantes

para sus pacientes quienes deben lidiar con diferentes complejidades además de su condición de salud.

Más adelante, en la descripción de los sujetos de la intervención se explica por qué se delimita el rango de edad entre 12 y 25 años de edad y cómo se eligen éstos como los sujetos a los cuales se dirige el proyecto, para luego describir el objetivo general seguido por tres objetivos específicos que buscan dar cumplimiento a éste. Seguidamente se describen los referentes teóricos de la intervención, partiendo desde el construccionismo social como la teoría base del proyecto y definiendo desde diferentes autores y organizaciones los pilares conceptuales que soportan el proceso: Hemofilia, salud sexual y reproductiva, educación y prevención.

En la ruta metodológica se define desde Olga Lucía Vélez el tipo de intervención a la cual se recurre y finalmente se llega a la estrategia que hace posible esa intervención, en la cual se describen las acciones a través de las cuales se hará tangible el proceso, así como los tiempos, responsables y los lugares de ejecución.

Posteriormente se encuentra el sistema de monitoreo y evaluación en el cual se describe la forma como se hará seguimiento al proyecto y se medirá el logro de los objetivos propuestos, para ello se formulan metas e indicadores que ayudan a verificar la gestión de las acciones que guían la estrategia de intervención, se especifican los responsables y las fuentes de verificación que se utilizarán y por último se programan las acciones a realizar en función de los tiempos estipulados para la práctica a través del cronograma de actividades. Finalmente se calcula el presupuesto incluyendo los gastos necesarios para hacer efectivo el proyecto en relación a los costos económicos de los recursos requeridos.

## JUSTIFICACIÓN

Ser un paciente en condición de Hemofilia integra una serie de complejidades no solo a nivel físico sino también relacional y social, pues además de que su familia se ve afectada al tener uno o varios miembros con esta condición, lo cual requiere apoyo, acompañamiento y educación constante, deben afrontar su adolescencia y juventud de manera especial, esto teniendo en cuenta que tuvieron que vivir su niñez aprendiendo a manejar su condición de salud superando miedos, evitando lesiones y en muchos casos sobrellevando rechazo. *“Las limitaciones físicas o funcionales pueden hacer que los niños pequeños sientan timidez y vergüenza o provocar burlas de otros niños”* (Cassis, 2007, p.8).

Dado lo anterior, pensar en un proyecto de intervención enfocado en educación y prevención frente a la salud sexual y reproductiva de jóvenes y adolescentes en esta condición se convierte en un reto, pues se parte del hecho de que además de su enfermedad éstos deben asumir los desafíos propios de su ciclo vital, caracterizado por *“cambios hormonales y fisiológicos, los cuales a su vez modifican el comportamiento psicológico. La libido se despierta fisiológicamente y sus impulsos se tornan difícilmente reprimibles, lo que motiva la búsqueda de relaciones con personas diferentes al núcleo familiar”* (González, s.f.)

Es decir que se unen dos situaciones de alta complejidad para los y las jóvenes en condición de Hemofilia u otros trastornos de la coagulación: su enfermedad y la necesidad de pensarse un proyecto de vida en el cual la mayoría incluye relaciones afectivas, pareja e hijos, pero para ellos este aspecto circunscribe el hecho de tener una enfermedad hereditaria, lo cual hace cuestionarse la opción de procrear, aún más cuando diferentes aspectos de su realidad social no permiten pensar en otras posibilidades de concepción como métodos de reproducción asistida, lo cual garantizaría el no tener un bebé afectado, así que muchas personas en condición de Hemofilia deciden concebir a pesar del riesgo inminente para el futuro bebé de padecer la deficiencia.

*“Algunas personas sencillamente aceptan la posibilidad de tener un bebé con Hemofilia. En países que disponen de atención de calidad con concentrados de factor de coagulación seguros, la Hemofilia con frecuencia es vista como una enfermedad controlable”* (Federación Mundial de Hemofilia, 2012).

Es debido a esto que a través del presente proyecto se busca realizar una orientación preconcepcional a los pacientes del programa que se encuentran entre 12 y 25 años, a sus parejas afectivas y a familiares cercanos en edad reproductiva con el fin de reflexionar y evidenciar los efectos que trae planear o tener hijos si no se hace de forma comprometida, pues se cree que el ser responsable de su enfermedad es el primer paso y el más importante para llevar una mejor calidad de vida.

Desde hace siglos (2ª mitad del 1800) se sabe que el grado de Calidad de la Vida en que vive una persona, comunidad o sociedad es responsable de la mayoría de sus sufrimientos, enfermedades y muertes. Y que la buena calidad de la vida y una alta responsabilidad ante la protección de la salud evitan más enfermedades y muertes que un eficiente servicio médico asistencial. (González, 2010, p.277)

Pero más allá de los efectos referentes a la salud, se considera de suma importancia involucrar el aspecto relacional, es decir, el vínculo que se genera con el otro haya o no compromiso afectivo, pues aunque el componente amoroso no siempre está presente en las interacciones sexuales, están de por medio múltiples impactos y consecuencias a nivel social, emocional, físico y psicológico que se pueden generar en el otro cuando no hay relaciones mediadas por la madurez y la responsabilidad.

Dado lo anterior se justifica pertinente la formulación del actual proyecto de intervención en tanto

“la calidad de la vida se incrementa en la medida en que las personas tienen mejor acceso a la solución de sus necesidades materiales y espirituales, se sienten comprendidas y apoyadas a través de una buena comunicación y acciones de colaboración por su pareja, familia, comunidad y sociedad, en la medida en que disminuyen la inseguridad y el estrés, en que el Estilo de Vida que realizan concuerda con criterios técnicos y morales, y las personas lo disfrutan y lo cuidan por convicción interna y no por presión externa” (González, 2010, p.1)

Esa convicción interna de tomar decisiones con responsabilidad y compromiso es la que se busca generar, es el reto que se propone, pues se sabe que por presiones externas los resultados nunca serán iguales ni causarán el mismo impacto.

Dado lo anterior, se considera necesario mediante el presente proyecto posibilitar que los pacientes adscritos al programa “Atención Integral del Paciente con Hemofilia u Otros Trastornos de la Coagulación” del Hospital General de Medellín puedan comprender y responsabilizarse de su condición de vida, aun en medio de todas las situaciones que circunscriben no solo al modelo de atención actual en salud, sino a su contexto familiar y social.

De ahí se desprende la importancia para Trabajo Social como profesión de vincularse desde su quehacer educativo buscando el empoderamiento de los sujetos mediante su rol dinamizador, activando los mecanismos para generar una relación de co-aprendizaje. *“re-descubrir los valores y saberes de los grupos, intercambiándolos con los saberes técnicos en una relación horizontal”* (Melano, 2001, p.32).

## IDENTIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN

Con lo planteado hasta el momento, puede evidenciarse que desde sus inicios, el HGM se ha caracterizado por su carácter asistencial y de servicio y ha logrado consolidarse como una de las instituciones de salud más importantes de la región al atender población en todos sus ciclos vitales, de todas las condiciones socio-económicas y afiliada a diferentes Entidades Promotoras de Salud –EPS-, esto en razón de los múltiples servicios y especialidades médicas que ofrece, lo cual hace que las personas en condición de Hemofilia deban vincularse a él con el fin de recibir una atención integral que garantice su calidad de vida, pues para ellos el acceso a los servicios de salud es condición necesaria e inaplazable como garantía de supervivencia.

Ahora bien, teniendo presente que el HGM es una institución pública de tercer nivel, las personas que ingresan o son remitidos desde otras entidades de salud se encuentran afiliados tanto al régimen subsidiado como al contributivo del sistema de salud, pero la mayoría de los pacientes que son atendidos en el Programa de Atención Integral del Paciente con Hemofilia u Otros Trastornos de la Coagulación hacen parte del régimen subsidiado, el cual *“es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado”* (Ministerio de salud, 2016, párr.1)

Según lo anterior y gracias a las observaciones realizadas en el campo de práctica, es necesario tener presente que generalmente los pacientes vinculados al Programa no tienen condiciones económicas para satisfacer sus necesidades básicas y a esto se suma el hecho de que dada su condición de salud no pueden desempeñar cualquier actividad laboral (lo cual minimiza sus posibilidades de recibir ingresos económicos cuando no se tienen estudios básicos y las ofertas laborales suponen trabajos de riesgo físico), todo esto explica la importante labor que desde Trabajo Social se realiza actualmente en el HGM movilizando recursos tanto humanos como financieros con tal de garantizar acceso y adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, lo cual incluye asistencia a controles y citas médicas, revisiones periódicas y suministro de medicamentos, más aun cuando éstos viven por fuera del área metropolitana. Pero además de la labor realizada al interior del Hospital, se brinda permanentemente orientación frente a rutas de atención dentro y fuera del área metropolitana de Medellín y se hacen derivaciones de los pacientes a instituciones sociales, laborales, educativas y de salud, tanto públicas como privadas en aras de ofrecer un servicio integral y garantizar el bienestar de los pacientes.

Pero más allá de las condiciones contextuales de los pacientes hay que tener claro que el Hospital como institución de salud y además de carácter público debe administrarse según un conjunto de leyes y reglamentos internos y externos que rigen su accionar, es por ello que a partir del año 1993, con la puesta en marcha de

la ley 100, cuando el Hospital pasa a considerarse una Empresa Social del Estado, éste empieza a consolidar su carácter empresarial.

Antes de que entrara en vigencia la ley 100, el Estado era el encargado directo de crear y vigilar las políticas y programas de salud pública, así como los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pero a partir de la nueva legislación se han *“publicado leyes, resoluciones y normas que han sido contradictorias, pues responsabilizan de estas acciones a los municipios y distritos, pero también a las EPS y a las IPS”* (López, Ladrón, Estelles y Prieto, 2013, 2). Es este el caso del acuerdo 46 de la ley 715 de 2001 del Ministerio de Salud y la ley 1122 de 2007, en las cuales se demanda la acción de los municipios, EPS e IPS en la responsabilidad de garantizar el acceso y la calidad a los servicios de salud y asumir acciones de promoción y prevención.

De esta forma, la responsabilidad que corresponde al Estado se ve coartada y destinada a entidades diferentes que muchas veces no cuentan con las garantías necesarias para hacerlo.

Es decir que el derecho a la salud en Colombia se ha visto permeado además de la ley 100, desde la instauración de la Constitución Política de 1991 por *“una regulación legal y reglamentaria abundante y dispersa atendiendo a los cambios de modelo económico”* (Cárdenas, 2013, p.198), pues a pesar de ser reconocido por la Corte Constitucional como un derecho fundamental, se han venido configurando una serie de situaciones que han hecho de la salud un campo de difícil acceso y se ha presentado una contradicción en tanto por ley se supone es un derecho innegable para toda la población colombiana, pero esto no es posible en la medida en que entidades a las que se les ha delegado la responsabilidad de asumir la atención de los pacientes no cumplen con su obligación, este es el caso de algunas EPS, a quienes les corresponde suministrar el medicamento para los pacientes, pero dada su crisis financiera no lo están haciendo con algunos de ellos (hay que tener en cuenta que incide el hecho de que la Hemofilia es considerada una enfermedad de alto costo) y se está poniendo en riesgo su vida. Para el caso particular de los pacientes vinculados al programa en el HGM, actualmente no están

recibiendo las dosis de factor que necesitan por profilaxis (medida para prevenir sangrados eventuales), lo cual hace que su ingreso por urgencias sea más constante y sea más difícil su recuperación.

Pero además de estas situaciones que caracterizan el actual sistema de salud, específicamente para los jóvenes en condición de Hemofilia se suma el hecho de lidiar con preguntas frente a sus vivencias afectivas, relacionales y sexuales que van más allá de las cuestiones básicas y planificar su futuro sugiere mayor complejidad que para el resto de personas de su misma edad, pues aspectos tales como el ser padres involucra, además de la responsabilidad intrínseca de esta labor, evaluar la situación crónica de salud que afectará a toda la familia y la posibilidad latente de criar un hijo con esta condición.

Sin embargo y reconociendo la importancia que se le atribuye al hecho de adquirir responsabilidad frente al reconocimiento y aceptación de una enfermedad como la Hemofilia, se ha podido observar que algunos jóvenes vinculados al programa no logran dimensionar este aspecto y asumen esta etapa de su vida de forma inconsciente y poco comprometida.

Mediante el presente proyecto no se busca promover la idea de tener o no hijos, sino fomentar la responsabilidad, conocimiento y planificación consciente de un proyecto de vida que contribuya al bienestar de los pacientes y sus familias, al tiempo que se genere reflexión frente a las relaciones afectivas y su influencia en la condición de vida particular, es decir el establecimiento de vínculos y la vivencia de una sexualidad segura.

## SUJETOS DE LA INTERVENCIÓN

En este punto, es necesario aclarar que el asumir el tema para el proyecto de intervención obedece a las particularidades del campo de práctica, donde se ha podido evidenciar que un número significativo de los pacientes vinculados al programa se encuentran entre 12 y 25 años de edad.

Se toma este rango de edad al considerar que abarca un amplio número de personas que se encuentran en su curso de vida en un momento en el cual su salud sexual y reproductiva relacionada con su condición de salud juega un papel importante a la hora de influir en su proyecto de vida. Se tiene en cuenta que desde la ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia) son adolescentes quienes se encuentren entre 12 y 18 años de edad, y desde las Naciones Unidas -ONU-, son jóvenes quienes se encuentran entre 15 y 24 años, pero no se desconoce que *“las actuales definiciones políticas de la juventud adoptadas por los países e instituciones (...) comprenden los grupos de 15 a 25 años o, en algunos casos, de 14 a 29. Los límites de edad suelen variar según sea el campo de estudio”*. (Programa Presidencial Colombia Joven; CINDE; U. de Manizales; UNICEF, 2004, p.22)

Así que el grupo etario beneficiario para el presente proyecto se define en razón de las necesidades particulares y contextuales del Programa y sus pacientes, de modo que también son sujetos de la intervención las parejas afectivas de éstos y familiares seleccionados según cada caso, pues muchas veces éstos desconocen el impacto de la enfermedad y aunque la Hemofilia es una enfermedad por lo general de incidencia masculina, las mujeres por línea genética de los pacientes son posibles portadoras, y se ha percibido que muchas de ellas o bien no son conscientes de su condición o deciden no buscar asesoría médica. Por ello es de suma importancia que este grupo de sujetos reciban educación al respecto para que sus decisiones frente a su vida relacional, afectiva y sexual sean tomadas en conjunto y con plena conciencia. Se pretende brindar educación pues a medida que se aumenta el conocimiento sobre el trastorno, también aumenta la comprensión de cómo asumirlo y cómo éste genera un impacto no solo clínico sino también social. De esta forma se pretende que el proyecto genere resultados positivos en las redes de apoyo más cercanas a éstos jóvenes y adolescentes, así que se pretende alcanzar el máximo número de sujetos posible.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Generar procesos preventivos y educativos que generen incidencia en personas que se encuentran en su curso de vida entre 12 y 25 años de edad y que actualmente tienen vínculos con el Programa de Atención Integral del Paciente con Hemofilia u Otros Trastornos de la Coagulación de la E.S.E Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez”, con el fin de disminuir conductas de riesgo y vulnerabilidad asociados con su salud sexual y reproductiva.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Transmitir a los jóvenes y adolescentes participantes en el proyecto información frente a la importancia de ejercer con responsabilidad su sexualidad, lo cual haga que sus decisiones al respecto sean tomadas de forma consciente
- Informar a las personas vinculadas al proyecto sobre los antecedentes de la enfermedad y cómo esta se hereda genéticamente, con el fin de generar acciones de prevención y autocuidado
- Propiciar espacios a través de los cuales las personas participantes reflexionen sobre la importancia de planear un proyecto de vida que involucre posibilidades factibles desde su condición de Hemofilia.

### REFERENTES TEÓRICOS Y CONCEPTUALES

Con el fin de comprender cómo entienden los jóvenes y adolescentes vinculados al programa su sexualidad, relaciones de pareja y cómo han decidido su proyecto de vida en relación con este aspecto, se hace necesario retomar una perspectiva que valore el saber de los sujetos desde su vida cotidiana, posibilite interacción con su realidad social y permita generar nuevo conocimiento desde el análisis reflexivo de

su discurso, razón por la cual el construccionismo social se constituye en la perspectiva teórica en la que se fundamenta el presente proyecto de intervención, pues se considera necesario *“Partir de los individuos y sus interacciones en el ámbito del conocimiento común para terminar analizando la construcción de la realidad”* (Morán, 2003)

Frente a esta perspectiva Gergen anota que:

Entendemos y valoramos el mundo y a nosotros mismos en formas que emergen de nuestra historia personal y de la cultura compartida. Los mundos de significado están íntimamente relacionados con la acción. Actuamos principalmente en términos de lo que interpretamos como real, racional, satisfactorio y bueno. (...) Los mundos de significado se construyen dentro de las relaciones. (...). No estamos poseídos o determinados por el pasado. Podemos abandonar o disolver formas disfuncionales de vida, y juntos crear alternativas. (Gergen, 1996, p.45).

Es decir que desde esta perspectiva se busca comprender cómo entienden los jóvenes su salud sexual y reproductiva valorando su historia personal y lo que han construido como su realidad, lo cual los lleva a actuar de determinada manera.

Ahora bien, con el fin de conceptualizar y fundamentar teóricamente el proyecto de intervención se plantean cuatro categorías centrales, las cuales se constituyen en los pilares que soportan y guían el proceso: Hemofilia, Salud Sexual y Reproductiva, Educación y Prevención.

## HEMOFILIA

Aunque dentro del Programa hay personas con diferentes diagnósticos de trastornos de la coagulación como la Enfermedad de Von Willebrand, Afibrinogenemia y Hemoglobinuria Paroxística Nocturna, se define la Hemofilia como una de las categorías centrales del proyecto debido a que es la que presenta mayor incidencia entre los pacientes.

Definir en qué consiste ésta deficiencia posibilita comprender por qué se ha creado el programa, cuál es su importancia para los pacientes y por qué se hace imprescindible la intervención desde Trabajo Social.

En primer lugar es indispensable entender que los genes se encuentran en los cromosomas, dos de estos cromosomas (llamados X y Y) determinan el sexo de las personas, de forma que las mujeres nacen con dos cromosomas X y los hombres nacen con un cromosoma X y otro Y, pero el gen de la Hemofilia lo lleva siempre el cromosoma X. (Federación Mundial de Hemofilia, 2005)

La Hemofilia es una enfermedad en la cual falta un factor de coagulación o el nivel del mismo es bajo, por lo cual se dificulta la formación de coágulo cuando hay un sangrado. Es una enfermedad hereditaria, así que cuando un hombre tiene Hemofilia transmite esta alteración a todas sus hijas pero no a sus hijos, sus hijas serán portadoras, porque llevan el gen de la Hemofilia. Cuando una mujer portadora tiene un hijo varón, este tendrá el 50% de posibilidades de padecer la enfermedad; al igual que el 50% de las hijas tendrán la posibilidad de ser portadoras (Hospital General de Medellín, 2016)

La Hemofilia puede producir hemorragias que pueden ser externas o internas y pueden originarse sin motivo aparente, es una enfermedad que no tiene cura, así que las personas con esta condición requieren suministrarse el factor faltante de acuerdo a su clasificación particular de la enfermedad a lo largo de toda su vida. (Federación Mundial de Hemofilia, 2005)

En cuanto a la incidencia de la enfermedad, según el Sondeo Mundial Anual 2014 de la Federación Mundial de Hemofilia, en Colombia hay 2149 diagnosticados con la enfermedad, además de 1085 diagnosticados con otros trastornos de la coagulación (World Federation of Hemophilia, 2015), sin embargo y teniendo en cuenta que la incidencia de la enfermedad es de uno por cada 10000 habitantes, según la población colombiana que hoy supera los 45.000.000, podría pensarse que son muchos los casos aun no diagnosticados.

Por último y además de los evidentes alcances a nivel físico de la enfermedad, es necesario anotar que ésta tiene efectos de carácter bio-psico-social. Las personas que la padecen pueden manifestar emociones que van desde el enojo, la impotencia y el miedo y pueden llegar considerarse no aptos para vivir en sociedad, lo cual puede generar aislamiento, timidez y en general dificultades para la socialización, emociones que pueden acentuarse cuando la Hemofilia ha dejado secuelas físicas evidentes y permanentes. Además para éstos pacientes hay una clara afectación laboral, al no poder ejercer muchas profesiones que significan un riesgo para su salud.

## SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En el año 2003 desde la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y apoyados en la definición de salud de la Organización Mundial de Salud –OMS- se dice que *“La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social” (p.9)*, así que va más allá solo del bienestar físico e integra un estado más general de bienestar:

Un buen estado de SSR [Salud sexual y reproductiva] implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital (Ministerio de la Protección Social, 2003, p.9).

En este sentido y con el fin de contribuir al factor de prevención y atención a los cuales atañe la anterior definición se entiende que la salud sexual y reproductiva afecta a muchos aspectos de la existencia de los sujetos en la medida que involucra a su vida familiar y relacional y desde su condición contextual, es decir que depende de muchas circunstancias a partir de las cuales las personas construyen su realidad.

Actualmente y desde la normatividad vigente en Colombia se ha tratado de brindar herramientas que propicien la salud integral de la población joven, es así que desde la “Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014-2021” (2014), del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual surge con el fin de desarrollar una de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2022, se ha hecho una diferenciación entre sexualidad y reproducción:

La sexualidad es de suyo un campo de la autonomía personal modelada en lo social, por ello reconocida como construcción social. Así mismo, la reproducción desde una condición biológica ha estado ligada a la sexualidad, pero cada vez los avances de la ciencia en materia de fertilidad, (reproducción asistida, adopción, etc.) la hacen posible sin esta mediación.

Se reconoce entonces que tanto la sexualidad como la reproducción se encuentran ligadas a la salud y en esa medida a la búsqueda del máximo nivel de bienestar físico, emocional y social como componentes inherentes de los derechos humanos que posibilitan a las personas vivir con dignidad.

## EDUCACIÓN

Debido al carácter que se le otorga al proyecto de intervención en el cual se pretende realizar procesos educativos como base para generar impacto en los participantes, teniendo en cuenta sus percepciones e imaginarios, los cuales contribuyen a la comprensión de su realidad, se trae a colación la definición de León (2007) quien plantea que

La educación no puede deshacerse de la cultura y de la tradición. Una de sus tareas es mantener incólumes la cultura y la tradición y expresar los valores que le dan cohesión al pensar y a la acción de los sistemas sociales. La

educación no puede soslayar ni ignorar la cultura. Pero esa no es su única tarea, también le corresponde formar la personalidad del individuo para diferenciarse de otros y de la cultura, para mirar más allá de la cultura. (p.600)

Esta definición, en la misma vía que establece el construccionismo social, busca reconocer los mundos y cultura de los cuales hacen parte los sujetos con el fin de comprender cómo entienden sus realidades, pero sin desconocer que pueden iniciarse nuevos caminos aun cuando la cultura sea un fuerte determinante.

De igual forma,

“La educación forma al sujeto individual, subjetivo, responsable ante el mundo y del mundo que le han mostrado, enseñado. Si no es libre no es responsable, no puede decidir, no se ha educado. La educación define también lo que es único en la condición humana. Aunque no se trata de enseñar una manera única y homogénea de ser” (León, 2007, p.598)

La anterior definición denota que a través de la educación se advierte una condición de formación que lleva a decidir con libertad, pero una libertad a la cual se le debe vincular responsabilidad; en este punto y según Freire, la labor educativa tiene dos opciones desde las cuales puede basar su accionar: desde la domesticación, “educación para el hombre-objeto”, o desde la libertad, “educación para el hombre-sujeto”, bajo esta última se propicia la autorreflexión que desencadena en toma de conciencia y convierte a los sujetos en autores y actores de su propia realidad; la educación basada en la libertad busca la *“praxis, reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo”* (Freire, 1969, p.23).

Para el autor, la educación no debe basarse en una relación de arriba a abajo como una imposición, sino desde adentro hacia afuera, dada por los sujetos y con la presencia del educador como un colaborador. Se entiende que la educación libera, abre caminos y genera nuevas posibilidades frente a mundos antes desconocidos.

Se busca entonces a partir de la educación generar procesos de responsabilización en los pacientes, debido a que se cree que cuando se tiene una enfermedad de carácter crónico, el nivel de compromiso es fundamental a la hora de lograr una mejor calidad de vida. Se procura desde el área de Trabajo Social y mediante el proyecto de intervención generar procesos de autodesarrollo que propicien un real

compromiso, pues cuando se actúa consciente y responsablemente resulta más fácil actuar desde la prevención más que desde la curación; se entiende la responsabilidad como

Un sentido social y personal, racional, justo y moral, que integra fines, medios y valores humanamente aceptables, incorporado por la socialización como convicción moral interna, (...) La Responsabilidad tanto del individuo como de la comunidad ante la salud, la enfermedad, la rehabilitación y la minusvalía, es esencial. (González, 2010, p.279)

## PREVENCIÓN

Este tipo de intervención se considera fundamental a la hora de realizar la labor desde Trabajo Social en el área clínica, teniendo en cuenta que desde las máximas instancias legales en salud se ha configurado, en la misma vía de la promoción, como base fundamental en la transformación deseada de las condiciones de salud. Desde el Ministerio de Salud se define como el proceso mediante el cual se mejora la salud a través de políticas públicas, fortalecimiento de la participación comunitaria, creación de ambientes favorables e impulso de actitudes saludables a través de la acción intersectorial que propicia la movilización social. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

En definitiva, la prevención alude al hecho de generar acciones anticipadas que logren disminuir o evitar la presencia de enfermedades, la OMS considera que la prevención incluye *“Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”* (Vignolo, J. 2011, p.11), además caracteriza a la prevención desde tres niveles, dependiendo el enfoque que interese y según el estado de salud de las personas o comunidad: la *prevención primaria* se refiere a aquella orientada a evitar que aparezcan enfermedades o problemas de salud, controlando los factores causales o condicionantes; en este nivel de prevención se ubica el interés del presente proyecto, pues se busca realizar una labor educativa enfocada en la disminución de

la exposición de los sujetos a factores de riesgo a fin de que la incidencia de prácticas de salud sexual y reproductiva que desembocan en alta vulnerabilidad disminuyan. La *prevención secundaria* es aquella que se dirige al diagnóstico precoz de enfermedades incipientes en aras de detectar la enfermedad para impedir su progresión; y por último, la *prevención terciaria*, la cual comprende las medidas dirigidas al tratamiento y rehabilitación; En este tipo de prevención se hace seguimiento a la condición clínica de las personas centrándose en minimizar los sufrimientos causados al perder la salud y en pro de brindar el tratamiento adecuado.

## RUTA METODOLÓGICA

Con el fin de determinar el tipo de intervención a la cual se recurrirá para el accionar en la ejecución del proyecto de intervención se recurre a los postulados de Olga Lucía Vélez, quien ha definido cuatro tipologías de intervención profesional en Trabajo Social: prestacional o asistencial, promocional, preventiva y educativa, pero en coherencia y para dar cumplimiento a los objetivos propuestos, en este ejercicio particular se constituye la ruta metodológica desde la intervención educativa y preventiva. En primer lugar, desde la educación y en coherencia con la autora, en el sentido de que la educación a su vez se constituye en estrategia de acción para todos los tipos de intervención profesionales, por lo cual se considera imprescindible principalmente porque *“lo esencial en este tipo de acción social es el afianzamiento de los valores necesarios para la convivencia social, y la constitución de sujetos sociales capaces de asumir e interpretar la realidad de manera ética y responsable”* (Vélez, 2003, p.72), así que se busca generar formación a partir y para la construcción de significados que contribuyan a modificar conductas riesgosas para el bienestar de los pacientes, generando procesos tendientes a la aprehensión de nuevos estilos de vida, o bien afianzando los que ya se tienen y que son consecuentes con la condición crónica que presentan.

En segundo lugar, se propone una intervención de tipo preventiva dado que se ha propuesto un trabajo tendiente a una actuación anticipada frente a posibles riesgos que amenacen la calidad de vida de las personas vinculadas al programa a partir de su salud sexual y reproductiva, en este punto Vélez afirma de esta tipología de intervención que *“opera en el terreno de la actuación precoz o anticipada sobre las causas generadoras de determinados problemas con miras a evitar su aparición”* (Vélez, 2003, p.72). En el presente proyecto las situaciones problemáticas que se buscan evitar son todas aquellas que resultan de una vida sexual y afectiva propensa a generar riesgos no solo para la salud de los pacientes sino también para el bienestar en general de sus familias e hijos en caso de que existan.

Por último se considera necesario recurrir a un enfoque de intervención que esté en consonancia con la educación, que valore las particularidades de la población joven pero que además sea pertinente desde el campo clínico, es por ello que el enfoque de habilidades para la vida, propuesto por la Organización Panamericana de la Salud se convierte en la perspectiva desde la cual se busca influir en las conductas de los participantes en el proyecto. *“un enfoque de habilidades para la vida desarrolla destrezas para permitir que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para el desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria”*

Los resultados de la evaluación de programas muestran que el desarrollo de las habilidades para la vida puede retrasar el inicio del uso de drogas, prevenir conductas sexuales de alto riesgo, enseñar a controlar la ira, mejorar el desempeño académico y promover el ajuste social positivo. (Organización Panamericana de la Salud, 2001, p.5).

Las habilidades para la vida se han clasificado en tres categorías básicas (sociales, cognitivas y para el control de emociones), y aunque éstas se complementan entre sí, para el presente proyecto se tienen en cuenta ante todo las *habilidades cognitivas*, es decir, aquellas que tienen que ver con la solución de problemas, comprensión de consecuencias, toma de decisiones, pensamiento crítico y autoevaluación y las *habilidades para el control de emociones*, en las cuales se incluye el control y monitoreo personal. Se distinguen estas habilidades, debido a

que tienen relación directa con los sentimientos y emociones que se desencadenan al tener Hemofilia y a la vez generan posibilidades de cambio, resiliencia y capacidad de superación.

Pero además de considerar la pertinencia de esta perspectiva en la medida que la salud de los jóvenes y adolescentes se promueve, el enfoque de derechos se constituye en fundamento clave a lo largo de la formulación y ejecución del proyecto, pues se considera que cualquier acción generada desde Trabajo Social debe enmarcarse en el reconocimiento y defensa de los derechos de los sujetos, aún más cuando son de tipo sexual y reproductivo, reconociendo que promover el ejercicio de éstos supone al tiempo fomentar su responsabilidad. Es decir que se busca generar conocimiento en los sujetos frente a los derechos establecidos legalmente a los cuales por ley tienen acceso, con el fin de promover su eficacia.

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos tiene como objetivo específico garantizar el derecho a la salud y otros derechos humanos relacionados con la salud. Los procesos de elaboración de políticas de salud y programación han de guiarse por normas y principios de derechos humanos, y aspiran a desarrollar la capacidad de los titulares de deberes para cumplir sus obligaciones y a empoderar a los titulares de derechos para que exijan eficazmente sus derechos en materia de salud (OMS, s.f, p.2)

## ESTRATEGIA PARA LA INTERVENCIÓN

Para el desarrollo y puesta en marcha del presente proyecto y en consecuencia el logro de los objetivos propuestos, considerando que a través de las acciones formativas se logra generar conciencia y cambio en los estilos de vida de los sujetos, la estrategia se concreta en **desarrollar actividades de tipo educativo y preventivo que incidan en los sujetos vinculados al proyecto con el fin de reflexionar frente a su situación de salud relacionada con su vida sexual y**

**reproductiva a fin de generar acciones que fortalezcan condiciones de vida favorables.**

Para ello, los ejercicios que posibilitan llevar a cabo la estrategia se realizan en primer lugar desde una actividad grupal, pero más adelante desde el seguimiento individual a cada uno de los actores:

### **Acción grupal:**

*Jornada educativa “Planificando ando”:*

En ésta se busca a través de la socialización y puesta en común de situaciones propias de los jóvenes y adolescentes hablar de métodos de planificación familiar así como de la Hemofilia como enfermedad genética que se hereda de padres a hijos y la importancia de planear con responsabilidad un proyecto de vida de acuerdo a la condición de salud.

La jornada se llevará a cabo en el salón de docencia del HGM, el viernes 16 de septiembre de 2016 desde las 09:00 horas hasta las 12:00 horas.

### **Desarrollo de la actividad:**

**09:00 horas:** *Bienvenida, presentación y rompe hielo:* se iniciará la jornada con un saludo de bienvenida e introducción del tema por parte de la Trabajadora Social del programa de Hemofilia Marisel Tamayo Tabares y Darlin Olaya practicante de Trabajo Social, más adelante cada uno de los asistentes se presentará y se llevará a cabo la técnica rompe hielo “Comenzando por nuestras creencias” (Tomado de Ramos, 2011, p.19), con el fin de hacer un sondeo inicial del conocimiento que tienen los asistentes de la Hemofilia relacionada con salud sexual y reproductiva.

Descripción para el desarrollo de la actividad “rompe hielo”:

1. Se propone al grupo formar una columna en el centro del salón. La consigna es: “Iremos leyendo frases afirmativas sobre las que ustedes tendrán que expresar si están de acuerdo o no, es decir, si es verdadera o falsa. Luego de cada frase, quienes piensen que es verdadera deberán ubicarse a la izquierda de la columna,

quienes piensen que es una afirmación falsa a la derecha, y quienes tengan duda se mantendrán en la columna”.

2. Posteriormente, quienes tomaron posición y se ubicaron en uno de los lados de la columna deben argumentar su postura, tratando de hacer que quienes quedaron en el medio tomen una posición y se coloquen en alguno de los grupos.

3. Cuando no queden más personas en la columna, vuelven todos a ella para leer otra frase y posicionarse de nuevo.

Ejemplos de frases para realizar la actividad:

-Si tengo Hemofilia todos mis hijos también la tendrán

-Con mi condición de salud puedo tener una vida sexual normal

-Puedo usar cualquier método de planificación familiar

-Debo planificar cuántos hijos voy a tener y no dejarlo al destino

-Puedo decidir libremente qué hacer con mi vida sexual

A medida que se realiza la actividad reflexionaremos frente a los argumentos de algunos que quieran defender su opinión respecto a cada frase; al finalizar el rompe hielo se realizará la intervención propia desde Trabajo Social en aras de reflexionar frente a la pertinencia de las decisiones planeadas con sentido versus las acciones no planeadas, hablando de la vivencia responsable de la sexualidad que involucra más que el goce físico la relación afectiva con el otro, esta estrategia buscará hacerse desde un orden reflexivo y para ello se invitará a los asistentes para que libremente cuenten experiencias propias o conocidas frente a decisiones no planeadas y sus efectos en las personas y su entorno social y a continuación se expondrá la importancia de pensarse un proyecto de vida, para ello se recurrirá a una presentación en medios audiovisuales que apoye la disertación.

**09:30 horas:** *Intervención Profamilia:* se contará con el apoyo de personal de esta institución, el cual brindará información sobre los diferentes métodos de

planificación familiar, teniendo en cuenta la condición de Hemofilia de los participantes y cómo y dónde acceder a ellos.

**10:30 horas:** Refrigerio

**11:00 horas:** *Intervención del genetista invitado*, quien asesorará a los participantes de la jornada frente a la Hemofilia como enfermedad hereditaria, la forma como ésta se transmite y las posibilidades que tienen los futuros hijos de padecer la enfermedad

**11:40 horas:** Actividad evaluativa

**12:00 horas:** Finalización de la jornada

### **Acciones individuales:**

*Asesorías presenciales con los pacientes:* entenderemos por asesoría individual un espacio de 30 minutos en el cual se generará diálogo con los pacientes del programa de Hemofilia del hospital y vinculados al proyecto en días que éstos asistan a citas médicas posteriores al encuentro educativo en aras de hacer seguimiento frente a dudas e inquietudes referentes a los temas abordados en la jornada con el fin de conocer propósitos, expectativas y compromisos asumidos a partir de ella o bien, se realizará educación para posterior seguimiento de los temas abordados en la actividad a los pacientes que por algún motivo no pudieron asistir pero que se presentan a citas médicas.

*Acompañamiento telefónico:* se realizarán llamadas telefónicas para orientar frente a procesos afines a los contenidos en la jornada educativa y en general indagar sobre cuestiones particulares relacionadas con la salud sexual y reproductiva de los pacientes y/o sus parejas afectivas y familiares y sobre las cuales necesitan acompañamiento. El seguimiento y número de llamadas a realizar dependerá de cada caso y necesidad particular. Teniendo en cuenta que los pacientes del Programa que se encuentran en el rango de edad establecido para la ejecución del

proyecto son 41, se espera realizar el contacto telefónico al menos un 90% de ellos, es decir a 36 de ellos

Específicamente desde estas acciones individuales para los pacientes se buscan fortalecer las habilidades para la vida referentes a la comprensión de consecuencias, pensamiento crítico, autoevaluación, toma de decisiones y control de emociones (descritas en la Ruta Metodológica)

## SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

Con el fin de verificar la gestión y los resultados esperados del proceso de intervención, analizar el impacto y además poder hacer una comparación de lo planeado y lo realmente ejecutado, la evaluación y el monitoreo se harán de forma constante a lo largo del proyecto mediante el registro de su ejecución.

Se entiende a la evaluación como el *“proceso que procura determinar periódicamente y de manera sistemática y objetiva, la relevancia, eficacia, eficiencia e impacto de un proyecto o programa, a la luz de sus objetivos.”* (UNICEF, 1991), se recurre a la evaluación con el fin de valorar los cambios sobre la transformación de las condiciones iniciales. Por otro lado, el monitoreo comprueba específicamente la eficiencia y la eficacia del proyecto, en este se le hace seguimiento en vista de su ejecución (plan de trabajo) y en términos del logro de los objetivos. Se entienden entonces ambos elementos (evaluación y monitoreo) como complementarios, pues de otro modo el proceso sería incompleto.

Ahora bien, en pro de hacer una evaluación y monitoreo efectivos, se recurre a indicadores, los cuales son *“medidas específicas, verificables objetivamente, sobre los cambios o resultados de una actividad”*, es decir que son instrumentos de observación que posibilitan medir cambios en el tiempo. Para el presente proyecto, los indicadores a los cuales se recurre son de gestión, los cuales se enfocan en hacer seguimiento y control durante el tiempo que se adelanta el plan y así poder

medir los resultados de las acciones realizadas. Para ello se aplicarán instrumentos sencillos al final de cada sesión los cuales permitan a los asistentes evaluar aspectos desde lo metodológico, logístico, recursos humanos y la pertinencia e impacto de las temáticas tratadas.

Con el fin de dar claridad a la forma como se pretende desarrollar el sistema de monitoreo y evaluación del proyecto, a continuación se describe mediante una matriz la meta que se busca detrás de cada acción propuesta para el logro de la estrategia central, los indicadores de gestión y las fuentes de verificación.

ESTRATEGIA	ACCIONES	META	RESPONSABLE	INDICADORES DE GESTIÓN	FUENTE DE VERIFICACIÓN
<b>Desarrollar actividades de tipo educativo y preventivo que incidan en los sujetos vinculados al proyecto con el fin de reflexionar frente a su situación de salud relacionada con su vida sexual y reproductiva a fin de generar acciones que fortalezcan condiciones de vida favorables.</b>	Jornada educativa “Planificando ando”	El 60% de los sujetos vinculados al proyecto reconocen posterior al taller la importancia de la planificación familiar y de pensarse un proyecto de vida acorde a su condición de salud en vista de reconocerla como hereditaria y empiezan a generar acciones positivas frente a ello	Darlin Olaya- practicante de Trabajo Social  Marisel Tamayo (Trabajadora Social del programa de Hemofilia)  Funcionarios Profamilia  Médico genetista	-Se realiza el 100% de las actividades programadas durante la jornada educativa  $\frac{\text{Número de actividades programadas}}{\text{Número de actividades realizadas}} \times 100$	-Memoria del evento firmada por cada orador o encargado de cada actividad -Fotos
				-El 70% de las personas convocados asisten a la jornada  $\frac{\# \text{ Personas que asistieron} \times 100}{\text{Número de personas convocadas}}$	Listados de asistencia
				-El 80% de los pacientes asistentes a la jornada educativa sienten que se han cumplido sus expectativas frente a esta y que la metodología utilizada es adecuada  $\frac{\# \text{ personas que creen que se cumplieron sus expectativas} \times 100}{\# \text{ Personas asistentes}}$	Actividad evaluativa al final de la jornada “elige tu emoción”, mediante la cual se podrá medir la satisfacción de los usuarios frente al evento
	Asesorías individuales-presenciales a	Se realizan asesorías individuales frente a salud sexual y	Darlin Olaya	Se logra hacer asesorías individuales al 60% de los pacientes del programa de Hemofilia que se encuentran entre 12 y 25 años de edad	-Formato evaluativo “Evaluó-

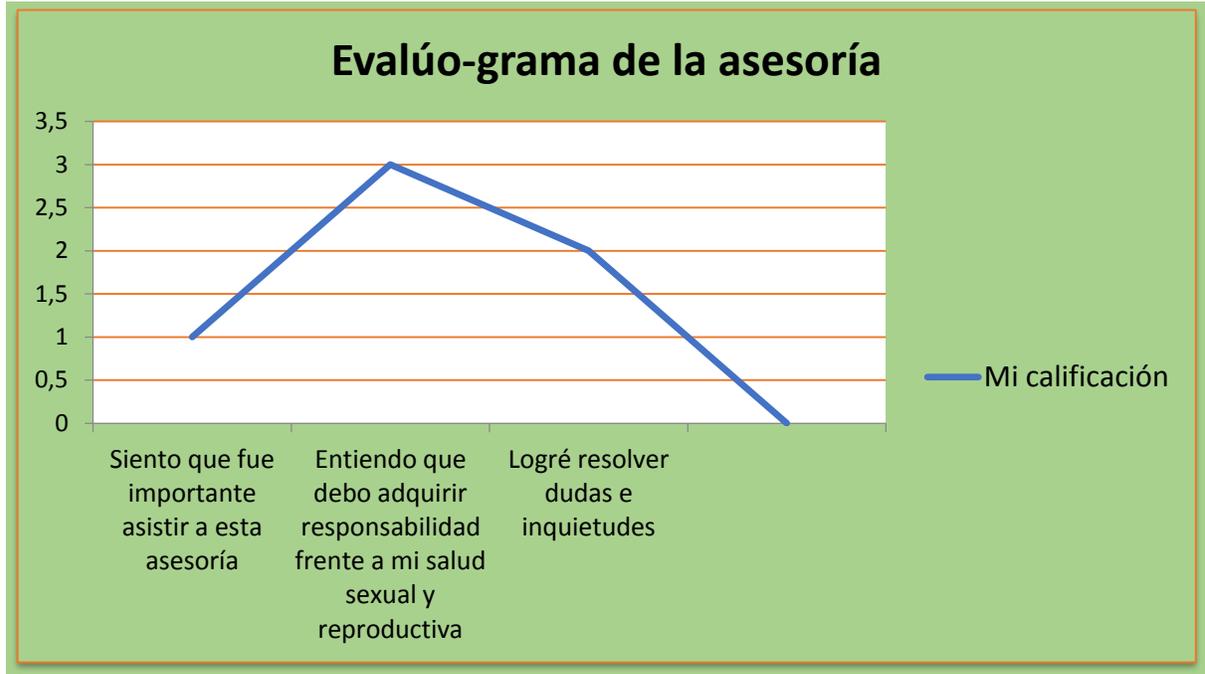
	<p>los pacientes del programa de Hemofilia que se encuentran entre 12 y 25 años de edad independientemente de su asistencia a la jornada educativa</p>	<p>reproductiva a los pacientes entre 12 y 25 años que asisten al Hospital. Los pacientes sienten que las asesorías son pertinentes</p>		$\frac{\text{pacientes a quienes se hace asesoría individual}}{\# \text{ pacientes entre 12 y 25 años}} \times 100$ $\frac{28}{41} \times 100 = 68\%$	<p>grama", el cuales se compone de tres preguntas sencillas a través de las cuales los pacientes evalúan la asesoría y su pertinencia -Listados de asistencia</p>
	<p>Acompañamiento o telefónico a los pacientes del programa participantes del proyecto y posterior a la jornada educativa</p>	<p>Se realiza contacto y acompañamiento telefónico al 90% de los pacientes del programa de Hemofilia que asistieron al evento</p>	<p>Darlin Olaya</p>	$\frac{28}{28} \times 100 = 100\%$	<p>Listados de los pacientes con verificación de llamadas realizadas</p>

**Descripción de las actividades propuestas como fuentes de verificación:**

-“Elige tu emoticón”: se dibujará en un papelógrafo el siguiente esquema, en las últimas tres columnas los participantes podrán evaluar diferentes aspectos de la jornada como “bueno”, “regular” o “malo”, según la expresión del emoticón:

ASPECTO A EVALUAR			
Me gustó el material utilizado			
Aprendí nuevas cosas que me sirven para mi vida			
Me sentí tranquilo y a gusto en la jornada			
Estoy motivado a cambiar algunas cosas con el fin de mejorar mi calidad de vida			
Las personas que llevaron los temas me motivaron, me tuvieron en cuenta y me trataron con respeto			

-“Evaluó-grama”: Al final de las asesorías presenciales se entregará un esquema como el que se muestra en el siguiente ejemplo, en el cual los pacientes deberán calificar tres preguntas sencillas de 1 a 3, siendo 1 la calificación más baja y 3 la más alta:



### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

En el siguiente cronograma se especifican las actividades realizadas a lo largo de toda mi práctica profesional, comprendida entre el 22 de mayo de 2016 y el 22 de enero de 2017, en ella se especifica labores de apoyo a las funciones del área de Trabajo Social en el Programa de Hemofilia por cada semana del mes, además de los tiempos comprendidos para la elaboración del proyecto de intervención, no solo desde su ejecución sino además su planeación y convocatoria:



PRESUPUESTO

Actividad	Recursos físicos	Recursos humanos	Cantidad	Precio Unidad	Precio total
<b>Convocatoria Jornada educativa “Planificando ando”</b>	Hojas para imprimir		100	50	5000
	Impresiones		100	100	10000
	Alquiler de computador		1	30000	30000
		Diseñador gráfico	1	100000	100000
<b>Ejecución Jornada educativa “Planificando ando”</b>					
		Personal ICBF	2	200000	400000
		Médico genetista	1	250000	250000
		Trabajadora Social	1	100000	100000
	Transporte personal de capacitación			50000	50000
	Transporte para pacientes		80	10000	800000
	Alquiler de aula		1	500000	500000
	Sillas		100	1000	
	Alquiler video-beam		1	100000	100000

	Alquiler de tableros		2	30000	60000
	Papelógrafos		5	500	2500
	Marcadores		30	1000	30000
	Ayudas visuales para métodos de planificación		10	5000	50000
	Lapiceros		10	2000	20000
	Refrigerios		100	6000	600000
	<b>Asesorías individuales-presenciales</b>	Impresión formato evaluativo		1	1000
Fotocopias formato evaluativo			60	100	6000
Lapiceros			2	1500	3000
<b>Acompañamiento telefónico</b>	Fotocopias listas de verificación		100	100	10000
<b>VALOR TOTAL</b>					<b>2.587.500</b>

INFORME DEL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DEL PROCESO GENERAL DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL Y EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	DESARROLLO DE ACTIVIDADES Y CUMPLIMIENTO DE METAS	LOGROS	DIFICULTADES
LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	<p><b>-Jornada educativa “Planificando”</b>                      META: El 60% de los sujetos vinculados al proyecto reconocen posterior al taller la importancia de la planificación familiar y de pensarse un proyecto de vida acorde a su condición de salud en vista de reconocerla como hereditaria y empiezan a generar acciones positivas frente a ello</p>	<p>No fue posible cumplir con la meta propuesta para esta estrategia pues no se pudo realizar la Jornada Educativa</p>	<p>A pesar de que se presentó la dificultad para realizar la jornada, se logró brindar educación a los pacientes que se había propuesto y se hizo de forma individual, lo cual contribuyó a generar espacios de discusión y reflexión en los cuales se fortaleció el componente educativo frente al conocimiento de la enfermedad, se logró aclarar dudas frente al aspecto sexual y reproductivo relacionado con la Hemofilia</p>	<p>Al momento de formular el proyecto la aseguradora de los pacientes garantizaba el transporte para que éstos asistieran a sus compromisos en el Hospital, sin embargo, para la fecha de la ejecución la EPS manifestó tener serios problemas económicos para contribuir al auxilio de transporte de los pacientes y debido a que éstos no contaban con los recursos económicos para suplir los gastos de transporte no se pudo realizar la jornada; sin embargo, se dio paso a la ejecución del proyecto ubicando como meta el</p>

			componente educativo y preventivo en salud sexual y reproductiva.
<p><b>-Asesorías individuales-presenciales</b> a los pacientes del programa de Hemofilia que se encuentran entre 12 y 25 años de edad independientemente de su asistencia a la jornada educativa</p> <p>META: Se realizan asesorías individuales frente a salud sexual y reproductiva a los pacientes entre 12 y 25 años que asisten al Hospital. Los pacientes sienten que las asesorías son pertinentes</p>	<p>(Pacientes a quienes se hace asesoría individual)/ (#pacientes entre 12 y 25 años) *100</p> <p>(28)/ (41) *100=68%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reconocimiento de las Generalidades de la enfermedad</li> <li>-Posicionamiento del tema de la herencia de la Hemofilia</li> <li>-Vinculación de parejas afectivas de algunos pacientes en la asesoría</li> <li>-Diálogo de forma bidireccional con los pacientes en temas que comúnmente no tratan abiertamente</li> <li>-Reconocimiento de la importancia de establecer vínculos afectivos bajo principios de comunicación, honestidad y respeto</li> <li>-Aclaración de dudas frente a diferentes temas alusivos a salud sexual y reproductiva</li> <li>-A pesar de no coincidir en los horarios con los</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se percibe en muchos casos negación de la enfermedad como condición crónica que afecta en el tiempo, razón que puede llevar a la toma de decisiones sin una conciencia real de la enfermedad, así que en estos casos específicos se enfatizó en el reconocimiento de la enfermedad vista como una condición presente durante toda la vida.</li> <li>-La mayoría de los pacientes no tenía claro cómo se hereda la enfermedad, así que luego de dar la explicación se les pidió mediante un esquema y figuras que explicasen cómo se y el papel de los cromosomas X y Y, a fin de que quedara claro este aspecto.</li> <li>-La meta propuesta para esta estrategia parte de considerar que en la base de datos hay 41 pacientes entre 12 y 25 años, sin embargo, no es posible cumplir la meta al 100% debido a que</li> </ul>

			pacientes, se dio educación a todos los que asistían a citas durante los días y el horario de práctica	durante el tiempo de ejecución no fueron a citas médicas todos los pacientes en este rango de edad o asistieron en un horario diferente al que yo estaba presente, sin embargo, se da cumplimiento al objetivo de brindar educación a todos los que si concordaron con los días y horarios
	<p><b>-Acompañamiento telefónico a los pacientes del programa</b> participantes del proyecto</p> <p>META: Se realiza contacto y acompañamiento telefónico al 90% de los pacientes participantes del proyecto</p>	<p>(# pacientes a quienes se hace contacto telefónico)/</p> <p>(#pacientes a quienes se hace asesoría individual)</p> <p>*100</p> <p><math>(28)/(28)*100=100\%</math></p>	<p>-Se consigue resolver algunas inquietudes manifestadas por los pacientes</p> <p>-Se logra corroborar que hay claridad frente a los temas expuestos</p>	<p>-Fue difícil localizar a algunos pacientes, así que hubo que insistir hasta lograr el contacto y hacer validaciones de diferentes números telefónicos hasta establecer la comunicación.</p>
<b>OTRAS ESTRATEGIAS DE</b>	Garantizar la oportunidad de acceso	(Número de órdenes a las cuales se les solicita	-Se logró conseguir la totalidad de las autorizaciones requeridas	-El tener que depender de otras personas para conseguir las autorizaciones se convierte en

<p>a los servicios de salud de los pacientes mediante la solicitud de autorizaciones ante la EPS Savia Salud de las órdenes dadas por los médicos tratantes del programa</p>	<p>autorización * 100)/(Número órdenes que requieren autorización)  (9*100)/(9)=100%</p>	<p>para poder solicitar las citas a los pacientes, en algunos casos fue necesario insistir ante los funcionarios de Savia Salud para obtener respuesta.</p>	<p>una dificultad en la medida que por trámites administrativos ajenos a nosotros se retrasa la consecución de las citas, pero a pesar de ello se logra generar redes de apoyo que logran trabajar en pos del bienestar de los pacientes</p>
<p>Derivaciones: Solicitud de citas médicas en las respectivas IPS a donde son remitidos los pacientes por la EPS</p>	<p>(Número de citas solicitadas * 100)/(Número total de citas que deben ser solicitadas)  (28*100)/(28)=100%</p>	<p>-En cada Institución Prestadora de Servicios de Salud en la cual hacían saber que no tenían contrato con Savia Salud para asignar las citas, se generó comunicación con el o la Trabajadora Social y en algunos casos con personal del área de comunicaciones para solicitar apoyo en aras de garantizar la atención de los pacientes y en muchos casos se logró la programación de la cita</p>	<p>- Se cumplió con la meta de hacer el ejercicio de solicitar todas las citas, sin embargo, debido a la crisis financiera del sistema de salud y específicamente de la aseguradora de los pacientes, en muchas IPS no tienen contrato con dicha EPS, razón por la cual fueron negadas varias de las citas solicitadas a pesar de que se insistió en varias ocasiones bajo la probabilidad de que se hubiese solucionado el inconveniente.</p>
	<p>(Número de pacientes que requieren que se le</p>	<p>-Para la celebración de navidad se solicitó ante</p>	<p>-No fue posible obtener respuesta positiva para todos los pacientes,</p>

<p>Gestión de transporte para los pacientes dentro o fuera de la ciudad que deben asistir a programación de citas o actividades del Programa y no cuentan con recursos económicos para hacerlo</p>	<p>haga solicitud de transporte*  <math>100/(\text{Número de pacientes a quienes se les hace la solicitud})</math>  <math>(17*100)/(17)=100\%</math></p>	<p>Secretarías de Salud, Alcaldías y Flotas de Transporte colaboración para que al proporcionar los pasajes los pacientes pudieran asistir, y se logró respuesta positiva para algunos, quienes recibieron tiquetes ida y regreso para ellos y un acompañante, en casos particulares se consiguió este auxilio para futuras citas en Medellín</p>	<p>sin embargo, se dio a conocer en los Municipios a los cuales se llamó que hay personas en Condición de Hemofilia que necesitan apoyo económico y específicamente en las Secretarías de Salud se sugirió crear un fondo para apoyarlos</p>
<p>Evolución en la historia clínica electrónica del paciente</p>	<p>(Número de notas consignadas en el sistema SAP de los seguimientos y las intervenciones sociales realizadas)/(Número de notas que se debieron hacer) * 100  <math>(106)/ (134) *100=79\%</math></p>	<p>-Se logró plasmar en la Nota de Historia Clínica en detalle las intervenciones realizadas a los pacientes, lo cual contribuyó a conocer mejor el Sistema SAP como herramienta de trabajo en el Hospital</p>	<p>-Para poder hacer las Notas, es necesario que el Auxiliar Administrativo del Programa realice los ingresos de los pacientes en el sistema, lo cual hace que algunas veces se generen retrasos al depender de él para poder escribir la nota, lo cual hace necesario que este procedimiento se pueda hacer desde Trabajo Social, pero aunque se ha hecho la solicitud ante las directivas de la Institución, no ha habido respuesta favorable</p>

	<p>Educación a pacientes frente a salud e higiene oral</p>	<p>(Número de pacientes a los cuales se les brinda educación)/(Número de pacientes a quienes se les debe brindar educación) x100</p> <p>(Se tiene en cuenta que en la jornada de salud oral "Hemosonrisas" se dio educación a 27 pacientes, los cuales no se cuentan dentro del total)</p> <p>(49)/(78)*(100)=63%</p>	<p>-Fue posible brindar educación a la mayoría de los pacientes el Programa, se recurrió a la ayuda de medios audiovisuales y modelo dental</p>	<p>-Aunque la meta suponía dar educación a todos los pacientes, se dificultó en la medida que muchos de ellos asistían al Hospital en días y horarios en los cuales yo no estaba presente, sin embargo, se realizó a todos los que coincidieron en los mismos días y horarios</p>
--	--	---	---	---

## EVALUACIÓN DEL PROCESO DE PRÁCTICA PROFESIONAL

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN COMO CAMPO DE PRÁCTICA		
FORTALEZAS	DEBILIDADES	RETOS
<p><b>-Desde mi experiencia personal, el HGM como campo de práctica profesional y específicamente el Programa de Hemofilia se constituye en una excelente opción a la hora de aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo de la formación profesional, pues posibilita llevar a cabo todos los tipos de intervención: prestacional o asistencial, promocional, preventiva y educativa (Desde Olga Lucía Vélez), además la práctica exige interacción constante con los sujetos, lo cual posibilita un accionar directo día a día con las problemáticas y necesidades sociales particulares a ellos de forma que se ramifica el accionar profesional a nivel familiar, social, económico, ambiental, político que subyace a los pacientes del Programa.</b></p> <p><b>-Particularmente la asesora institucional de práctica Marisel Tamayo me brindó</b></p>	<p>-La práctica en el HGM no ofrece a sus estudiantes ninguna retribución económica, lo cual la pone en desventaja con respecto a otras Instituciones que si lo hacen; el no contar con un aporte económico básico se convierte en un limitante a la hora de elegir este campo de práctica, pues resulta difícil suplir gastos económicos tales como los referidos al transporte si no se cuenta con apoyos económicos alternos.</p>	<p>-Posicionar el espacio como campo de práctica para estudiantes de Trabajo Social de la Universidad de Antioquia, pues hasta el momento no se había contado con ninguno en ésta área</p> <p>-Lograr abrir nuevos campos de práctica en el HGM no solo en el Programa de Hemofilia sino en otros espacios en los cuales se hace necesaria la presencia de estudiantes de Trabajo Social, tales como el Programa Canguro, en el cual hay una necesidad manifiesta y sentida por parte de diferentes funcionarios</p>

**todas las herramientas posibles para poder llevar a cabo mis labores académicas, propiciando un ambiente de confianza basado en el reconocimiento de mis conocimientos y aptitudes, lo cual se proyectó a los usuarios del Programa de Hemofilia**

--	--

## COORDINADOR INSTITUCIONAL UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FORTALEZAS	DEBILIDADES	RETOS
<p><b>-El coordinador de prácticas de Trabajo Social de la Universidad de Antioquia Manuel Alejandro Henao siempre se mostró dispuesto a gestionar un campo de acuerdo a mis necesidades personales y particulares, lo cual garantizó que el cumplimiento de los compromisos fuera posible, su trabajo como mediador entre la Institución y el estudiante posibilita crear un ambiente inicial propicio para la instalación del proceso y esto hace que el practicante disponga de todas las herramientas que necesita para apropiarse de su proceso</b></p>	<p>-Considero que sería necesario que el coordinador de prácticas hiciese mínimo una visita a la Institución con el fin de validar personalmente las condiciones de ésta para los estudiantes</p>	<p>-Generar nuevos campos de práctica no solo en el programa de Hemofilia, sino en otros Programas y Servicios, pues aunque la Institución tiene una alta demanda de Trabajo Social, a excepción de mi proceso, no se cuenta con practicantes desde hace años, lo cual se constituye en un espacio de conocimiento de gran valor muy poco aprovechado por los próximos profesionales de Trabajo Social</p>

## ASESORA ACADÉMICA DEL PROCESO DE PRÁCTICA

FORTALEZAS	DEBILIDADES	RETOS
<p><b>-La asesora de práctica Natalia Arroyave trató desde el primer momento de generar una relación de empatía basada en el respeto y buen trato hacia mí como estudiante, supo reconocer necesidades y particularidades personales y en todo momento trató de crear consensos para garantizar el cumplimiento del proceso favoreciendo a todas las partes: institución, estudiante y asesora.</b></p> <p><b>-Estableció un trato humanizado, siempre mostrándose dispuesta a resolver dudas e inquietudes</b></p> <p><b>-Logró transmitir su alto conocimiento y experiencia en Hemofilia con la mejor disposición, a fin de contribuir a mi buen desempeño en el Programa</b></p> <p><b>-La planeación del proceso, las asesorías y sistema evaluativo se dieron de acuerdo a los tiempos acordados y a las características propias de la práctica</b></p>		<p><b>-Debido a su experiencia y conocimiento en Hemofilia, se hace necesaria su asesoría para próximos practicantes del Programa, ya que esto enriquece y complementa el proceso, pues además de conocer historias de vida de varios de los pacientes, sabe de qué se trata la enfermedad y ha tenido cercanía con el HGM e instituciones relacionadas con la patología.</b></p>

### AUTOEVALUACIÓN PROCESO DE PRÁCTICA

FORTALEZAS	DEBILIDADES	RETOS
<p><b>-Desde un principio sentí gran interés por realizar mi proceso en esta Institución, motivación que hizo que pudiera llevar a cabo mis funciones con entrega y amor; considero que hice lo posible por dar lo mejor de mí y por hacer de la mejor manera las funciones delegadas, traté de cumplir con cada compromiso de forma responsable.</b></p> <p><b>-El trato con los pacientes se dio bajo el respeto, la transparencia y la honestidad</b></p>	<p>Debido a circunstancias personales, no fue posible modificar mi horario para asistir a espacios de gran pertinencia para mi formación y conocimiento, tales como capacitaciones dadas a instituciones y familias en otros Municipios o reuniones con otras instituciones en la ciudad, en las cuales se discutían temas clínicos y sociales de gran conveniencia para mi proceso</p>	<p>Dejar bases que incentiven y permitan que los próximos estudiantes puedan construir procesos que fortalezcan los iniciados y que los concreten y mejoren desde una labor propositiva y crítica</p>

## REFLEXIÓN FINAL DEL PROCESO DE PRÁCTICA

En función de los aprendizajes adquiridos a lo largo de los ocho meses estipulados como requisito para el desarrollo de la práctica, se desprenden conocimientos obtenidos no solo a nivel profesional, teórico y metodológico, sino sobre todo humanos, resultado del quehacer cotidiano en el cual se genera una relación con los pacientes y con el equipo base de atención del Programa que hace inherente una relación que va más allá de lo académico o laboral.

En primer lugar, respecto a los conocimientos adquiridos a nivel teórico relacionados con Trabajo Social en ambientes socio sanitarios, es necesario resaltar que pude fortalecer el saber en este aspecto en la medida que el accionar obliga a fundamentar conocimientos básicos necesarios para una adecuada intervención tales como la legislación colombiana referida al sistema de salud, la normatividad vigente que rige el hacer profesional en este campo y los conceptos y generalidades básicos de la Hemofilia y trastornos de la coagulación, pero exige además retomar todo el arsenal teórico acumulado a lo largo de los años de formación profesional, lo cual conlleva a una reflexión constante y crítica de la intervención profesional y de paso a la respuesta que los sujetos hacen de ella; sin embargo, este ejercicio reflexivo y el volver a revisar los fundamentos teóricos me lleva a considerar que en las aulas de clase de formación de Trabajo Social se hace necesario generar más reflexiones y discusiones frente a la intervención en el campo clínico y de salud, lo cual sin duda contribuye a fortalecer el conocimiento, brindando herramientas de intervención para los futuros profesionales que laboren dentro de un complejo sistema de salud que en nuestro país está fuertemente marcado por graves problemas de calidad y corrupción.

Pero además de reconocer la pertinencia de adquirir la aptitud teórica que debe tener todo Trabajador Social a la hora de intervenir y de formarse, no se puede desconocer que, así como lo indica José Paulo Netto (1998) hay que estar a la par con otras competencias que para él constituyen la misión de la profesión y la cual define como una triple competencia: técnica, teórica y política. Primero, una

competencia técnica referida al saber de cómo situar el contexto, reconocer el conocimiento del otro y operar con los instrumentos adecuados; en segundo lugar, la competencia teórica que posibilita mirar la realidad comprendiendo la necesidad de las acciones, y por último, una competencia política que contribuye a saber cómo orientar a las personas y contribuir a la equidad, evaluando relaciones de fuerzas. Considero entonces, en coherencia con el autor, que desarrollar este conjunto de competencias es un cometido urgente para los Trabajadores Sociales y en la búsqueda de lograr ese propósito, la práctica profesional en el Programa de Hemofilia del HGM logra fortalecer estos tres aspectos en su conjunto.

Por otro lado, al hablar de la posibilidad del campo de práctica para aportar a la formación profesional y personal, es imprescindible reconocer el inmenso aporte que hizo en este aspecto mi asesora institucional y Trabajadora Social del Programa, Marisel Tamayo Tabares, quien con su diligente labor humana y social hizo las veces de maestra, dándome lecciones de todo tipo y llevándome a reconocer la importancia de las labores de gestión en el área clínico-social y su aporte para el acceso a la salud como derecho fundamental, además la pertinencia del diagnóstico, la asesoría, orientación y educación que se ofrece a los pacientes como posibilidad de empoderamiento de su condición para llevarlos a reconocerse como sujetos con capacidades y al mismo tiempo directos responsables de su autocuidado.

El hacer parte del día a día de labor profesional me llevó a enfrentarme con mi humanidad en el sentido que cada historia de vida de la que tuve conocimiento y cada persona con la que tuve contacto me hizo reflexionar frente a mi formación, prejuicios, saberes previos y forma de entender la realidad, lo cual me hizo reconocer a cada sujeto desde el respeto y la diferencia.

Puedo definir el proceso de práctica llevado a cabo como un espacio de conocimiento construido de la mano con diferentes maestros: una asesora

institucional que desde el primer momento me enseñó con el ejemplo qué debe hacer un Trabajador Social desde una labor reflexiva y crítica; una asesora académica que supo enseñarme a reflexionar sobre las vivencias que cada día marcan la vida de muchas personas que se encuentran en una condición de salud que gran parte de la sociedad desconoce; un equipo de trabajo que día a día se esfuerza por hacer lo mejor para que un grupo de personas puedan acceder a una mejor calidad de vida, y sobre todo de personas que llamamos pacientes pero que son madres, padres, hijos, hermanos y que además de tener que lidiar con múltiples situaciones sociales, familiares y personales, deben vivir con una enfermedad crónica que afecta otras áreas de su vida.

Tener la oportunidad de vivir la experiencia de estar en el día a día del Hospital y específicamente desde Trabajo Social, me confirma el amor por una labor que para muchos es su única esperanza y me motiva a luchar por el reconocimiento que se le merece a esta profesión sobre todo en el campo socio-sanitario.

Por último, puedo resumir en una palabra el sentimiento que resulta de todo este proceso: inspiración, aquella que me ha llevado a replantear mi tarea como profesional, la que hoy me motiva a dar lo mejor de mí para ser una Trabajadora Social éticamente responsable, pero ante todo, más comprometida con el reconocimiento de los demás. Esa inspiración surge como acumulado de cada día de aprendizaje en la Institución, es resultado de desazones, alegrías, satisfacciones, de vivir y sentir la profesión desde sus adentros, pero no sería posible si no hubiese contado con los maestros que tuve.

*“El maestro mediocre cuenta. El maestro corriente explica. El maestro bueno demuestra. El maestro excelente inspira”-William A. Ward.*

## ANEXOS

### ANEXO 1. Estructura de charlas educativas en Salud Sexual y Reproductiva, Generalidades de la Hemofilia y Salud e higiene oral

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN
<b>1. Instalación</b>	Se explica a los sujetos el propósito de la charla y el objetivo principal
<b>2. Reconocimiento de datos iniciales</b>	Mi presentación como exponente y un corto diálogo que permita saber quiénes son los interlocutores: lugar de residencia, edad, estado civil, tipología familiar que conforma, ocupación, etc.
<b>3. Desarrollo del tema</b>	Con apoyo de medios visuales se desarrollan los temas propuestos
<b>4. Socialización final</b>	Espacio para preguntas e impresiones, se da un espacio de tiempo para generar un diálogo con los asistentes

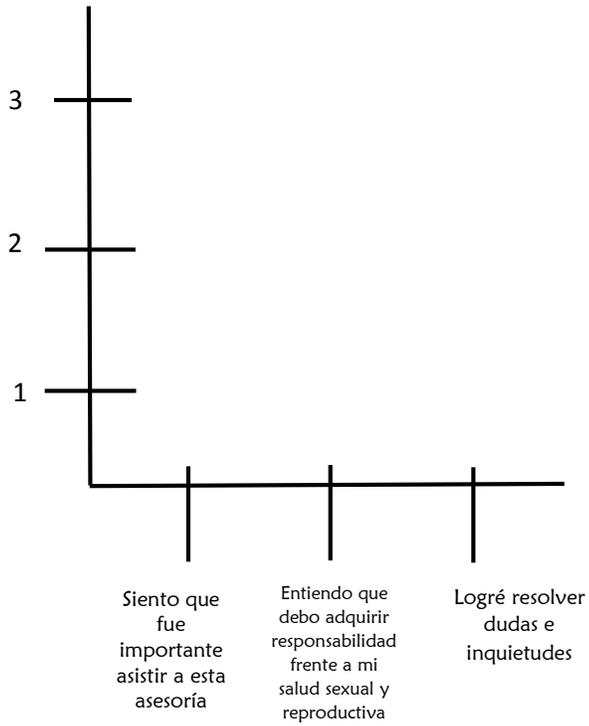
## ANEXO 2. Evaluó-Grama Salud Sexual Y Reproductiva

FECHA:

NOMBRE:

EDAD:

RELACIÓN CON EL HOSPITAL:



### ANEXO 3. Presentación para charla -Salud Sexual y Reproductiva



**"LA PLANIFICACIÓN, MI FACTOR DE PROTECCIÓN"**  
PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Programa de Atención Integral a Pacientes y sus Familias en Condición de Hemofilia u Otros Trastornos de la Coagulación

Medellín, 2016




## PRIMERO QUE TODO...





## ¿Sabes qué quiere decir «enfermedad genética»?



Una **enfermedad genética** es un trastorno que se origina debido a una alteración en un gen. Existen miles de **enfermedades genéticas** y se están descubriendo aún más cada día.




## Hemofilia – ¿Cómo se hereda?




## ¿Qué implica tener un trastorno de la coagulación?

Complejidades a nivel

- Físico**
  - Incertidumbre
  - Cambios a cause de la enfermedad: secuelas
  - Hábitos de vida especiales y particulares
- Relacional y social**
  - Entorno:
    - Familiar
    - Educativo
    - Laboral
  - Amistades
  - Relaciones de pareja

¿Cómo reconozco al otro?

¿Bajo qué principios fundamento mis relaciones?




## SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



*“La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social”*  
—OMS—

Implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no

El acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros

Min. De Protección Social





### No es solamente tener hijos o no...

Implica tu relación con el otro...  
¿cómo lo reconoces?  
¿lo impactas positiva o negativamente?

Medellín *todos por la vida* Alcaldía de Medellín

### Derechos en Salud Sexual y Reproductiva

Los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos son los mismos Derechos Humanos, interpretados desde la sexualidad y desde la reproducción. Encuentran su sustento en tratados internacionales sobre derechos humanos, documentos de las Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos y convenios ratificados por el Estado Colombiano

Medellín *todos por la vida* Alcaldía de Medellín

### Derecho a la Educación sexual

- Forma parte de los derechos sexuales y reproductivos
- Es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida. Puede darse de manera consciente o a través de la cultura y las tradiciones

-Min. de Educación Nacional-

Medellín *todos por la vida* Alcaldía de Medellín

### Salud Sexual y Salud Reproductiva

Sexualidad ≠ Reproducción

**Sexualidad**  
Autonomía personal modelada en lo social, por ello reconocida como construcción social  
Dimensión constitutiva que va más allá de relaciones sexuales o genitalidad

**Reproducción**  
Proceso biológico que permite la creación de nuevos organismos

Medellín *todos por la vida* Alcaldía de Medellín

### Salud Sexual

La salud sexual comprende todos los aspectos relacionados con el ejercicio de una vida sexual sana. Se entiende como un proceso permanente hacia la consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural, en todo lo que tenga que ver con la manera en que las personas conciben y ejercen su sexualidad. está íntimamente ligada a todos los demás aspectos de la vida de la persona

Medellín *todos por la vida* Alcaldía de Medellín

**Salud Reproductiva**



La salud reproductiva se entiende como un estado general de bienestar en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos. No se limita a la ausencia de dolencias o enfermedades, sino que las personas puedan procrear sin riesgos, teniendo la libertad para decidir tener hijos o no, cuándo, cuántos y con qué espaciamiento



**AHORA VAMOS CON UN TEMA DE SUMA IMPORTANCIA...**



Quando tienes relaciones sexuales con alguien, también lo haces con su historia sexual




Así que el riesgo de contraer una **Infección de Transmisión Sexual-ITS-** aumenta

¿ITS?





Las **ITS** son un grupo de infecciones que se adquieren principalmente por contacto sexual y son producidas por bacterias, virus, hongos o parásitos.

Algunas ITS pueden ser tratadas y curadas. Otras, aunque nunca desaparecen, con el debido tratamiento pueden disminuir su efecto. Y otras como el VIH/SIDA y la hepatitis B tienen tratamiento pero no existe cura conocida y por lo tanto podrían causar la muerte



ITS más comunes...




**-Gonorrea:** es una de las ITS más frecuentes, causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, puede crecer y multiplicarse fácilmente en áreas húmedas y tibias del aparato reproductivo, incluidos el cuello uterino, el útero y las trompas de Falopio y en la uretra. Esta bacteria también puede crecer en la boca, en la garganta, en los ojos y en el ano. Las manifestaciones son intensa irritación, secreción de color amarillento-verdoso y de mal olor, ardor al orinar y molestia durante las relaciones sexuales.

**Síntomas En la mujer:**

- secreción vaginal inusual.
- sangrado vaginal inusual.
- dolor en la parte inferior del abdomen.
- la mujer infectada puede no tener síntomas o presentar ligeras molestias al orinar o flujo.

**En el hombre:**

- dolor al orinar
- secreción uretral purulenta

En el varón transcurren dos a tres días después del contacto sexual antes de que se presenten los síntomas (dolor al orinar, pues sale por la uretra). La gonorrea puede ocasionar esterilidad cuando no se aplica el tratamiento.





**-Sífilis:** Es una ITS ocasionada por la bacteria *Treponema pallidum*, microorganismo que necesita un ambiente tibio y húmedo para sobrevivir, por ejemplo, en las membranas mucosas de los genitales, la boca y el ano.

**Síntomas:**

Si no es tratada a tiempo la enfermedad atraviesa cuatro etapas:

1. Etapa primaria: una llaga en la parte del cuerpo que entró en contacto con la bacteria. Estos síntomas por lo general no causan dolor
2. Etapa secundaria: surge alrededor de tres a seis semanas después de que aparece la llaga. Aparecerá una erupción en todo el cuerpo, en las palmas de las manos, en las plantas de los pies o en alguna otra zona, fiebre, dolor de garganta, pérdida del cabello en zonas específicas, dolor de cabeza, pérdida de apetito y peso.
3. Etapa tardía: esta etapa puede causar serios problemas como trastornos mentales, ceguera, anomalías cardíacas y trastornos neurológicos. No siempre se presentan síntomas pero el microorganismo ataca otros tejidos del cuerpo como la estructura ósea, el cerebro, la médula espinal y los vasos sanguíneos. Entre cada etapa pueden pasar años.





**-VIH:** El Virus de Inmunodeficiencia Humana es un virus que afecta las defensas del organismo. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) es el desarrollo de las últimas etapas de la infección por VIH. Generalmente aparece durante un periodo de 5 años, después de haberse adquirido el virus. La infección destruye con las defensas del cuerpo (algunos de los glóbulos blancos) haciendo que el sistema inmunológico se debilite y no se pueda defender frente a múltiples enfermedades, las cuales pueden acabar con la salud de la persona e incluso causar la muerte. Son comunes las complicaciones neurológicas, la pérdida de peso y el deterioro físico.

El VIH se puede transmitir por vía sexual (vaginal o anal) mediante el intercambio de fluidos vaginales, rectales o semen, así como mediante el contacto con el líquido preeyaculatorio durante las prácticas sexuales o por contacto con sangre. Tras la infección, pueden pasar hasta 10 años para que se diagnostique el sida, que es cuando el sistema inmunológico está gravemente dañado y no es capaz de responder efectivamente a las infecciones.

**Síntomas:**

- fiebre
- dolor de cabeza
- malestar general
- depresión
- infertilidad
- vómito
- diarrea





**LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LOS MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN DEBEN SER PRIORIDAD**



**¿LOS CONOCES TODOS? ¿SABES CUÁL ES EL MEJOR PARA TI?**




**Los métodos anticonceptivos no son solo para prevenir embarazos, también te protegen de enfermedades**





**Los métodos de planificación familiar ayudan a prevenir el embarazo y permiten el ejercicio de la sexualidad independientemente de la reproducción**





## 1. ANTICONCEPCIÓN DEFINITIVA

Es la opción que permite tanto a mujeres como a hombres dar por terminada su capacidad reproductiva. Éstos métodos logran una efectividad del 99,8% en la anticoncepción y no requieren hospitalización.



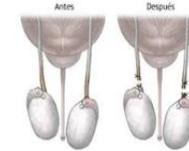
En las mujeres se realiza la esterilización quirúrgica femenina, también llamada **ligadura de trompas**.

Es una cirugía para cerrar las trompas de Falopio de una mujer. Las trompas de Falopio conectan los ovarios con el útero. Una mujer que se someta a esta cirugía ya no podrá quedar embarazada.

- El procedimiento dura aproximadamente 30 minutos.
- El cirujano hará una o dos incisiones quirúrgicas pequeñas en el abdomen, generalmente alrededor del ombligo.
- En el abdomen se introduce una sonda angosta con una cámara diminuta en su extremo (laparoscopio).
- A través del laparoscopio o a través de una incisión muy pequeña y separada, se introducen instrumentos para bloquear las trompas.
- Las trompas se queman (cauterizan) o se sellan con un pequeño gancho o un anillo (banda).



Para los hombres está la **vasectomía**. Es un método de anticoncepción permanente para el hombre que consiste en ligar y cortar los conductos que transportan los espermatozoides para salir al exterior.



Es una cirugía para cortar los conductos deferentes, que son los que llevan los espermatozoides desde los testículos hasta la uretra. Después de una **vasectomía**, los espermatozoides no pueden salir de los testículos. Un hombre que se haya realizado una **vasectomía** exitosa no puede embarazar a una mujer.



## 2. ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

(Solo permanecen durante el tiempo que se emplean)

**ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA:** interfieren en el encuentro de los espermatozoides con el óvulo.

-**Condón:**

Es una funda, generalmente fabricada en látex diseñadas para cubrir el pene del hombre y prevenir el contacto con el tracto reproductivo femenino.



**ANTICONCEPTIVOS HORMONALES:** funcionan por medio de hormonas que inhiben la ovulación y alteran el moco del cuello del útero para que no pasen los espermatozoides. Tienen 98% de efectividad.

-**Pastillas anticonceptivas:** son anticonceptivos orales temporales que inhiben la ovulación. Si se toman sistemáticamente y de manera correcta es un método muy eficaz para prevenir el embarazo. Su uso no interfiere con la relación sexual. Tienen una eficacia del 99,8%.



-**Anticonceptivos inyectables:** son anticonceptivos temporales y hormonales que contienen hormonas sintéticas administradas por medio de una inyección intramuscular. Los anticonceptivos inyectables son métodos seguros, efectivos y reversibles.



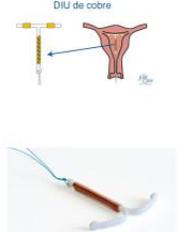


**-Implante subdérmico: (Jadelle)** es un método anticonceptivo temporal hormonal que se compone de una o dos barritas que se implantan debajo la piel de la mujer en la parte interna del brazo. Ofrece de tres a cinco años de protección, es un método reversible y tiene una efectividad del 98.5 por ciento.



**-Dispositivo Intrauterino (DIU)**, también conocido como "T de cobre", se ubica en el útero impidiendo que los espermatozoides fecunden el óvulo. Es pequeño y tiene forma de T. Está hecho en plástico, con un recubrimiento de cobre.

El DIU libera cobre dentro de la cavidad uterina, generando un ambiente hostil para los espermatozoides. Tiene una efectividad del 98% y ofrece protección anticonceptiva hasta por 12 años.




**-El Dispositivo Mirena** es un sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, consiste en un pequeño sistema de plástico en forma de T que es insertado dentro de la cavidad uterina. Sobre su brazo vertical presenta una cápsula que contiene 52 mg de una hormona llamada levonorgestrel similar a la progesterona y que se encuentra en algunas de las pastillas anticonceptivas. Esta hormona es liberada dentro de la cavidad uterina en pequeñas cantidades durante un periodo de 5 años y es aquí, en forma local, donde ejerce su acción.




**-Diu-Jaydess:** es un dispositivo intrauterino (DIU) compuesto por una cápsula hormonal unida a una estructura en forma de T, hecha de un plástico flexible y suave. El dispositivo tiene 30 mm de largo y se coloca en el interior del útero mediante un aplicador; libera lentamente una dosis baja del progestágeno levonorgestrel localmente (en el útero) y a diario durante un periodo de hasta 3 años. La menstruación será más escasa, tanto en la cantidad de sangre como en el número de días de sangrado de cada mes.




**Ahora reflexionemos...**  
**¿Cómo mi futuro se ve afectado por mis decisiones hoy?**



**¿Cómo afectan mis decisiones a los otros?**



**Mejorando la comunicación...**



¿Sabes que puedes comunicarte libremente con el grupo terapéutico de Hemofilia?



## ANEXO 4. Formato Listado de Asistencia

	FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA	GESTIÓN HUMANA GESTIÓN DE LA EDUCACIÓN CONTINUA	CÓDIGO: AP-GHU-EC002F06
			VERSIÓN: 01
			FECHA: 01/03/2015

TIPO DEL EVENTO: Reunión Administrativa: \_\_ Comité: \_\_ Capacitación: \_\_ Entrenamiento: \_\_ Inducción: \_\_ Charlas: \_\_

TEMA(S): \_\_\_\_\_

EXPOSITOR(ES): \_\_\_\_\_

FECHA (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_ DURACIÓN: \_\_\_\_\_ (HORAS)

No	NOMBRES Y APELLIDOS (NO FIRMA)	CÉDULA CIUDADANÍA	AREA	CARGO	VINCULO LADO	CONTRA TISTA	EMPRESA	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, ATENCIÓN EXCELENTE Y CALIDAD DE VIDA

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cárdenas, E. (2013). Alcances del derecho a la salud en Colombia: una revisión constitucional, legal y jurisprudencial. *Revista de derecho*. (40); pp. 198-225
- Cassis, F. (2007). Atención psicosocial para personas con Hemofilia. Federación Mundial de Hemofilia. Canadá
- Federación Mundial de Hemofilia (2012). Disponible en: <http://www.wfh.org/es/abd/carriers/portadoras-opciones-de-concepcion>
- Freire, P. (2000). La educación como práctica de la libertad. México. Siglo XXI editores.
- González, R. (s.f.). *Ciclo vital individual*. [Diapositivas de PowerPoint]. Recuperado de: <http://www.colombianadesalud.org.co/CAPACITACIONES/CICLO%20VITAL%20INDIVIDUAL.pdf>
- González, U. (2010). La Salud, la Enfermedad, la Responsabilidad y la Calidad de la Vida. *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 36(3), 277-279
- Gergen, K. (1996). Realidad y relaciones. Barcelona. Paidós.
- Federación Mundial de Hemofilia. (2005). La Hemofilia en imágenes. Québec.
- González, U. (2010). La Salud, la Enfermedad, la Responsabilidad y la Calidad de la Vida\*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(3), 277-279. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000300016&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300016&lng=es&tlng=es).
- Hospital General de Medellín (2016). Disponible en <http://hgm.gov.co/index.php/quienes-somos/resena-historica>

-Hospital General de Medellín. (2016). *Recomendaciones para los pacientes con Hemofilia y su familia*. [Folleto]. Medellín.

-Hoy, día mundial de la Hemofilia. (17 de abril de 2015). El nuevo día, el periódico de los tolimenses. Disponible en:

<http://www.elnuevodia.com.co/nuevodia/ciudadania/al-consultorio/254154-hoy-dia-mundial-de-la-Hemofilia>

-Iriondo, J. (2013). Donde tus sueños te lleven. Video. Disponible en: [https://www.youtube.com/watch?v=b2UyFJ\\_GMZc](https://www.youtube.com/watch?v=b2UyFJ_GMZc)

-López, J; Ladrón, F; Estelles, E; Prieto. (Agosto 14-16 de 2013). Para la Prevención y Promoción de la Salud en Colombia. 11th Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology. Conferencia llevada a cabo en Cancún, México. Disponible en: <http://www.laccei.org/LACCEI2013-Cancun/RefereedPapers/RP056.pdf>

-León, A. (2007). Qué es la educación. *Educere: Revista venezolana de educación*; No. 39, pp.595-604.

-Ley N° 1098 de 2006. Diario Oficial 46446 de noviembre 08 de 2006. Bogotá, Colombia. 8 de noviembre de 2006. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22106>

-Melano, M. (2001). Un Trabajo Social para los nuevos tiempos: La construcción de la ciudadanía. Grupo Editorial Lumen Hvmánitas. Buenos Aires, México.

-Ministerio de salud y protección social. (2014). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. EDM Comunicaciones

-Ministerio de salud y protección social. (2016). Régimen subsidiado. Recuperado de: <http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/RegimenSubsidiado.aspx>;

-Ministerio de la Protección Social. (2003). Política Nacional De Salud Sexual Y Reproductiva. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Bogotá

- Morán, J. (2003). Epistemología, ciencia y paradigma en Trabajo Social. Aconcagua Libros, Sevilla.
- Naciones Unidas. (2006). Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. Ginebra.
- Netto, J. (1998). Capitalismo monopolista y Servicio Social. Brasil. Cortez Editora.
- OMS (s.f). Enfoque de la salud basado en los derechos humanos. Disponible en: [http://www.who.int/hhr/news/hrba\\_to\\_health\\_spanish.pdf](http://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health_spanish.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. 2001. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Habilidades.pdf>
- Programa Presidencial Colombia Joven; CINDE; U. de Manizales; UNICEF. (2004). Construcción de Políticas de Juventud: Análisis y Perspectivas. Disponible en: <http://www.unicef.org/colombia/pdf/PoliticasyJuv1.pdf>
- Ramos, V. (2011). XX Técnicas grupales para el trabajo en sexualidad con adolescentes y jóvenes. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. Montevideo
- UNICEF. (1991). Guía de UNICEF para Monitoreo y Evaluación: ¿marcando una diferencia? New York, UNICEF, Oficina de Evaluación
- Vélez, O. (2003). Reconfigurando el Trabajo Social: perspectivas y tendencias contemporáneas. Argentina, Espacio Editorial.
- Vignolo, J; Vacarezza, M; Álvarez, C; Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria en salud. Uruguay.
- World Federation of Hemophilia (2015). Report on the Annual Global Survey 2014. WFH. Montreal, Canadá.