

**CONOCIMIENTOS SOBRE EL PROCESO DE REHABILITACIÓN QUE  
REFIEREN PROFESIONALES Y DIRECTIVOS Y NIVEL DE SATISFACCIÓN  
DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD QUE ASISTEN A  
ESTOS SERVICIOS EN EL MUNICIPIO DE FLORENCIA (CAQUETÁ), 2011**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**

**INVESTIGADORAS PRINCIPALES**

**Ft. ADRIANA AGUDELO ARCILA**

**Ft. LUZ INDIRA MOSQUERA PALACIOS**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES**

**FACULTAD DE SALUD**

**MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD**

**COHORTE I**

**MANIZALES**

**MAYO, 2012**

**CONOCIMIENTOS SOBRE EL PROCESO DE REHABILITACIÓN QUE  
REFIEREN PROFESIONALES Y DIRECTIVOS Y NIVEL DE SATISFACCIÓN  
DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD QUE ASISTEN A  
ESTOS SERVICIOS EN EL MUNICIPIO DE FLORENCIA (CAQUETÁ), 2011**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**

**INVESTIGADORAS PRINCIPALES**

**Ft. ADRIANA AGUDELO ARCILA**

**Ft. LUZ INDIRA MOSQUERA PALACIOS**

**DIRECTORAS DE TESIS**

**Mg. CLAUDIA PATRICIA HENAO LEMA.**

**Phd. CONSUELO VÉLEZ ÁLVAREZ.**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES**

**FACULTAD DE SALUD**

**MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD**

**COHORTE I**

**MANIZALES**

**MAYO, 2012**

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

---

**Presidente:**

---

---

**Jurado 1:**

---

---

**Jurado 2:**

---

---

**Jurado 3:**

---

---

**Manizales, fecha: \_\_ \_\_ \_\_**

## TABLA DE CONTENIDO

1. GLOSARIO	8
2. RESUMEN EJECUTIVO	9
3. RESUMEN ACADÉMICO	10
4. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	11
4.1. Área problemática	11
4.2. Justificación	15
4.2.1. Implicaciones éticas del estudio	16
5. OBJETIVOS	17
5.1. Objetivo general	17
5.2. Objetivos específicos	17
6. REFERENTE TEÓRICO	18
6.1. Discapacidad: historia, modelos y perspectivas de intervención de discapacidad y rehabilitación	18
6.2. Rehabilitación	24
6.3. Prestación de servicios de salud: calidad y satisfacción	29
7. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	37
7.1. Variables sociodemográficas (profesionales)	37
7.2. Variables relacionadas con los conceptos rehabilitación (profesionales)	38
7.3. Variables sociodemograficas ( directivos o coordinadores)	40
7.4. Variables relacionadas con los conceptos de rehabilitación (directivos)	40
7.5. Variables sociodemográficas (usuarios)	43
7.5. Variables relacionadas con la rehabilitación (usuarios)	44
8. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	47
8.1. Tipo de estudio	47
8.2. Población	47

8.3. Muestra	47
8.3.1. Calculo de la muestra	47
8.3.2 Diseño muestral	48
8.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	48
8.4. Técnica e instrumentos de recolección de la información	49
8.4.1 Prueba piloto	50
8.5. Técnica de procesamiento y análisis de datos	50
9. RESULTADOS	51
9.1. Análisis descriptivo	51
9.1.1. Profesionales	51
9.1.2. Directivos	55
9.1.3. Usuarios	60
9.2. Análisis bivariado	67
10. DISCUSION DE RESULTADOS	75
11. CONCLUSIONES	82
12. LIMITACIONES Y ALCANCES DEL ESTUDIO	83
13. RECOMENDACIONES	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86

## LISTA DE FIGURAS

Gráfica 1: Personas registradas según tipo de rehabilitación ordenada, Caquetá, 2008 (DANE)	13
Gráfica 2: Concepto de rehabilitación de los profesionales	52
Gráfica 3: Tipo de procesos de rehabilitación para personas en situación de discapacidad	52
Gráfica 4: Tipo de trabajo de los profesionales en torno a la persona en situación de discapacidad.	53
Gráfica 5: Modelo en que se enmarca el equipo de trabajo en torno a la persona en situación de discapacidad.	53
Gráfica 6: Estrategia de los profesionales para involucrar a la familia en el proceso de rehabilitación.	54
Gráfica 7: Estrategia de los profesionales para involucrar a la comunidad en el proceso de rehabilitación.	55
Gráfica 8: Tipo de profesión de directivos	56
Gráfica 9: Modelo de rehabilitación en que se enfoca la institución	56
Gráfica 10: Tipo de proceso de rehabilitación implementado en la institución.	57
Gráfica 11: Tipo de trabajo en torno a la persona en situación de discapacidad.	58
Gráfica 12: Estrategia de la institución para involucrar a la familia en el proceso de rehabilitación.	59
Gráfica 13: Estrategia de la institución para involucrar a la comunidad en el proceso de rehabilitación.	60
Gráfica 14: Suficiencia de los servicios de rehabilitación de los usuarios.	63
Gráfica 15: Satisfacción con los servicios de rehabilitación	64
Gráfica 16: Satisfacción con los servicios de rehabilitación desde el abordaje físico	64
Gráfica 17: Satisfacción con los servicios de rehabilitación desde el abordaje psicológico.	65
Gráfica 18: Satisfacción con los servicios de rehabilitación desde el abordaje social.	65
Gráfica 19: Estrategias de las instituciones o profesionales para involucrar a la familia del usuario en el proceso de rehabilitación	66

Gráfica 20: Estrategia de la instituciones o profesionales para involucrar a la comunidad del usuario en el proceso de rehabilitación	66
---	----

### **LISTA DE ANEXOS**

Anexo 1: Formato de consentimiento informado para la participación en investigaciones	93
Anexo 2: Instrumento para usuarios de los servicios de rehabilitación	94
Anexo 3: Instrumento para profesionales que laboran en los servicios de rehabilitación	96
Anexo 4: Instrumento para directivos o coordinadores de los servicios de rehabilitación de instituciones de salud y rehabilitación	98

## 1. GLOSARIO

1. Calidad de atención: Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados, para conseguir una atención sanitaria óptima, considerando todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicios médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo iatrogénico y máxima satisfacción en el proceso (OMS).
2. Discapacidad: Se define como una compleja interacción entre la condición de salud y los factores del contexto donde se desenvuelve la persona (CIF 2001).
3. Rehabilitación: Estrategia de salud que, sobre la base del modelo integrador del funcionamiento humano y discapacidad de la OMS, tiene por objeto permitir que las personas con diferentes condiciones de salud que experimentan o tienen posibilidad de experimentar la discapacidad, alcancen y mantengan un funcionamiento óptimo en interacción con el medio ambiente.
4. Satisfacción de usuarios: Es un constructo multidimensional definido como una actitud individual positiva hacia la atención a la salud. También ha sido considerada como una medida de resultado útil respecto a cuestiones críticas como la adherencia a las indicaciones médicas y como proveedor de continuidad.
5. Usuario del servicio de rehabilitación: Persona en situación de discapacidad, que asistió a los servicios de rehabilitación en el municipio de Florencia (Caquetá), presentando una discapacidad total o parcial.



## 2. RESUMEN EJECUTIVO

<b>Título:</b> CONOCIMIENTOS SOBRE EL PROCESO DE REHABILITACIÓN QUE REFIEREN PROFESIONALES Y DIRECTIVOS DE INSTITUCIONES QUE ATIENDEN A POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL MUNICIPIO DE FLORENCIA (CAQUETÁ) Y NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS,2011			
<b>Investigadores Principales:</b> Ft. ADRIANA AGUDELO ARCILA - Ft. LUZ INDIRA MOSQUERA PALACIOS Total de Investigadores (número): 2			
<b>Nombre del Grupo de Investigación:</b> Grupo Cuerpo Movimiento			
<b>Línea de investigación:</b> Funcionamiento y discapacidad en la perspectiva de la salud.			
<b>Entidad:</b> Universidad Autónoma de Manizales			
<b>Representante Legal:</b> Gabriel Cadena Gómez. cc 5.565.569 Bucaramanga			
<b>Dirección:</b> Antigua Estación del Ferrocarril		<b>Teléfono</b> (68) 8727272	<b>Fax</b> 8727670
<b>Nit:</b> 890805051-0		<b>E-mail:</b> <a href="mailto:uam@autonoma.edu.co">uam@autonoma.edu.co</a>	
<b>Ciudad:</b> Manizales		<b>Departamento:</b> Caldas	
<b>Sede de la Entidad:</b> Antigua estación del ferrocarril Manizales			
<b>Tipo de Entidad:</b> Educativa			
<b>Universidad Pública:</b>	<b>Universidad Privada:</b> X	<b>Entidad Pública:</b>	<b>ONG:</b>
<b>Lugar de Ejecución del Proyecto:</b> Florencia			
<b>Ciudad:</b> Florencia		<b>Departamento:</b> Caquetá	
<b>Duración del Proyecto (en meses):</b> 22 meses			
<b>Tipo de Proyecto:</b> Investigación Aplicada			
<b>Costo total del Proyecto:</b> 21'.000.000			

### 3. RESUMEN ACADÉMICO

**Introducción:** El propósito de este estudio fue describir los conocimientos de los profesionales y directivos de las instituciones que realizan procesos de rehabilitación en el municipio de Florencia y el nivel de satisfacción de las personas en situación de discapacidad que reciben dichos servicios. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo correlacional. La muestra estuvo constituida por 30 directivos del área de rehabilitación de instituciones de salud, 30 profesionales que laboraban en estas instituciones y 400 usuarios (personas en situación de discapacidad), que realizaban procesos de rehabilitación en los últimos 6 meses; se escogieron con un muestreo no probalístico dirigido los usuarios, con una confianza del 95 % y error del 5%. Se aplicó un cuestionario que recogía la información de las diferentes fuentes. **Resultados:** A pesar que a nivel mundial se proponen enfoques de rehabilitación integral sustentados en un modelo biopsicosocial, los conocimientos de los profesionales y directivos evaluados se enmarcaron en el modelo biomédico, denotando que el aspecto relevante en los procesos de rehabilitación sigue siendo la condición biológica. Los usuarios manifestaron encontrarse aceptablemente satisfechos frente a los servicios de rehabilitación recibidos, resaltando el abordaje de los aspectos físicos como una de las principales respuesta a las necesidades derivadas de su condición de salud. El abordajes de los aspectos psicológico y social, al parecer influyen en menor grado en dicha satisfacción. **Conclusiones:** Los conocimientos de los profesionales y directivos de las instituciones prestadores de salud en el municipio de Florencia están poco relacionados con el planteamiento de la rehabilitación integral y el modelo biopsicosocial.

**Palabras claves:** Rehabilitación, Satisfacción, Discapacidad (Descriptores Decs).

**Key words:** Rehabilitation, Satisfaction, disability (Descriptor Decs).

## 4. DESCRIPCION DEL PROYECTO

### 4.1 Área problemática

El enfoque de la rehabilitación de personas en situación de discapacidad está pasando por un momento de innumerables desafíos: vivenciar un cambio de paradigma de un modelo médico biológico y asistencialista a un modelo biopsicosocial y ecológico centrado en las necesidades y expectativas de la persona. Estas transformaciones son impulsadas por cambios que a través de la historia se han dado en los paradigmas de la salud, la enfermedad, la misma discapacidad y la apertura a nuevas posibilidades de intervención tanto desde lo médico, como lo terapéutico, lo educativo, lo laboral y lo social.

En este nuevo contexto, el modelo biopsicosocial propone que la situación de discapacidad es el resultado de la interacción de la persona, que tiene una condición de salud, con su entorno. De acuerdo a la OMS (1), el abordaje de esta situación debe incluir componentes como la condición de salud, la posibilidad de ejecución de actividades de la vida diaria, la participación social y la influencia de los factores relacionados con el contexto. En consecuencia las acciones dirigidas a esta población deben tener por objeto impactar todas las esferas de su vida y posibilitarle su desarrollo en igualdad de condiciones y posibilidades al resto de la población.

El concepto “rehabilitación” surge bajo el paradigma médico biológico de la salud como el medio a través del cual las personas pueden recuperar o maximizar las funciones perdidas o deterioradas por una “alteración” del proceso de salud y que de esta forma se tornen de nuevo productivas para la sociedad.

Bajo este paradigma, la rehabilitación se concibe como la aplicación aislada de una serie de técnicas terapéuticas administradas por diferentes profesionales de la salud con el objetivo de mejorar la funcionalidad de la persona, teniendo en cuenta, que funcionalidad se refiere a la habilidad de una persona para realizar una tarea o acción. Estos profesionales ejercen control total sobre el proceso, las personas con discapacidad son sujetos pasivos de intervención y en la mayoría de los casos no se tiene en cuenta la integralidad del individuo y la importancia de involucrar a la familia. En este sentido la discapacidad sucede en un momento y un lugar y en muchas ocasiones, como síntoma o secuela de la enfermedad en la cual pierden relevancia los componentes experienciales y situacionales de la persona.

En la actualidad la rehabilitación busca posicionarse de nuevo como una posibilidad de intervención que tenga en cuenta todas las esferas del individuo y que como proceso (2) o estrategia (3), logre impactar verdaderamente la vida de la persona, en términos de que se logre su verdadera inclusión social. De esta forma la rehabilitación hoy en día tiene entre sus principios el trabajo en equipo, la integralidad, interdisciplinariedad, multidimensionalidad y el papel protagónico que la persona en situación de discapacidad tiene en el proceso.

Sin embargo, muchas veces estos conceptos resultan solamente retóricos y no se reflejan en las prácticas de intervención. Los profesionales reconocen la importancia de la integralidad de la atención y la necesidad de conformar equipos interdisciplinarios que soporten estos procesos. Pero la realidad en la mayoría de los casos muestra otras dinámicas de trabajo que reflejan como, bajo el esquema actual de funcionamiento del sistema de salud en el país y la desarticulación con otros sectores como el de educación y trabajo, es imposible lograr los objetivos de integración e inclusión social de las personas en situación de discapacidad. En este mismo sentido, como lo ha expresado la OPS (4) “las actividades sectoriales de rehabilitación se han desarrollado de manera poco coordinada, teniendo relevancia la iniciativa del sector privado, y con marcado énfasis en la recuperación funcional y escasa dedicación al logro de la integración productiva de la persona con discapacidad a la sociedad”. Así mismo la Fundación Saldarriaga Concha (5) mostró entre otros aspectos, que en la mayoría de instituciones la intervención se queda corta frente al propósito de integración de las personas a su entorno dentro de una comprensión integral de la persona y su situación de discapacidad. Además especifica que los procesos de rehabilitación son orientados fundamentalmente hacia el mejoramiento de funciones o estructuras corporales dejando de lado la integración biopsicosocial.

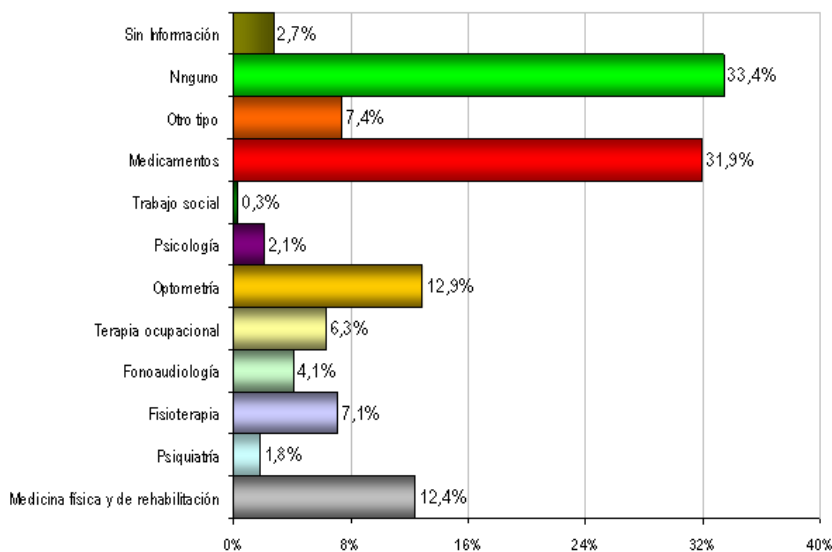
Sin dejar de reconocer el esfuerzo y la voluntad de quienes llevan a cabo estas prácticas, así como el beneficio que han producido en una población importante del país, en muchas ocasiones las acciones llevadas a cabo por los profesionales de la salud y rehabilitación hacia esta población carecen de elementos básicos del sentido transformador que la rehabilitación debe ejercer en la vida de las personas, respecto a una realidad palpable como lo es la discapacidad.

La utilización indiscriminada del término “rehabilitación” tanto por la población general como por los mismos profesionales de la salud como sinónimo de terapéutica, fisioterapia o simplemente cualquier tipo de intervención, pierde su esencia al hacerse extensiva a prácticas tan diversas que generalmente son desarticuladas. Cuando se hace referencia a las personas en situación de discapacidad, es indispensable considerar que no basta con recuperar funciones específicas y que, dada la complejidad de la situación y el impacto que tiene esta condición en las diferentes esferas del individuo, los procesos de intervención dirigidos a esta población deben ser direccionados a los ámbitos biológico, psicológico y social de la persona y la relación de esta con el entorno. De esta forma deben ser realizados por equipos de trabajo que tengan un enfoque integral, multidimensional y que basen su actuar en las necesidades y expectativas de la persona como sujeto activo del proceso; incluyendo la familia, la comunidad y otros sectores.

Teniendo como referencia este modelo biopsicosocial, el DANE ha venido presentando la información de personas en situación de discapacidad en el país de acuerdo a los datos arrojados por el CENSO del 2005 (6) y el Registro para la Localización y Caracterización de personas con Discapacidad (7). A nivel de país se ha establecido una prevalencia de discapacidad de 6,4%, de acuerdo a las personas que fueron reportadas con al menos una limitación permanente para sus actividades cotidianas. En el departamento del Caquetá este mismo Censo reportó un total de 30.846 personas que cumplían dicho criterio, 10.065 de ellas fueron ubicadas en su capital Florencia, mostrando una prevalencia de discapacidad en este municipio del 7,3%.

El reporte de datos del Registro para la Localización y Caracterización de personas con Discapacidad que hasta septiembre de 2008 se había realizado en el departamento, ha mostrado entre otros datos que el 19,2% de las personas manifiesta estar “recuperándose”, el 34% requiere ayuda de otra persona para su vida diaria y sólo el 21% está recibiendo algún tipo de rehabilitación. Se destaca que el 33,4% de estas personas manifiesta que no les fue ordenado ningún tipo de rehabilitación. Dentro de las modalidades de rehabilitación ordenadas predominan la prescripción de medicamentos (31,9%), optometría (12,9%) y fisioterapia (12,4%). Se resalta que hay muy baja remisión de las personas en situación de discapacidad a fisioterapia (7,1%), terapia ocupacional (6,3%) fonoaudiología (4,1) psicología (2,1%) o trabajo social (0,3%) y ninguna remisión a servicios de educación o apoyo laboral, situación que muestra una cultura de la rehabilitación situada en un modelo puramente médico-biológico de la discapacidad, el poco o nulo trabajo en equipo y la ausencia de procesos de rehabilitación de carácter integral que verdaderamente logren impactar la vida de las personas (gráfica 1). Es importante aclarar que aunque los datos presentados corresponden a todo el departamento del Caquetá y no se tiene la información precisa del municipio de Florencia, la situación de esta no difiere de manera significativa de lo que puede suceder en el resto del departamento.

### Personas registradas según tipo de rehabilitación ordenada



Gráfica 1: Personas registradas según tipo de rehabilitación ordenada, Caquetá, 2008. Fuente: Ministerio de la Protección Social (MPS) y Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Registro para la Localización y Caracterización de personas con Discapacidad DANE – MPS. Resumen estadístico Caquetá. Octubre 2008

El municipio de Florencia no cuenta con instituciones que ofrezcan servicios de rehabilitación integral de las personas en situación de discapacidad que realicen un trabajo interdisciplinario.

En la actualidad Florencia cuenta con siete instituciones prestadoras de salud (IPS) entre públicas y privadas que ofrecen servicios de fisioterapia, medicina general, terapia ocupacional, terapia respiratoria, fonoaudiología, psicología, entre otras. Los servicios de

ortopedia, neurología y fisioterapia son prestados de manera eventual y generalmente sólo al inicio de la enfermedad o como control de ella. A nivel de consulta privada existen seis (6) consultorios con servicios de fisioterapia, dos (2) consultorios de terapia ocupacional, cuatro (4) consultorios de psicología, dos (2) consultorios de terapia de lenguaje, dos (2) consultorios de ortopedia, uno (1) de neurología y uno (1) de fisioterapia.

Ni el registro DANE del 2008, ni el estudio realizado por la Fundación Saldarriaga Concha, indagaron por la satisfacción de los usuarios con sus procesos de rehabilitación. En la literatura internacional se han desarrollado diversos instrumentos para medir la satisfacción de los usuarios con procedimientos relacionados con los servicios de rehabilitación, la mayoría de ellos evaluando la satisfacción de los usuarios con procedimientos específicos relacionados con la terapia física o la terapia ocupacional, hasta el momento en la revisión hecha por los autores sólo se ha encontrado una propuesta de un instrumento de evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de rehabilitación, entendiendo la satisfacción como medida de la calidad del servicio, en términos de elementos relacionados con tiempos de espera, calidad de la atención, competencia profesional, acceso y trato hacia el usuario, entre otros (8). Se han encontrado algunos instrumentos que evalúan la satisfacción en fisioterapia, y pocos relacionados con las intervenciones recibidas durante los procesos de rehabilitación que satisfacen las necesidades y expectativas desde los ámbitos biológicos, psicológicos y sociales, como elementos determinantes de la rehabilitación integral de las personas con miras a favorecer su inclusión social.

Partiendo de las anteriores consideraciones y teniendo en cuenta que no se conocen estudios que evalúen de forma integral los procesos de rehabilitación dirigidos a las personas en situación de discapacidad en el municipio de Florencia (Caquetá), desde aspectos tanto teóricos como prácticos, y que incluyan la mirada tanto de las instituciones como de los profesionales y los usuarios, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los conocimientos de los profesionales y directivos de instituciones que realizan procesos de rehabilitación en el municipio de Florencia y el nivel de satisfacción de las personas en situación de discapacidad usuarias de estos servicios?.

## 4.2. Justificación

Las diferentes maneras de concebir la discapacidad a través de la historia han llevado a que las prácticas de intervención en este ámbito también vayan evolucionando. Sin embargo, la rehabilitación en muchos casos ha respondido de manera insuficiente a las personas en situación de discapacidad en cuanto a satisfacer de manera integral sus necesidades desde los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Una posible explicación a esta brecha entre teoría y práctica es la forma en que tanto las instituciones como los profesionales incorporan a sus prácticas los avances científicos en el tema, y el grado de apertura que la ley actual en el área de la salud, pueda ofrecer a nuevas dinámicas de trabajo al interior de las instituciones, como las que implica la realización de procesos de rehabilitación integrales.

En este sentido, y de acuerdo a lo presentado anteriormente, la rehabilitación de personas en situación de discapacidad en Colombia afronta en la actualidad problemas como (5):

- Incipientes datos acerca de la situación de discapacidad
- La implementación de los servicios de rehabilitación bajo el sistema de salud actual en el país no está en consonancia con el perfil epidemiológico nacional ni con las características y necesidades reales de la población.
- Los servicios de rehabilitación no están concebidos desde la perspectiva de la integralidad de la atención y se ejecutan básicamente en función de la demanda.

Los servicios y programas de rehabilitación en Colombia en la actualidad proporcionan una gran variedad de procedimientos encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la discapacidad, pero el usuario al recibir esa atención en muchos casos desarticulada, obtiene deficientes resultados en su proceso de rehabilitación.

En el marco de la problemática expuesta, el presente estudio pretende analizar la manera como se operativizan los procesos de rehabilitación de personas en situación de discapacidad en el municipio de Florencia (Caquetá), teniendo en cuenta los conocimientos de los profesionales y las expectativas de los usuarios y, contrastar dicha información con los modelos teóricos actuales en este ámbito del conocimiento. De esta manera se podría determinar si las necesidades reales de esta población se satisfacen con los programas que ofrecen las instituciones de salud y rehabilitación en el Municipio de Florencia, con el fin de establecer los factores determinantes de este proceso.

Esta información se convierte en un insumo importante tanto para las instituciones como para los profesionales de la ciudad, en la generación de estrategias de fortalecimiento, mejoramiento o replanteamiento de los programas de rehabilitación que ofrecen a la población en situación de discapacidad. Así mismo pretende ser un referente a nivel del departamento del Caquetá y el resto del país, para redireccionar los procesos de intervención en el campo de la discapacidad en el sentido de brindar a las personas servicios y programas de calidad, que satisfagan de forma real sus expectativas de rehabilitación integral, teniendo en cuenta sus necesidades desde los aspectos biológico, psicológico y social. De esta forma se benefician tanto instituciones como profesionales, usuarios y comunidad en general.

#### 4.2.1. Implicaciones éticas

Teniendo en cuenta la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (9), esta investigación respetó todas las normas sin poner en riesgo a la población objeto de estudio, las personas que se involucraron en la investigación, participaron de forma voluntaria, previo consentimiento informado. La información recogida se utilizó solo para fines investigativos preservando los principios de integridad e intimidad de las personas.

Según la resolución 008430 capítulo artículo 11 de 1993 del Ministerio de Salud colombiano (10), la investigación se considera “sin riesgo” para la población objeto de estudio.



## 5. OBJETIVOS

### 5.1. Objetivo general

Identificar los conocimientos de los profesionales y directivos de las instituciones que realizan procesos de rehabilitación en el municipio de Florencia y el nivel de satisfacción de las personas en situación de discapacidad usuarias de estos servicios.

### 5.2. Objetivos específicos

- Identificar los conocimientos que respecto a los procesos de rehabilitación de personas en situación de discapacidad, tienen los directivos de las instituciones de salud y rehabilitación del municipio de Florencia (Caquetá).
- Identificar los conocimientos que frente al proceso de rehabilitación poseen los profesionales que ofrecen este servicio a las personas en situación de discapacidad en el municipio de Florencia (Caquetá).
- Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios de rehabilitación, respecto a los aspectos biológico, psicológico y social de su proceso de rehabilitación y correlacionarlos con variables sociodemográficas.

## 6. REFERENTE TEÓRICO

6.1 Discapacidad: historia, modelos y perspectivas de intervención en discapacidad y rehabilitación.

A lo largo de la historia humana, las personas en situación de discapacidad, en sus diversas manifestaciones han sido objeto de discriminación. En el transcurso del tiempo se han denominado y etiquetado como “minusválidos”, “discapacitados”, “lisiados”, “disminuidos”, “anormales”, “mongólicos” o “inválidos”; el lenguaje utilizado ha enfatizado en la opresión y la exclusión social.

La discapacidad también se ha relacionado con la indigencia, pobreza, lo sobrenatural y divino como forma de castigo al ser humano por ser pecador; estableciéndose que esta situación tradicionalmente se ha representado desde un enfoque negativo y de tragedia. Sin embargo es necesario mencionar, que las ideas sobre las personas con discapacidad se han modificado sustancialmente y positivamente, gracias al replanteamiento en las creencias y tradiciones, el avance de las ciencias y al enriquecimiento de los enfoques de intervención (11).

En general la discapacidad como condición inherente al ser humano ha sido abordada por las diferentes culturas desde una mirada de rechazo, discriminación y exclusión, no obstante la evolución histórica ha permitido que la sociedad cambie la perspectiva sobre las personas en situación de discapacidad, proporcionándoles mejores oportunidades para interactuar en su contexto como seres activos e independientes.

Según Toboso y Arnau (12) en la antigüedad clásica la sociedad griega y romana por motivos religiosos y políticos, consideraban inconveniente el crecimiento de niños y niñas con discapacidad, promoviéndose el infanticidio, los malos tratos y venta de los infantes como esclavos. En esta época también se registró que “Grecia en su culto por la belleza y la fuerza física, hacía que las personas con limitaciones físicas fueran expulsadas de las ciudades o exterminadas” (13). En Esparta, la decisión de permitir vivir al recién nacido se encontraba reservada a los miembros más ancianos de la tribu a la que pertenecía el padre. El niño que pareciera débil o deforme podía ser abandonado en las cercanías del Monte Taigeto (14).

Es importante establecer que en esta época se podría hablar de un modelo de prescindencia, el cual supone que las causas que dan origen a la discapacidad tienen un motivo religioso, y en el que las personas con discapacidad se consideran innecesarias por diferentes razones: porque se estima que no contribuyen a las necesidades de la comunidad, albergan mensajes diabólicos, son la consecuencia del enojo de los dioses, o que —por lo desgraciadas—, sus vidas no merecen la pena ser vividas. Como consecuencia de estas premisas, la sociedad decide prescindir de las personas con discapacidad (14).

No obstante, gracias a la influencia y aporte del cristianismo cambia el trato hacia las personas con discapacidad, quienes también se favorecen de los avances de la medicina, el aporte de la filosofía humanista y la evolución de la sociedad (15). Se cambia la muerte

como método de exterminio y se les convierte en objetos de caridad y protección por la iglesia.

Durante la edad media, quienes eran considerados anormales, eran olvidados, rechazados e incluso temidos, aquí se construye el concepto de anormalidad y del defecto, promoviéndose el rechazo social y la persecución en el poder civil y religioso (16). Así mismo surgen los orfanatos, hospitales y asilos, lugares donde se separaban a las personas con deficiencias del resto de la sociedad, ya que se consideraba que podrían generar un peligro para los demás (17). Sin embargo, es una constante en la sociedad el poco compromiso con las personas en situación de discapacidad, al permitir el exterminio, el maltrato y la opresión, considerando a estas personas en condiciones de inferioridad.

Es con el Renacimiento que se establece un trato más humanitario hacia las personas en situación de discapacidad y las consideradas en condiciones de marginalidad, comenzando a su vez un proceso de reconocimiento de la responsabilidad que tiene la sociedad ante este grupo poblacional. Ya en el siglo XV, se funda la primera institución para atender enfermos psíquicos y deficientes mentales como una respuesta al manejo de las personas en situación de discapacidad y la cual se consideraba la mejor estrategia de intervención para la época (16).

Corroborando la anterior emerge lo siguiente: “en todas las épocas ha existido alguna variante de esta forma de enfrentar la diferencia. Los sitios de encierro para leproso, ciegos, retardados y hasta minorías étnicas son un ejemplo de esta modalidad. Dentro de esta categoría también se ubica la práctica, que aún se observa, de encerrar al hijo atípico en su casa” (14).

Durante el siglo XVIII, se consideraba que las personas con discapacidad lograrían su recuperación y normalidad al suministrarles los recursos apropiados en la intervención profesional con cirugías, medios físicos, instrucción profesional y atención en instituciones especializadas. De esta manera surge el modelo médico o rehabilitador como forma de atención a las personas con limitaciones, el cual se extiende desde el siglo XVII hasta fines del siglo XIX. En esa época, quienes no podían ser curados se institucionalizaban en establecimientos donde se atendían individuos con cualquier tipo de discapacidad (11).

Según Palacios (14) en este modelo las causas que se determinan para justificar la discapacidad ya no son religiosas, sino que pasan a ser científicas. En este enfoque no se habla de “dios o diablo”, “divino o maligno”, la expresión se establece en términos de salud o enfermedad.

De forma tácita, esta misma autora expresa que las personas con discapacidad ya no son consideradas inútiles respecto de las necesidades de la comunidad, sino que ahora se entiende que pueden tener algo que aportar a la sociedad en la medida que sean “rehabilitadas o normalizadas” (14). Desde esta óptica, las personas con discapacidad se convierten en “objetos médicos” y enmarcadas sus “realidades” por lo tanto proyectadas y explicadas desde un prisma medicalizado (12).

En el modelo rehabilitador la discapacidad se aborda desde la deficiencia, entendida como una categoría médica para describir ausencia o defecto de miembro, organismo o mecanismo del cuerpo (18). Entonces la persona con discapacidad, es tomada

principalmente desde su panorama corporal, sin tener en cuenta su integralidad y multidimensionalidad. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta (1).

Las personas con discapacidad a nivel social, son legitimadas desde el paternalismo, sus deficiencias, dificultades, sus pocas o nulas posibilidades de laborar, al imposibilitarse obtener la normalidad que lo valida frente a los otros ciudadanos considerados normales.

Finalmente, a este modelo se le ha criticado que fundamenta el poder absoluto en el profesional que interviene a la persona con discapacidad, generando poco empoderamiento y participación de las personas en los procesos de rehabilitación. Sin embargo se considera que a partir de su aparición, se determina el origen de los otros modelos explicativos de la discapacidad.

Prosiguiendo con la evolución del abordaje de la discapacidad, es durante el siglo XX, al finalizar la Primera Guerra Mundial, donde “muchos hombres resultaron heridos de por vida, siendo denominados mutilados de guerra, a fin de distinguirlos de aquellos discapacitados por accidentes laborales” (14). “El mutilado era una persona a quien le faltaba algo, ya fuera un órgano, un sentido o una función”. Particularmente, un gran porcentaje de personas se incorporó a la población con discapacidad (19). Se proponen nuevas medidas de intervención, puesto que los soldados en situación de discapacidad deben contribuir con el desarrollo del país, surge la rehabilitación enmarcada en el aspecto profesional principalmente.

Pese a los progresos logrados en esta primera mitad del siglo XX, la sociedad en general y el ambiente de rehabilitación, seguían considerando a las personas con limitaciones como necesitadas de asistencia y protección (13). Es precisamente en ese siglo que tiene lugar el mayor desarrollo de la industria ortopédica, protésica y “la rehabilitación de cuerpos en general” (20) y se implementa el término rehabilitación como tal. Los objetivos de la rehabilitación se centran en la recuperación físicosomática, funcional y reincorporación al trabajo. La rehabilitación es definida como la tercera fase de la medicina y su objetivo es mejorar las secuelas de la enfermedad (21). Según Tapias y Manosalva en esta etapa, “la mirada continúa centrada en las deficiencias de las personas y en sus posibilidades de recuperación por medio de terapias y tratamientos médicos” (19).

Es importante resaltar que durante este periodo surgen profesiones como la fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje; se fortalece la psicología y la medicina física para el abordaje de las personas en situación de discapacidad, sin la existencia de un equipo multidisciplinario o transdisciplinario propiamente dicho.

Así mismo, durante la primera mitad del siglo XX las personas con discapacidad intelectual, con enfermedades mentales, parálisis cerebral y, al menos hasta la década de los años cuarenta, las personas con epilepsia, eran vistas como una amenaza para la salud e inteligencia de las futuras generaciones (14), se promovía la exclusión y el rechazo mediado por los paradigmas y creencias basados aún en la deficiencia como componente de anormalidad en las personas.

A lo largo del mundo, las personas con discapacidad que han formado el Movimiento de la Discapacidad critican al modelo médico de la discapacidad y demandan más participación al tomar las decisiones (22).

Como rechazo y protesta a las características expuestas en el modelo médico rehabilitador nace en la década de los setenta el modelo social de la discapacidad. En este modelo se considera esta situación como un problema netamente social o de integración de las personas la sociedad (15), donde ante todo se privilegia la dignidad humana, la inclusión y la aceptación plena de la diferencia, asignando a la sociedad la responsabilidad de la búsqueda del bienestar de las personas en situación de discapacidad. El modelo social se aparta del tratamiento de la discapacidad en función de criterios médicos, típico del modelo rehabilitador. Aun así, no se trata de ocultar la realidad médica que es innegable en el abordaje de la discapacidad, sino de reducir al ámbito médico lo estrictamente sanitario y no mezclarlo con la problemática social derivada de la discapacidad (12).

Toboso y Arnau (12) como defensores de este modelo, argumentan que las limitaciones individuales de las personas con discapacidad no son la causa del problema, sino las limitaciones de la sociedad para prestar los servicios apropiados y para garantizar que las necesidades de esas personas sean tenidas en cuenta dentro de la organización social.

Partiendo de la premisa de que toda vida humana es igualmente digna, desde el modelo social se sostiene que lo que puedan aportar a la sociedad las personas con discapacidad se encuentra estrechamente relacionado con la inclusión y la aceptación de la diferencia (14). El hecho social incuestionable es que vivimos en una sociedad en la que las personas con discapacidad están en desventaja: son discriminadas y hasta despreciadas (23). Transformar las barreras sociales, para propender por una mejor calidad de vida a nivel social de las personas en situación de discapacidad, es un llamado a partir de este modelo propuesto, al considerar además que las personas con discapacidad también pueden propiciar el cambio y contribuir al desarrollo de la sociedad en la que habitan, desde la perspectiva cultural, laboral, educativa, entre otras.

En esta misma lógica Palacios (14) considera que en el modelo social la vida de una persona con discapacidad tiene el mismo sentido que la vida de una persona sin discapacidad. De acuerdo a lo anterior y también expresado por esta autora “las personas con discapacidad remarcan que ellas tienen mucho que aportar a la sociedad, pero para ello deben ser aceptadas tal cual son, ya que su contribución se encuentra supeditada y asimismo muy relacionada con la inclusión y la aceptación de la diferencia”

A pesar de proporcionar nuevas formas de concebir la discapacidad el modelo social es criticado por la poca atención que le presta a la deficiencia como causante de la discapacidad (18). Es relevante resaltar que a partir de este modelo las personas en situación de discapacidad, también comienzan a reflexionar sobre el papel que deben ejercer sobre sus vidas y en la sociedad, analizando su accionar y rol dentro de su familia, comunidad y la responsabilidad con ellos mismos. A partir de estas reflexiones se genera el Movimiento de Vida Independiente que tiene como premisas:

- Todo ser humano debe poder disponer de su propia vida.
- La discapacidad es un hecho inherente al ser humano (24).

Al establecerse estas condiciones las personas en situación de discapacidad comienzan una cruzada para hacer valer sus derechos y mejorar sus vidas, cuestión que hace necesario replantear los paradigmas de discapacidad dentro del mismo colectivo de personas en situación de discapacidad.

Continuando con la búsqueda de cambios fundamentados en la disminución de la discriminación de las personas en situación de discapacidad y contribuir a su plena aceptación en la sociedad, surge la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía (CIDDM) propuesta por la OMS (1980) para unificar conceptos y establecer parámetros para el manejo adecuado de la discapacidad. Esta clasificación pretendía explicar y agrupar la manifestación de las consecuencias de la enfermedad: Alteraciones de la salud, deficiencias, discapacidades y minusvalía. Planteó nuevas alternativas de proyectar la discapacidad, sin embargo se observó un amplio abordaje de la deficiencia y se contemplaron poco los aspectos externos que hacen también parte del individuo.

Al persistir dudas con respecto al abordaje de la discapacidad desde el modelo médico y el social, nace el enfoque biopsicosocial de la discapacidad que integra componentes de los modelos cuestionados, éste propone una visión integracionista del ser humano, quien es el centro; relacionando los elementos biológicos, psicológicos y las condiciones sociales. Basado en este enfoque la OMS deriva en el 2001 la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), como una versión mejorada de la Clasificación Internacional de la Deficiencia, la Discapacidad y la Minusvalía de 1980 (25). Para Salinas y otros(26), el hombre no es solo un ser biológico, también es una estructura mental y un tejido social: una organización biopsicosocial y espiritual, llamado a un manejo diferente del estado salud-enfermedad, teniendo en cuenta la perspectiva de un modelo biopsicosocial y espiritual.

La CIF define la discapacidad como una compleja interacción entre la condición de salud y los factores del contexto donde se desenvuelve la persona. Considera a la condición de salud como el estado de la estructuras, órganos y funciones corporales, los cuales dependen de los factores ambientales, que constituyen el ambiente físico, social y actitudinal, en el que las personas viven y conducen sus vidas (16). El objetivo principal de la clasificación es proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirva como punto de referencia para describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud (1). Abarca tres dimensiones: 1. funciones y estructuras corporales; 2. actividades en el nivel individual; y 3. participación en la sociedad.

La CIF enfatiza tres aspectos:

1. Funcionamiento: como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación del ser humano.
2. Discapacidad: de igual manera, como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades, las restricciones en la participación social del individuo.
3. Salud: como elemento clave que relaciona a los dos anteriores (27).

La clasificación cubre toda alteración en términos de “estados funcionales” en los niveles corporal, individual y social, asociados con estados de salud (25). A partir de esta clasificación se transforma el manejo reduccionista de la discapacidad, trascendiendo a un direccionamiento integracionista que favorece la inclusión social, la equiparación de oportunidades y la participación de las personas en situación de discapacidad en los procesos de rehabilitación y en todas las esferas sociales. Aunque para Ferreira “el problema no son las clasificaciones, ni las definiciones, ni el lenguaje: el problema es la «realidad»” (19).

En la actualidad en el mundo se está replanteando las actitudes hacia las personas en situación de discapacidad, lo que ha generado la reducción de las barreras actitudinales, la promoción de la integración a nivel familiar, laboral, educativa y social. Además se están planteando leyes que promuevan la equiparación de derechos, la justicia y la igualdad. Así mismo, es clara la importancia de un cambio de paradigmas tanto de las personas con discapacidad como del resto de la población sin discapacidad para poder transformar su realidad.

Se resalta el manejo de la discapacidad a partir de la inclusión e integración, y la fundamentación en los derechos humanos de los ciudadanos y ciudadanas. La inclusión “Implica que las políticas, programas, servicios sociales y la comunidad, deben organizarse, planificarse, operacionalizarse o adaptarse para garantizar la prevención e intervención en situaciones de riesgo, así como la aceptación de diferencias y el desarrollo pleno, libre e independiente en un contexto de reconocimiento sobre la importancia de facilitar acceso a la solución de necesidades en la propia comunidad, en alternativas lo menos institucionalizadas y segregadas posible” (28). En términos generales, la inclusión se considera una propuesta más amplia que la integración, en tanto se considera que parte de supuestos distintos (29). Se apuesta por la inclusión y los derechos humanos de las personas con y sin discapacidad, eliminando las barreras que mantienen la exclusión como legitimidad de la existencia.

Las personas en situación de discapacidad continúan realizando significativos aportes en formulación de políticas que protegen sus derechos, en el direccionamiento de procesos de rehabilitación, logro de una adecuada accesibilidad, e independencia económica, lo cual ha contribuido a mejorar su calidad de vida, desplegar sus potencialidades y participar activamente en la sociedad.

De igual manera, Seelman (22), señala que las tendencias internacionales importantes para revisar los modelos de la discapacidad con que están trabajando las organizaciones internacionales y que están vigentes en los países son: La primera tendencia se relaciona con el conflicto entre las y los profesionales de la salud, que se identifican con el modelo médico y las personas con discapacidad, que se identifican con el modelo social; la segunda tendencia es el mayor uso de la tecnología. Cada vez más las oportunidades de acceso a la tecnología se están asociando con la práctica deseable de los derechos humanos. La tercera tendencia es la investigación en la rehabilitación; una cuarta tendencia es la lucha de las y los administradores de programas de bienestar social por hacer que los programas de beneficios sigan siendo solventes, al mismo tiempo que le sirvan a crecientes números de

personas con discapacidad, especialmente la gente mayor y la quinta tendencia, es combatir la pobreza.

## 6.2 Rehabilitación

Un entendimiento común de la rehabilitación o incluso una sola descripción conceptual es compleja, teniendo en cuenta un mundo caracterizado por la diversidad cultural profunda; resaltando que la rehabilitación se relaciona con personas que son diferentes y no representan un grupo homogéneo (30).

La rehabilitación se refiere a una estrategia multisectorial y multiprofesional, que pueden ser aplicados por las diferentes disciplinas profesionales en el sector de la salud y en todos los sectores (31).

La rehabilitación se considera como un “proceso por el cual la persona con discapacidad logra la mayor compensación posible de las desventajas de toda naturaleza que puede tener como consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad para el desempeño de los roles que le son propios por su edad, sexo y condiciones socioculturales” (32), determinando que se rehabilita a una persona y no una parte del cuerpo, un órgano o una función aislada (11). También se propone que la rehabilitación es una “estrategia de salud que, sobre la base del modelo integrador del funcionamiento humano y discapacidad de la OMS, tiene por objeto permitir que las personas con diferentes condiciones de salud que experimentan o tienen posibilidad de experimentar la discapacidad, alcancen y mantengan un funcionamiento óptimo en interacción con el medio ambiente, logra su objetivo mediante la aplicación y la integración de enfoques biomédicos y de ingeniería para optimizar la capacidad de la persona; enfoques que construyen y fortalecen los recursos de la persona que proporcione un entorno facilitador, y que desarrollan rendimiento en la interacción con el medio ambiente” (3). Al sugerirse la rehabilitación como una estrategia de salud se reconoce que el sector de la salud debe ser el marco de "referencia" en su manejo.

La rehabilitación es entendida también desde una perspectiva de salud pública como una de las cuatro estrategias de salud en general, es decir, las estrategias preventivas, curativas, de rehabilitación y de apoyo(30). Este enfoque visibiliza la discapacidad desde un manejo inter y transdisciplinar realizando la intervención diferentes profesionales donde el eje central es la persona en situación de discapacidad.

Según la ONU, la rehabilitación “Es un proceso de duración limitada con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas en caminadas a compensar la pérdida de una función o limitación funcional (que puede incluir la utilización de ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales”(33).

Para Salinas y otros (26), la rehabilitación es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad, estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado de función óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de



manera que cuenten con los medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación hace para parte del proceso de atención en salud, se inicia con estrategias de promoción y prevención para evitar la aparición de la discapacidad o el incremento de esta por falta de medidas oportunas.

El objetivo de la rehabilitación, consiste en lograr que las personas con discapacidad, adquieran un nivel de independencia, autonomía, integración y autorrealización, acorde con sus condiciones generales, dentro de un entorno integrador (26).

Existen multitud de definiciones de rehabilitación, desde las más ideológicas a las más técnicas, pero todas ellas comparten, independientemente del enfoque teórico particular del que provengan, una serie de características:

- La rehabilitación se hace “con” las personas, no “sobre” las personas. El individuo es el artífice de su propio proceso rehabilitador, actuando el profesional como facilitador, asesor, modulador o apoyo del usuario. Es la persona la que se rehabilita, no el profesional quien rehabilita.
- Actividades por objetivos. El planteamiento de las actuaciones o intervenciones que se llevan a cabo en rehabilitación siempre viene determinado por los objetivos que se pretenden alcanzar, y no se puede hablar de rehabilitación si no existen, se determinan o consensuan dichos objetivos. Debido a ello, la rehabilitación no consiste metodológicamente en la aplicación de un tratamiento o intervención estándar, sino que debe adecuarse a cada individuo, entorno familiar y contexto en el que el usuario tenga su lugar de vida.

Su objeto de actuación no es sólo el individuo concreto sino que abarca a la persona y su contexto. El trabajo rehabilitador se enfoca por tanto, además de hacia el usuario, hacia la familia, amigos, apoyos, nicho social y cualquier otro elemento relevante para cumplir su objetivos(34).

Un gran porcentaje de personas se rehabilitan con los servicios regulares de rehabilitación y un bajo porcentaje, requieren además , un buen ajuste psicológico y social. A los muy dependientes se les debe brindar la oportunidad de aminorar o compensar muchas deficiencias y de disminuir sus tensiones por medio del trabajo de un equipo integrado (26).

El trabajo en equipo es entendido como el trabajo organizado de un grupo de personas que poseen saberes y experiencias en diferentes aspectos, los cuales son aportados para el logro de un objetivo común, que prima sobre intereses individuales(35).El trabajo en equipo es relevante para lograr los objetivos en la rehabilitación, involucrando a la persona en situación de discapacidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, los equipos de trabajo en la rehabilitación pueden ser multidisciplinarios, interdisciplinarios o transdisciplinarios (26); según Luisiardo (36), en el equipo multidisciplinario, cada profesión ofrece una evaluación y tratamiento paralelos, pero los mecanismos de comunicación están contruidos de tal forma que los miembros de cada disciplina puedan entender los roles de cada unos de los otros. Algunas veces, uno o dos individuos dirigen y planifican todas las actividades del equipo y actúan como

intermediarios de comunicación, durante el proceso y progresión del período de tratamiento.

De otra parte, el abordaje de la discapacidad en el aspecto de la rehabilitación se está direccionando hacia un manejo interdisciplinario, con una participación activa de la persona en situación de discapacidad. El equipo interdisciplinario, está basado en el suministro de atención de salud e implica interacciones más estrechas. Las evaluaciones pueden hacerse separadamente, pero la planificación del tratamiento, establecimiento de objetivos y toma de decisiones, se realizan cooperativamente, usualmente durante la conferencia del caso del paciente(36). El resultado, es un plan integrado para maximizar las contribuciones de cada disciplina y el potencial para un resultado positivo para el paciente en el logro de los objetivos acordados.

En el equipo transdisciplinario, los límites profesionales se combinan, se armonizan, y los miembros del equipo enseñan y aprenden unos de otros, promocionando un incremento superpuesto y coincidente de la práctica y del conocimiento, esta metodología necesita de múltiples profesionales para evaluar a un paciente simultáneamente junto con los miembros de la familia presentes, y para que el tratamiento ocurra de una manera similar. Este proceso asegura la comunicación y la uniformidad de abordaje, entre los miembros involucrados del equipo (36).

La rehabilitación representa un ámbito donde los profesionales de diferentes orígenes y conceptos deben cooperar. Por lo tanto, una comprensión común de términos o conceptos es de vital importancia para una actuación integral; una acción integrada es un requisito previo para una rehabilitación exitosa (37), el trabajo y el éxito de la labor de los profesionales de rehabilitación dependerá de las condiciones ambientales existentes en las que vive el paciente y los programas de rehabilitación establecidos; también la rehabilitación se caracteriza por utilizar la experiencia de las personas.

Cabe señalar, que en algunas espacios, la labor profesional está también limitada tanto por las políticas institucionales como por definiciones que se tienen de discapacidad. En la misma línea de pensamiento la labor institucional estaría limitada por las formas de concebir la discapacidad y por la apertura al criterio de quien vive la discapacidad formulada en términos de necesidad (38).

La tendencia a incorporar los puntos de vista de la persona con discapacidad, en la construcción de mapas de necesidades, es al mismo tiempo una forma de humanizar la actividad de los profesionales, ya que introduce el sentir y el pensar de la persona con discapacidad, como centro de la intervención (38).

Monsalve (39) propone que existen básicamente tres tipos de rehabilitación: la funcional, que es un conjunto interrelacionado de procesos, actividades, tratamientos e intervenciones cuyo fin es mejorar el pronóstico funcional. La rehabilitación basada en comunidad, encaminada al integración de las persona en situación de discapacidad a la comunidad, la igualdad de oportunidades, implica la inclusión social y la toma de decisiones a nivel social; por ultimo la rehabilitación integral, que comprende una relación entre los procesos

terapéuticos, medios, formativo, sociales y educativos, para el mejoramiento efectivo de la calidad del individuo y su interacción con la sociedad, la familia y el entorno.

También, la rehabilitación basada en comunidad constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la equiparación de oportunidades y integración social de las personas con discapacidad: requiere la combinación de esfuerzos de las personas con discapacidad, sus familias, las comunidades y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondiente(26).

A pesar del progreso que se ha hecho desde entonces, muchas personas, con discapacidad todavía no reciben servicios básicos de rehabilitación y por tanto, no están habilitados, para participar en igualdad de oportunidades en educación, capacitación para el empleo, el trabajo, la recreación y otras actividades en su comunidad y en la sociedad en general(26).

Las acciones de intervención en la rehabilitación tienen tres componentes entrelazados y articulados: la rehabilitación funcional que se enfoca al desarrollo, la recuperación y el mantenimiento funcional a nivel físico y mental y sensorial. La rehabilitación profesional que promueve el desarrollo o recuperación de la capacidad laboral de las personas con discapacidad para el desempeño de un papel u oficio productivo y la rehabilitación social que promueve el desarrollo, la recuperación y mantenimiento de las habilidades sociales, propiciando la participación de la persona en situación de discapacidad en la comunidad (26).

Otro tipo de rehabilitación es la psicosocial, determinada como el conjunto de intervenciones y apoyos, cuyo objetivo esencial es ayudar al enfermo mental a recuperar o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para el desarrollo de una vida cotidiana en comunidad, de la manera más autónoma y digna, así como el desempeño y manejo de las diferentes funciones sociales y demandas que suponen, vivir, trabajar y relacionarse (40).

Aunque la rehabilitación se ha proporcionado durante décadas a las personas en situación de discapacidad, sin la presencia de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, se reconoce, que el punto de referencia para la descripción conceptual actual de la rehabilitación es la CIF (30).

La rehabilitación en las personas en situación de discapacidad hoy en día se aborda desde un modelo de “rehabilitación integral”, definido por Amate y Vásquez como “el orden coordinado e individualizado de los sistemas y servicios de la sociedad, y el medio para prevenir y minimizar o revertir las consecuencias de las pérdidas funcionales e incidir sobre los factores que impiden o dificultan la participación plena” (11). Según estos autores estas condiciones de integralidad poco se dan en la actualidad en América Latina, debido a la persistencia de modelos paternalistas, a la poca comunicación entre los diversos sectores encargados del manejo de la discapacidad principalmente a nivel gubernamental, al desconocimiento de los usuarios y población en general, y al escaso profesional preparado para el manejo de la discapacidad, entre otros factores.

La rehabilitación integral debe propender por la adaptación psicosocial de la persona en situación de discapacidad y el mejoramiento de su calidad de vida para que logre un desarrollo humano acorde a sus necesidades intrínsecas. Es necesario persistir en la

necesidad de este manejo e implementarlo en todas las instituciones para contribuir con la evolución de estas personas; se considera que la rehabilitación es un proceso dinámico y no estático.

La tecnología hoy en día, facilita la calidad de vida de la persona con discapacidad, a través de ayudas para la movilidad, para la comunicación, para la accesibilidad, para la acomodación en el trabajo, entre otros. La tecnología, juega un papel importante en la funcionalidad del individuo, pero también en la modificación del entorno.

Propuestas para hacer accesible la rehabilitación con recursos tecnológicos, como la telerehabilitación, de los profesionales hacia todas personas en situación, reducen la brecha entre la parte rural y urbana(38).

De otra parte, la rehabilitación no se debe limitar a los aspectos fisiátricos o de fisioterapia, o solo a la reconstrucción funcional, si no a la atención integral. Evitando el asistencialismo(atención medica ordinaria),la nominación(mitificación del diagnóstico) y la medicalización(generación de dependencia hacia la atención médica)(26).

No todas las personas con discapacidades requieren de los servicios de rehabilitación en la misma forma y con la misma intensidad. Las cualidades intrínsecas de la persona, sus experiencias en la vida, el medio favorable o adverso donde se desenvuelven, sus posibilidades o limitaciones económicas, las facilidades o dificultades educativas o vocacionales, la gravedad de su incapacidad, el promedio de éxitos y fracasos, las actitudes sociales, familiares y de su comunidad, son los factores determinantes del proceso de rehabilitación y de su orientación(26).

De otra parte, desde la perspectiva económica, la rehabilitación se considera como un programa de intervención, eficiente y efectivo, para minimizar, el costo y mejorar la productividad y el nivel económico de la persona en situación en discapacidad, de la familia y la sociedad (38).

La rehabilitación en cada país se concibe a partir de diferentes estrategias, precisamente en Colombia, el Ministerio de la Protección Social en la actualidad, tiene la función de generar procesos estandarizados en los que se definan claramente el quehacer, las responsabilidades y alcances de cada uno de los participantes, para el cumplimiento del objetivo de la rehabilitación integral y el de contar con un sistema de información eficiente que le permita retroalimentar el proceso.

El abordaje de la rehabilitación y discapacidad, se ha proyectado, teniendo en cuenta los lineamientos de política, habilitación y rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad(35);se basa en la consideración del humano como un ser bio-psico-social, que proyectado, como sistema abierto, busca ser dinámico, satisfacer sus necesidades de seguridad y supervivencia, a través de la interacción con el medio ambiente en el cual está inmerso.

Así mismo, a través de procesos terapéuticos, educativos, formativos y sociales, busca mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad y su plena integración al medio familiar, social y ocupacional.

Todo proceso de habilitación/rehabilitación debe ser integral, es decir, articulado y armonizado de desarrollo de habilidades funcionales, ocupacionales y sociales; tener duración limitada, objetivos claramente definidos; fomentar la participación de la persona con discapacidad, de los profesionales de diferentes disciplinas, de la familia y de la comunidad en general.

El Ministerio de la Protección Social desarrollo diferentes acciones simultáneas: promoción de la salud y de la participación y prevención de discapacidad, desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional y preparación para la integración socioocupacional (35). Adicionalmente con los lineamientos de política, se planteó que la intervención de la discapacidad en manos de las instituciones y profesionales, está llamada a cambiar a una atención centrada en la autonomía personal, siendo el individuo el eje de su proceso de habilitación/rehabilitación.

En Colombia, una investigación realizada por la Fundación Saldarriaga Concha(5), resaltó la desarticulación de los profesionales para la intervención de la discapacidad. Su objetivo fue proporcionar datos que permitieran priorizar y analizar las necesidades y diseñar programas en el campo de la rehabilitación del país; caracterizar las necesidades, oferta y demanda de estos servicios de rehabilitación. Para este estudio se implementaron tres estrategias de acercamiento a la realidad: encuesta simplificada aplicada a 306 instituciones que constituyeron el universo, una encuesta en profundidad aplicada a 54 instituciones y 1.517 usuarios de estas que conformaron la muestra y un estudio de fuentes secundarias.

Entre los resultados reportados por esta investigación se encuentra que la mayoría de las instituciones no cuenta con procesos implementados de trabajo en red, delegando en el usuario la responsabilidad de buscar y obtener el servicio que requiere, además reportó la existencia de barreras culturales y económicas que impiden al usuario el fácil acceso a los servicios de rehabilitación integral, adicionalmente en la mayoría de instituciones, se encontraron deficiencias significativas en el área de direccionamiento estratégico y en la gestión de calidad. Nos muestra las falencias y necesidades que todavía existen en el ámbito de la rehabilitación en nuestro país, denotando el manejo de la discapacidad desde el modelo médico, y con poca implementación de la rehabilitación integral.

### 6.3 Prestación de servicios de salud: calidad y satisfacción

El concepto de calidad ha evolucionado a través de los años, su función y el objeto de control, han variado hasta nuestros días, cuando la calidad se configura como un modelo de gestión y un estilo de dirección implantado en las empresas líderes, también como una manera de ser y de vivir (41). Desde un punto de vista técnico, tiene que ver con el cumplimiento de estándares y especificaciones técnicas, con la atención al cliente y con la idea de la mejora continua (42). En un comienzo, la calidad se encontró asociada a sectores de la fabricación y servicios. Posteriormente, se le dio aplicación en el área de la educación, la salud y en general en todos los sectores productivos (43).

El término calidad ofrece resistencia a una única definición si se tiene en cuenta que existen diversos significados, y por lo tanto éste depende de las necesidades, del contexto, de los interesados, y de las expectativas para las que se utilice (43).

Martínez (41) plantea que la calidad no es una serie de características que permanezcan fijas, es una cualidad mejorable. La calidad es inherente al ser humano, es el hombre quien hace o deja de hacer la calidad y está relacionada con la actitud. También se considera, que la calidad es una forma de vida y no un simple programa, método o modelo, implica no solo estar involucrado con ella, además con compromiso y liderazgo.

Para Donabedian, referenciado por Ariza (43) la calidad se refiere al “tipo de atención que se espera que va maximizar el bienestar del paciente una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes de proceso de atención”.

Señala Ariza (43), que el término calidad aplicado en el área de la salud encierra una manera particular que permite comparar, evaluar, y por lo tanto, establecer mejoras en las prácticas relacionadas con la prestación de servicios de salud.

Según Sierra y otros(44), en su artículo sobre revisión de conceptos de calidad, denotaron cuatro maneras de definir calidad teniendo en cuenta a Reeves y Bednar:

1. Calidad como “excelencia”: la calidad se define como lo mejor en un sentido absoluto. El servicio debe hacer el máximo esfuerzo para conseguir el mejor de los resultados. El principal problema de este acercamiento es que casi nunca existen líneas claras para juzgar qué se considera excelente.

2. Calidad como “valor”: según esta definición no existe el mejor bien de consumo o servicio en sentido absoluto, sino que depende tanto de la calidad como del precio, por todo ello se deben tener en cuenta diferentes aspectos como: excelencia, precio y accesibilidad.

3. Calidad como “ajuste a las especificaciones”: la calidad sirve para la consecución de dos objetivos básicos:

- Observar si la calidad en un período difiere de la conseguida en otro momento que se toma como base de la comparación.

- Comparar la calidad conseguida en dos momentos con la intención de determinar si la diferencia se debe o no al azar.

Se trata de una visión estandarizada de la calidad, y su medida es bastante sencilla, aunque es poco sensible a los cambios que puede sufrir un servicio.

4. Calidad como “satisfacción de las expectativas de los usuarios o consumidores”: grado en el que se atienden o no las expectativas de los usuarios, supone incluir factores subjetivos relacionados con los juicios

de las personas que reciben el servicio. Supone conocer qué es aquello que valoran los usuarios de un determinado servicio. Entre algunos de sus inconvenientes encontramos que existe una gran variabilidad entre aquello que más valoran los usuarios de un determinado servicio, y por otra parte es muy difícil evaluar las expectativas de los usuarios antes de utilizar el servicio, porque en algunos casos ellos mismos no las conocen de antemano.

Adicionalmente se han encontrado diversos factores que influyen sobre la calidad; entre los cuales se resaltan los siguientes:

-Infraestructuras de los sistemas de salud: La percepción de calidad esta afectada por la organización del sistema de salud y por quien tiene la decisión política de definir calidad.

-Diferencias sociales: El significado de calidad varia de una sociedad a otra, involucrando tres componentes: la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal y el ambiente en el que se lleva a cabo el proceso de atención.

-Actores del sistema: La calidad puede tener diferentes puntos de vista. Los pacientes pueden asumir la calidad desde sus expectativas y percepciones; los prestadores de otra forma y el sistema sanitario pueden mirarlo como el uso eficiente de recursos y el costo-efectividad de las soluciones, y la sociedad lo mira como el impacto en los niveles de salud y la eficiencia en el uso de recursos.

-Objetivos del programa de calidad: Los programas de calidad pueden tener varios enfoques y objetivos, cada uno diferente del otro.

-Enfoques en el tiempo: El enfoque y entendimiento de la calidad ha sufrido una serie de cambios en el tiempo (45).

Se ha partido de considerar la calidad de los servicios de salud como el concepto que refleja la correspondencia de las características de los servicios ofertados a la población con el sistema de normas valorativas explícitas e implícitas que existen en un momento determinado en una sociedad concreta. Se han reconocido las siguientes dimensiones de la calidad: componente científico-técnico, accesibilidad, efectividad, satisfacción y eficiencia (46).

Para Donabedian (47), la calidad de la asistencia se juzga por el cumplimiento de una serie de expectativas o estándares que tiene tres orígenes: a. la ciencia de la atención sanitaria que determina la eficacia, b. valores y expectativas individuales que determinan la aceptabilidad, y c. valores y expectativas sociales, que determinan la legitimidad.

La calidad de atención a la salud según la OMS, busca “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria optima, considerando todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgos iatrogénicos y la máxima satisfacción en el proceso” (41).

En Colombia, con el fin de fundamentar y fortalecer la atención de salud, fue creada la ley 100, el 23 de diciembre de 1993, como sistema de seguridad social en salud (SGSSS), con el objeto de dotar de una nueva organización al sector salud y para que se hiciera posible la gradual y progresiva ampliación de coberturas y el acceso a la salud para toda la población del país. Con base en el concepto de competencia regulada, se crea un sistema obligatorio para todos los habitantes del territorio colombiano, y otorga importancia primordial al ciudadano como fin de todo el sistema (48). Con las dos grandes ideas de conseguir la cobertura universal y crear un ambiente desmonopolizado para libre competencia y la libre elección; el Sistema general de seguridad social en salud, se rige por un conjunto de principios orientadores, que guían su desarrollo e implementación (49). El servicio público

esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Según Ariza (43), mediante la ley 100 de 1993, la calidad de la atención en salud, está dada por el conjunto de características, técnicas científicas, humanas, financieras, y materiales, que deben tener la seguridad social en salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios, por parte de los usuarios.

La ley 100 como se mencionó anteriormente, está concebida de forma muy completa beneficiando a los pacientes, pero es evidente que hay grandes fallas en su implementación que han conducido a una crisis de enormes proporciones. En la actualidad con una argumentación económica que somete el acto médico a la infraestructura de la industria y al poder del mercado, convirtiendo al médico en un operario medianamente calificado para cumplimiento de una jornada laboral; un oficio que al disminuir costos resulta mayores márgenes de utilidad para las entidades intermediarias (50).

La ley 100 convierte al paciente en usuario concebido como un cliente y consumidor de una industria que es la de la salud, así mismo en la ley se referencia la calidad como un factor relevante en la prestación de los servicios de salud.

Así mismo, en Colombia, el Ministerio de la Protección Social con el propósito de mejorar la calidad de servicios, garantizar el acceso y optimizar el uso de los recursos que prestan a la población colombiana, formuló la Política de Prestación de Servicios de Salud. La política de prestación de servicios de salud tiene unos objetivos muy claros que son: mejorar el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención en salud, generar eficiencia en la prestación de servicios de salud y lograr la sostenibilidad financiera de las instituciones prestadoras de salud (IPS) públicas; y se enmarca en tres ejes estratégicos: accesibilidad, calidad y eficiencia.

Teniendo en cuenta lo expuesto en párrafos anteriores, sobre calidad y calidad en la atención en salud, algunas investigaciones, permitieron, sustentar el manejo de la calidad de atención en el ámbito de la discapacidad y rehabilitación, como la investigación realizada por Pérez (51), sobre la calidad de la atención al niño con discapacidad en el municipio Camagüey en Cuba, cuyo objetivo fue conocer los factores que influyen negativamente en la calidad de la atención al niño discapacitado, se utilizó como método un estudio transversal descriptivo cualitativo en dos etapas, en la primera etapa un universo de profesionales y padres de familia vinculados a la atención de niños discapacitados, con una muestra integrada de 57 personas; en la segunda etapa una muestra de 79 personas entre técnicos, licenciados y médicos. Dentro de los resultados presentados se resalta que fueron identificados 11 problemas agrupados en tres categorías: necesidad de recursos materiales, de organización y necesidad de información. El estudio arrojó además que el 95 % de los entrevistados consideró que existían pocos recursos materiales para la rehabilitación infantil en los Servicios Integrales de Rehabilitación, el 91% consideraban pocos los recursos para la formación y el empleo protegido, y el 88.6% resaltó la falta de información científica actualizada sobre el tema de la rehabilitación infantil.



La calidad, se ha concebido en este estudio, como un referente para mostrar o medir el nivel de satisfacción de las personas en situación de discapacidad en el municipio, teniendo en cuenta el abordaje físico, psicológico y social, planteados en el modelo biopsicosocial propuesto por la Organización mundial de la salud. Se tuvo en cuenta que esta satisfacción fue como resultado de las expectativas frente los servicios de rehabilitación recibidos por los usuarios de estos servicios.

Cada día la mayoría de los usuarios de los servicios de salud, tienen mayor información acerca de sus derechos, mayor responsabilidad de su propia salud, es decir, se han ido empoderando en torno al tema de la salud y por lo tanto, exigen una mejor calidad de atención. Paralelo, a esto se considera fundamental evaluar la satisfacción de los pacientes, ya que se asocia de manera positiva y significativa con los resultados obtenidos con el servicio proporcionado en salud(52).

La satisfacción de usuarios que ha sido considerada una medida de calidad en los servicios de salud y es definida como una actitud individual hacia la atención a la salud recibida, también es pensada como una medida de resultado útil respecto a cuestiones críticas como la adherencia a las indicaciones médicas y como proveedor de continuidad.

Para Donabedian (53), “la satisfacción del paciente representa una contribución para un tratamiento posterior, alentando a los pacientes en la búsqueda de atención y para que colaboren en mejorar su éxito. De este modo, con una transmutación sutil, la satisfacción del paciente, siendo un resultado de la asistencia, se convierte también en un rasgo estructural de la propia función asistencial”.

La satisfacción es un concepto complejo multidimensional basado en elementos tangibles e intangibles; tomada como una evaluación post-consumo o post-uso, fuente de desarrollo y cambio de actitudes hacia el objeto de consumo o uso, y que es el resultado de procesos psicosociales de carácter cognitivo y afectivo, entre ellos la propia percepción de calidad. Así mismo algunos autores refieren que la satisfacción en sí es un beneficio, que mejora la salud y contribuye a aumentar la participación y la adhesión del paciente en el cumplimiento de sus tratamientos y cuidados(44).

También, la satisfacción puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario (46); Ayuso (42) planteó la satisfacción del paciente con la atención sanitaria se consigue cuando el usuario descubre que el servicio prestado se ajusta a lo que esperaba o le proporciona algo que supera sus expectativas. Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de intersubjetividades, el fin último de la prestación de los servicios de salud no se diferencia de la de otro tipo de servicio: satisfacer a los usuarios (pacientes y acompañantes)(46).

La satisfacción y su evaluación son elementos importantes a la hora de analizar la gestión de los servicios de salud. A pesar de los problemas existentes a la hora de delimitar el concepto de satisfacción y las dificultades que existen en su medida, se trata de un término habitualmente empleado. La evaluación de la satisfacción del paciente forma también parte

del proceso de prevención y como tal permite identificar las disfunciones existentes en la organización, así como contribuir al impulso de la mejora de la calidad(54)

Otra forma es medir el grado de satisfacción del cliente con los servicios rehabilitación que han recibido, es importante para cualquier programa. Es necesario tener evidencia que se pueda medir, que indique si el programa ha logrado lo que pretendía para poder continuar con el programa(38).

Así mismo Morales(55), en su artículo sobre calidad y satisfacción en los servicios, denotó que la mayoría de los autores revisados consideran que la satisfacción implica:

1. La existencia de un objetivo que el consumidor desea alcanzar.
2. La consecución de este objetivo, sólo puede ser juzgada tomando como referencia un estándar de comparación.
3. El proceso de evaluación de la satisfacción implica como mínimo la intervención de dos estímulos: un resultado y una referencia o estándar de comparación.

Habitualmente, desde un punto de vista economicista se centra en la medida de la satisfacción, como resultado o estado final, y en las diferencias existentes entre tipos de consumidores y productos, ignorando los procesos psicosociales que llevan al juicio de satisfacción. En cambio, desde un enfoque más psicológico se centra más en el proceso de evaluación. No obstante, los dos aspectos son importantes(55).

Finalmente, Fornell citado por Loureiro(54), clarifica la diferencia entre calidad y satisfacción indicando que debe entenderse la calidad como la percepción actual del cliente sobre el rendimiento de un bien o servicio, mientras que la satisfacción se basa no solamente en la experiencia actual, sino también en experiencias pasadas y en experiencias futuras, anticipadas por el juicio del cliente en virtud de sus experiencias acumuladas junto a la proyección de sus propias expectativas.

En diferentes países se han realizado múltiples investigaciones en el campo de la satisfacción de los usuarios, en los servicios de salud, creando diferentes instrumentos para conocer la satisfacción de los usuarios en instituciones públicas y privadas para identificar las áreas de servicios en la que los clientes coinciden que se debe mejorar la calidad, participando los usuarios, las familias y la comunidad, buscando que sean participe de la gestión en mejorar la calidad de los servicios que prestan las unidades de salud; como lo corrobora la investigación de Escobar (8), su objetivo fue diseñar y validar un instrumento para evaluar la satisfacción de los usuarios de los servicios de rehabilitación en forma global; la metodología que se aplicó inicialmente fue la revisión de la literatura para identificar los dominios del constructo de satisfacción, construcción de ítems, prueba piloto y refinamiento de cuestionario, se aplicó el cuestionario a 85 usuarios del servicio de rehabilitación, utilizaron el método de rotación varimax y la prueba de scree PLOT para seleccionar los componentes y para estimar la confiabilidad y reproducibilidad del instrumento se calculó el coeficiente alfa de cronbach y la prueba de mitades partidas. Las categorías identificadas fueron: comunicación del proveedor con el paciente, tiempo de espera, tratamiento, competencia profesional, humanidad, acceso, higiene e interés del

equipo de salud hacia el usuario. Como resultado se obtuvo un instrumento para evaluar la satisfacción del paciente que utiliza los servicios de rehabilitación, mostrando validez y confiabilidad adecuada para la aplicación en la evaluación de la satisfacción.

La realización de encuestas de satisfacción de usuarios es una forma importante de asegurar la calidad y determinar donde se deben realizar las intervenciones de mejoría continua. La evaluación de la calidad ha sido una parte importante de la producción de servicios de salud, pero la atención prestada en este tema ha aumentado dramáticamente en los últimos años.

Teniendo en cuenta lo anterior se han encontrado algunas investigaciones acerca de la calidad de atención y satisfacción de los usuarios, como la realizada por Gutiérrez y otros (56), que determinó la satisfacción de la población con los servicios de Ultrasonido y de Rehabilitación Integral del Policlínico Héroe del Corynthia en la ciudad de la Habana, en el segundo semestre del año 2006, la metodología utilizada fue un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 1305 pacientes que asistieron al servicio de rehabilitación y 455 al de ultrasonido. Los casos fueron seleccionados al azar mediante muestreo simple aleatorio (MSA) con una prevalencia esperada de 0.25% y un 95% como nivel de significación a partir del registro primario existente en el servicio y con la utilización del sistema MSA se determinó el listado de los pacientes a encuestar.

El estudio concluyó que los servicios de rehabilitación y de ultrasonido cumplen de manera general las expectativas de la población, expresándose por el elevado nivel de satisfacción encontrado con relación a los mismos y por el número de pacientes que refieren preferir asistir nuevamente a estos servicios en caso necesario, los criterios negativos fueron expresados por menos de la tercera parte del total de usuarios y prestadores, y estuvieron en relación fundamentalmente en el servicio de rehabilitación con las condiciones de los locales y en el de ultrasonido con la organización y el funcionamiento del servicio así como con el déficit de recursos e insuficiente atención al hombre.

Bustamante (57) en su investigación sobre la percepción de la satisfacción de los usuarios en el Hospital Regional de Valdivia (Chile) analizó como los usuarios perciben el nivel de calidad de servicios de atención prestados por el Hospital, la metodología utilizada correspondió a un estudio no probabilístico, en donde se diseñó una encuesta que fue aplicada a una muestra de pacientes determinada por cuotas. Los resultados de la investigación señalan que los usuarios se encuentran satisfechos con el nivel de calidad de los servicios que entrega el Hospital Regional de Valdivia, destacándose el alto nivel de percepción arrojado por el desempeño de los médicos de este centro hospitalario.

De otra parte, en otra investigación realizada por Barceló y otro (58) en su estudio, caracterizó la población atendida en los Servicios de Fisioterapia y Rehabilitación en los Policlínicos seleccionados, en el periodo de estudio, en diferentes regiones de Cuba, identificando el nivel de satisfacción de la población con los servicios de fisioterapia y rehabilitación en los Policlínicos seleccionados y determinó las principales causas de insatisfacción con los servicios de fisioterapia y Rehabilitación, de la población atendida en los policlínicos seleccionados. Referente a la metodología fue un estudio descriptivo de corte transversal, el mismo se desarrolló durante el primer semestre del año 2007. El

universo estuvo conformado por los 109.223 pacientes mayores de 15 años que fueron atendidos en las Salas de Rehabilitación de tres Policlínicos Pilotos seleccionados, “Joaquín Albarrán” de Ciudad de la Habana, “XX Aniversario” de Villa Clara y “28 de Septiembre” de Santiago de Cuba y la muestra quedó constituida por 360 casos, para su cálculo se tuvo en cuenta los casos atendidos durante un año en cada uno de estos Policlínicos. En cuanto a los resultados se encontró que fueron recogidos un total de 119 opiniones negativas o sugerencias a situaciones que causan insatisfacción e interfieren en la calidad del servicio, de ellas el 41.1% relacionadas con el funcionamiento y organización del servicio, de las 42 correspondientes al Policlínico “Joaquín Albarrán 23 (57.7%) obedecen a esta causa, relacionadas con las condiciones de los locales fueron el 30.2% del total, sin diferencias notables entre lo encontrado en los Policlínicos “XX Aniversario” (38.8%) y “28 de Septiembre” (39.0%), disminuyendo al 14.2% en el “Joaquín Albarrán”. Este estudio mostró la relación entre la satisfacción del usuario y rehabilitación, teniendo en cuenta el tiempo de espera, los horarios y los servicios prestados, mide la calidad, sin enfatizar en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de los usuarios.

Estas investigaciones, consideraron importante la medición de la satisfacción de los usuarios, como contribución en la introducción de mejoras en la atención en salud y como componente de la medición de la calidad. Los investigadores tuvieron en cuenta elementos de valoración de la satisfacción, como la infraestructura, funcionamiento del servicio, la percepción del cliente, los tiempos de espera, entre otros, componentes de medición de la calidad, no tomados en cuenta, en la presente investigación, que enfatizó su estudio, en las expectativas del usuario de los servicios de rehabilitación, teniendo en cuenta los aspectos físicos, psicológicos y sociales, implementados en el modelo biopsicosocial, propuesto en esta investigación.

## 7. OPERACIONALIZACION Y DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

### 7.1 Variables sociodemográficas (profesionales)

Variable	Valor	Indicador	Índice
Edad	Edad del profesional	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento a la fecha de la evaluación.	Años
Género	Masculino	Condición de ser hombre o mujer, determinado por características biológicas: anatómicas, y fisiológicas.	1
	Femenino		2
Nivel educativo	Nivel Tecnológico	Máximo nivel de escolaridad alcanzado según el sistema de educación colombiano.	1
	Profesional Universitario		2
	Especialización		3
	Maestría		4
	Doctorado		5
	Otro		6
Profesión	Fisioterapeuta	Es una acción o función que se desempeña para ganar el sustento, llámese sustento económico o sustento vital	1
	Psicólogo		2
	Medico general		3
	Fonoaudiólogo		4
	Trabajador social		5
	Terapeuta Respiratorio		6
	Terapeuta Ocupacional		7
	Medico Especialista		8
	Otro		9

7.2. Variables relacionadas con los conceptos rehabilitación (profesionales).

VARIABLE	DEFINICIÓN	VALOR
Concepto de rehabilitación	Forma como cada persona define la rehabilitación	Tradicional Biomédico Social Biopsicosocial Otro
Tipo de Rehabilitación implementado por los profesionales	Forma de apoyo en la persona en situación de discapacidad en el proceso de rehabilitación	Funcional Psicosocial Profesional Comunitario Integral Ninguna
Tipo de trabajo en torno a la persona en situación de discapacidad	Forma como aborda el profesional a la persona en situación de discapacidad.	Individual Equipo de Rehabilitación
Tipo de trabajo en equipo en torno a la persona en situación de discapacidad	Forma como aborda el profesional dentro de un equipo de trabajo a la persona en situación de discapacidad.	Multidisciplinario Interdisciplinario Transdisciplinario
Procesos de Rehabilitación	Opciones que se involucran en los procesos de rehabilitación de las personas en situación de discapacidad	La condición biológica de la persona Sus aspectos psicológicos La familia La Comunidad Las necesidades de inclusión social Las necesidades educativas de la persona Las necesidades de inclusión laboral

<p>Estrategias para involucrar a la familia en el proceso de rehabilitación</p>	<p>Las diferentes estrategias utilizadas por el profesional para involucrar a la familia de la persona en situación de discapacidad en su proceso de rehabilitación</p>	<p>Invita al acompañante para que participe en las sesiones</p> <p>Enseña al acompañante los cuidados que deben seguir en la casa</p> <p>Educa a la familia acerca de la patología</p> <p>Todas las anteriores</p> <p>Otra participación</p> <p>La familia no ha sido involucrada en el proceso de rehabilitación</p>
<p>Estrategias para involucrar a la comunidad en el proceso de rehabilitación</p>	<p>Las diferentes estrategias utilizadas por el profesional para involucrar a la comunidad de la persona en situación de discapacidad en su proceso de rehabilitación</p>	<p>Realizan visitas o brigadas de salud en la comunidad</p> <p>Realizan charlas educativas de salud y discapacidad a la comunidad</p> <p>Mantienen en contacto con los líderes comunitarios o promotores de salud</p> <p>Otra participación</p> <p>La comunidad no ha sido involucrada en el proceso de rehabilitación.</p>

### 7.3. Variables sociodemográficas (directivos o coordinadores)

Variable	Valor	Indicador	Índice
Profesión	Fisioterapeuta	Es una acción o función que se desempeña para ganar el sustento, llámese sustento económico o sustento vital	1
	Psicólogo		2
	Medico general		3
	Fonoaudiólogo		4
	Trabajador social		5
	Terapeuta Respiratorio		6
	Terapeuta Ocupacional		7
	Medico Especialista		8
	Otro		9

### 7.4. Variables relacionadas con los conceptos de rehabilitación (directivos o coordinadores)

VARIABLE	DEFINICIÓN	VALOR
Concepto de rehabilitación	Forma como cada directivo o coordinador de rehabilitación de la institución define el concepto de rehabilitación para la institución	Tradicional Biomédico Social Biopsicosocial Otro
Existencia de programas de rehabilitación en la institución	La existencia de programas de rehabilitación establecidos para las personas en situación con discapacidad en la institución	SI NO



Profesionales de rehabilitación de la institución que atienden a los usuarios en situación de discapacidad	Profesionales del área de salud que intervienen en el proceso de rehabilitación de los usuarios en situación de discapacidad	Fisioterapeuta Psicólogo Médico general Fonoaudiólogo Trabajador Social Terapeuta Respiratorio Terapeuta Ocupacional Médico especialista. Otro
Tipos de rehabilitación implementado en la institución	Los tipos de rehabilitación que se practican en la institución.	Funcional Psicosocial profesional Comunitaria Integral Ninguna
Tipo de trabajo entorno a la persona en situación de discapacidad	Forma como aborda la institución a la persona en situación de discapacidad.	Individual Equipo de Rehabilitación
Tipo de trabajo en equipo torno a la persona en situación de discapacidad	Forma como aborda el profesional dentro de un equipo de trabajo a la persona en situación de discapacidad	Multidisciplinario Interdisciplinario Transdisciplinario Otro

<p>Procesos de Rehabilitación</p>	<p>Opciones que la institución involucra en los procesos de rehabilitación de las personas en situación de discapacidad</p>	<p>La condición biológica de la persona</p> <p>Sus aspectos psicológicos</p> <p>La familia</p> <p>La Comunidad</p> <p>Las Necesidades de Inclusión social</p> <p>Las Necesidades educativas de la persona</p> <p>Las necesidades de inclusión laboral</p>
<p>Estrategias de la institución para involucrar a la familia en el proceso de rehabilitación</p>	<p>Las diferentes estrategias utilizadas por la institución para involucrar a la familia de la persona en situación de discapacidad en su proceso de rehabilitación.</p>	<p>Invita al acompañante para que participe en las sesiones</p> <p>Enseña al acompañante los cuidados que deben seguir en la casa</p> <p>Educa a la familia acerca de la patología</p> <p>Todas las anteriores</p> <p>Otra participación</p> <p>La familia no ha sido involucrada en el proceso de rehabilitación.</p>
<p>Estrategias de la institución para involucrar a la comunidad en el proceso de rehabilitación</p>	<p>Las diferentes estrategias utilizadas por la institución para involucrar a la comunidad de la persona en situación de discapacidad en su proceso de rehabilitación</p>	<p>Realizan visitas o brigadas de salud en la comunidad</p> <p>Realizan charlas educativas de salud y discapacidad a la comunidad</p> <p>Mantienen en contacto con los líderes comunitarios o promotores de salud</p> <p>Otra participación</p> <p>La comunidad no ha sido involucrada en el proceso de rehabilitación.</p>

### 7.5. Variables sociodemográficas (usuarios)

Variable	Valor	Indicador	Índice
Edad	Mayor a 15	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento a la fecha de la evaluación.	Años
Género	Masculino	Condición de ser hombre o mujer, determinado por características biológicas: anatómicas, y fisiológicas	1
	Femenino		2
Estrato Socioeconómico	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4	Son una forma de estratificación social basada en las remuneraciones o los impuestos que pagan las personas	Registro del estrato
Estado civil actual	Soltero	Condición particular, que caracteriza a una persona, en lo que hace, o sus vínculos personales con individuos del otro sexo.	1
	Casado		2
	Separado		3
	Viudo		4
	Unión Libre		5
	Religioso		6
	Otro		7
Nivel educativo	Ninguno	Máximo nivel de escolaridad alcanzado según el sistema de educación colombiano.	1
	Primaria incompleta		2
	Primaria completa		3
	Secundaria incompleta		4
	Secundaria completa		5
	Nivel Técnico		6
	Nivel Tecnológico		7
	Especialización		8
	Maestría		9
	Doctorado		10

Situación ocupacional actual	Empleado	Ocupación actual: trabajo, empleo u oficio.	1
	Trabajador Independiente		2
	Estudiante		3
	Jubilado		4
	Pensionado por invalidez		5
	Desempleado (por motivos la salud)		6
	Desempleado (por otras causas)		7
	Ama de casa		8
	Otro		9
Tipo de afiliación al sistema de seguridad social en salud	No afiliado	El Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es la forma como el Estado Colombiano brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos o extranjeros. (Ministerio de la Protección Social)	0
	Subsidiado		1
	Contributivo		2
	Régimen Especial		3
	No precisa		8
	Otro		9
Diagnóstico médico	Diagnóstico médico según CIE10	El diagnóstico o propedéutica es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, o cualquier condición de salud-enfermedad.  El CIE10 es la clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud	Registro del dato

#### 7.6. Variables relacionadas con la rehabilitación (para usuarios)

Variable	Valor	Indicador	Índice
Servicios de rehabilitación recibidos por los	Ninguno Medicina General	Tipo de servicios sociales y de salud para la rehabilitación de la condición discapacitante derivada del diagnóstico médico que ha recibido el	Se registran todos los

usuarios	Medicina Especializada Fisioterapia Terapia respiratoria Terapia ocupacional Optometría Psicología Trabajo Social Fonoaudiología Aditamentos Cirugías Orientación vocacional, laboral y educativa Otra	usuario	servicios
Suficiencia de servicios de rehabilitación	Insuficiente Aceptables Suficientes	Percepción del usuario sobre el nivel de suficiencia de los servicios de rehabilitación que ha recibido.	1 2 3
Satisfacción con los servicios de rehabilitación	Insatisfecho Aceptable Satisfecho	Nivel de satisfacción con los servicios de rehabilitación recibidos para el tratamiento de su discapacidad por parte del SGSSS.	1 2 3
Satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje físico (corporal)	SI NO	Percepción del usuario acerca de si el proceso de rehabilitación satisface sus necesidades físicas derivadas de la situación de discapacidad.	1 2
Satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje Psicológico	SI NO	Percepción del usuario acerca de si el proceso de rehabilitación satisface sus necesidades psicológicas derivadas de la situación de discapacidad.	1 2
Satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje social	SI NO	Percepción del usuario acerca de si el proceso de rehabilitación satisface sus necesidades sociales Satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje Social derivadas de la situación de discapacidad.	1 2

<p>Estrategias de la institución o profesionales para involucrar a la familia del usuario en el proceso de rehabilitación</p>	<p>Las diferentes estrategias utilizadas por la institución o profesionales para involucrar a la familia de la persona en situación de discapacidad en su proceso de rehabilitación.</p>	<p>Invita al acompañante para que participe en las sesiones</p> <p>Enseña al acompañante los cuidados que deben seguir en la casa</p> <p>Educa a la familia acerca de la patología</p> <p>Todas las anteriores</p> <p>Otra participación</p> <p>La familia no ha sido involucrada en el proceso de rehabilitación.</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p>
<p>Estrategias de la institución y profesionales para involucrar a la comunidad en el proceso de rehabilitación</p>	<p>Las diferentes estrategias utilizadas por la institución para involucrar a la comunidad de la persona en situación de discapacidad en su proceso de rehabilitación</p>	<p>Los profesionales hacen visitas o brigadas de salud en la comunidad</p> <p>Los profesionales realizan charlas educativas de salud y discapacidad a la comunidad</p> <p>Mantienen en contacto con los líderes comunitarios o promotores de salud</p> <p>Otra participación</p> <p>La comunidad no ha sido involucrada en el proceso de rehabilitación</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>

## 8. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

### 8.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo correlacional enfocado a identificar los conocimientos de los prestadores de servicios de rehabilitación y el nivel de satisfacción con estos servicios de las personas en situación de discapacidad en el municipio de Florencia (Caquetá).

A nivel descriptivo se tuvieron en cuenta las variables sociodemográficas de los profesionales, directivos y usuarios y las variables relacionadas con los conceptos de discapacidad y rehabilitación para los profesionales y directivos.

De otra parte se correlacionaron las variables sociodemográficas de los usuarios tales como el estrato socioeconómico, sexo y el rango de edad con las variables de suficiencia y satisfacción de los servicios de rehabilitación; y con la variable sobre la satisfacción en el abordaje físico, psicológico y social.

### 8.2. Población

- Directivos de instituciones que prestan servicios de rehabilitación en el municipio de Florencia (Caquetá)
- Profesionales de la salud que prestaron servicios de rehabilitación en dichas instituciones en el municipio de Florencia (Caquetá)
- Personas en situación de discapacidad (usuarios) que asistieron en los últimos seis meses a programas de rehabilitación

### 8.3. Muestra

La muestra estuvo constituida por 30 directivos de las instituciones de salud que realizan procesos de rehabilitación en el municipio de Florencia, teniendo en cuenta el representante máximo de rehabilitación de cada institución y 30 profesionales que realizaban procesos de rehabilitación cada una de en dichas instituciones.

Respecto a los usuarios estuvo conformada por 400 personas en situación de discapacidad que asistieron a procesos de rehabilitación en dichas instituciones.

#### 8.3.1 Cálculo del tamaño de la muestra para los usuarios

Para el cálculo de la muestra de los usuarios se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 P Q}{d^2}$$

n= Tamaño de muestra

Z= Nivel de confianza(1,96)

P= Proporción esperada (0,50)

Q=Proporción no esperada(0,50)

D=Precisión (0,05)

Muestra calculada: 384 usuarios

Tamaño final de la muestra: 400 usuarios , con un 4% de pérdida.

### 8.3.2 Diseño Muestral

La selección de la muestra participante en el estudio se estableció de dos maneras:

-Para instituciones y profesionales fue a conveniencia teniendo en cuenta que se reunieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio.

-Para usuarios se determinó aleatoriamente, posterior a la recolección de las bases de datos con el registro de personas en situación de discapacidad de los últimos 6 meses en las diferentes instituciones, a través de una tabla de números aleatorios. Cada que un paciente no aceptó participar en el estudio o no pudo ser localizado, se procedió a reemplazarlo por otro.

### 8.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

INSTITUCIONES:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Instituciones habilitadas por el Instituto Departamental de Salud del Caquetá.
- Instituciones públicas o privadas.
- Instituciones de primer, segundo y tercer nivel de atención.
- Instituciones del área urbana del municipio de Florencia

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Instituciones no habilitadas por el Instituto Departamental de Salud del Caquetá.

PROFESIONALES:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Profesional de la salud en ejercicio activo de su profesión y registrado en el Instituto Departamental de Salud del Caquetá.



- Personas que ejerzan las siguientes profesiones: Fisioterapia, medicina general, medicina especializada, psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología, terapia respiratoria, optometría, trabajador social.
- Profesionales que laboren en entidades públicas y privadas de las instituciones que participen en el estudio.

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Profesionales de Enfermería superior u odontología o auxiliar de enfermería.
- Profesionales en ejercicio laboral en la institución respectiva, con periodo inferior a 6 meses.

#### USUARIOS (Personas en situación de discapacidad)

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Personas en situación de discapacidad temporal o permanente.
- Personas mayores de 18 años
- Que asistieron o participaron en programas de rehabilitación en los últimos 6 meses.
- Personas con un nivel medio de escolaridad (capacidad de leer y escribir)

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas en situación de discapacidad con limitación en actividades de aprendizaje y aplicación de conocimiento.

#### 8.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Se le solicitó a los usuarios leer y firmar el consentimiento informado para participar en la investigación (anexo 1). Para conocer el concepto de los directivos acerca de los procesos de rehabilitación ofrecidos a personas en situación de discapacidad en las instituciones de salud y rehabilitación de Florencia (Caquetá) se encuestó a los profesionales encargados de coordinar los servicios de rehabilitación en cada una de las instituciones participantes del estudio, utilizando un cuestionario con preguntas semiestructuradas (anexo 2). Así mismo se aplicó un cuestionario con preguntas estructuradas y semiestructuradas a los profesionales para establecer sus conocimientos en el ámbito de la rehabilitación (anexo 3) y a los usuarios para conocer su nivel de satisfacción de necesidades a través de dichos procesos (anexo 4).

Para medir los conocimientos de los profesionales y directivos, se tuvo en cuenta el concepto de discapacidad, los diferentes tipos de rehabilitación, el equipo de trabajo en rehabilitación y otros aspectos involucrados en el proceso de rehabilitación. En el nivel de los usuarios se indago por la suficiencia y la satisfacción con los servicios, los aspectos sociodemograficos, y la perspectiva de satisfacción en el abordaje físico, psicológico y social.

La recolección de la información se realizó por las dos investigadoras, teniendo en cuenta los instrumentos dirigidos para las instituciones, profesionales y usuarios, incluyendo las variables propias del estudio.

8.4.1. Prueba piloto: La prueba piloto se realizó con 3 (tres) directivos de instituciones prestadoras de servicios de rehabilitación, 6 (seis) profesionales y 25 (veinticinco) usuarios localizados en las instituciones. El objetivo de la prueba piloto fue verificar la claridad de las preguntas y entrenar a los encuestadores en la aplicación de los instrumentos de recolección de la información.

8.5. Procesamiento y análisis de la información:

El procesamiento y análisis de la información se llevó a cabo en el software SPSS 11.5. para Windows.

Se realizó descripción general de variables y posteriormente se efectuó el análisis bivariado buscando establecer correlaciones entre las variables de suficiencia y satisfacción de los servicios de rehabilitación con los aspectos sociodemográficos de los usuarios, utilizando la prueba de Chi Cuadrado.

## 9. RESULTADOS

### 9.1. Análisis descriptivo

Los resultados se presentan en función de los objetivos del estudio y teniendo en cuenta los tres diferentes grupos de personas involucradas en los procesos de rehabilitación en el municipio de Florencia: profesionales, directivos y usuarios.

#### 9.1.1. Profesionales

Caracterización sociodemográfica:

Participaron 30 profesionales quienes laboraban en las instituciones que ofrecen servicios de rehabilitación en la ciudad de Florencia (Caquetá) cuya edad promedio era de 33 años (DE 6,6 años) (tabla 1).

Tabla 1. Rango de edad de los profesionales

VARIABLE		FRECUENCIA	%
EDAD (ANOS)	Menor de 25 años	2	6.70
	26-35 años	18	60
	36-45 años	8	26.70
	46 años en adelante	2	6.70
	Total	30	100.0

Mínimo 24 años máximo 84 años Media: 33,27 años Desv. Estándar: 6,6 años

Se encontró una alta participación del sexo femenino con el 77% y el 23% correspondió al sexo masculino. En cuanto a nivel educativo, el 87% de los profesionales son universitarios y solamente un 13% tiene nivel de especialización. La profesión con mayor presentación fue medicina general con el 27%, le sigue fisioterapia con 20%, terapia respiratoria con el 13%, psicología y otras profesiones con el 10% respectivamente. Con menor porcentaje fonoaudiología, terapia ocupacional y trabajo social cada una representando el 6,7% de los profesionales (tabla 2).

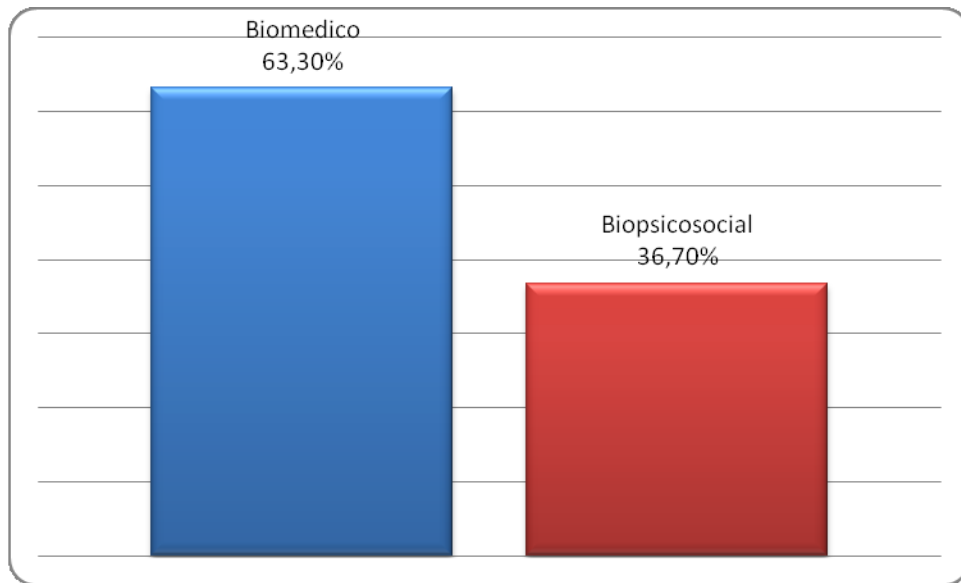
Tabla 2. Tipo de profesión de los profesionales

Tipo de profesión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Fisioterapeuta	6	20
Psicólogo	3	10
Médico general	8	26,7
Fonoaudiólogo	2	6,7
Trabajador Social	2	6,7
Terapeuta Respiratorio	4	13,3
Terapeuta Ocupacional	2	6,7

## Variables asociadas a la rehabilitación

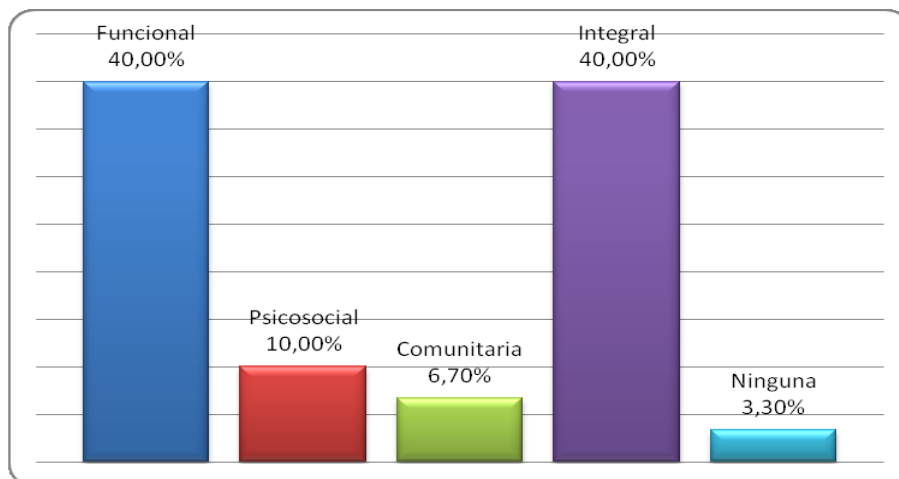
El concepto que los profesionales tienen sobre rehabilitación se enmarcó en un mayor porcentaje en el modelo biomédico (63,3%), seguido del modelo biopsicosocial (36,7%) (gráfica 2).

Gráfica 2. Concepto de rehabilitación de los profesionales



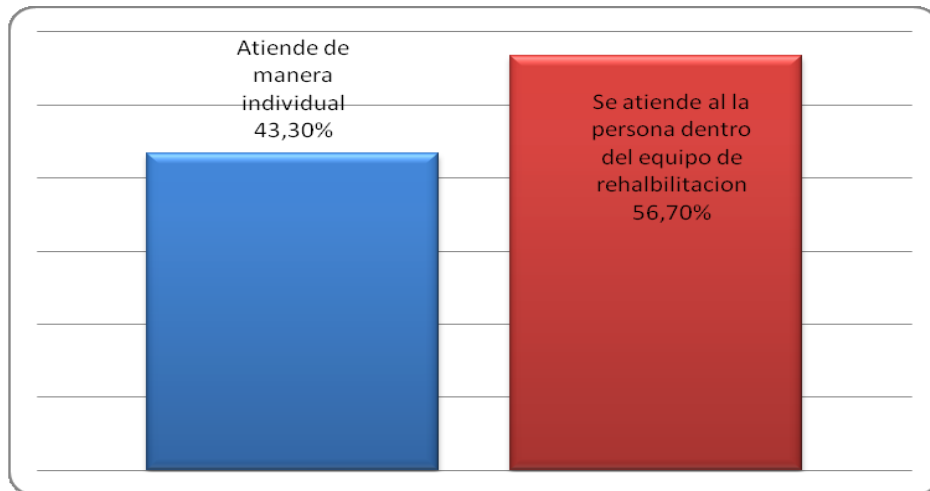
En cuanto al tipo de rehabilitación practicada por el profesional dentro la institución, manifestaron efectuar de tipo funcional e integral con un 40% respectivamente, seguido de tipo psicosocial 10% y en menor porcentaje comunitario 6,7% y ninguno 3,3% (gráfica 3).

Gráfica 3. Tipo de procesos de rehabilitación para personas en situación de discapacidad

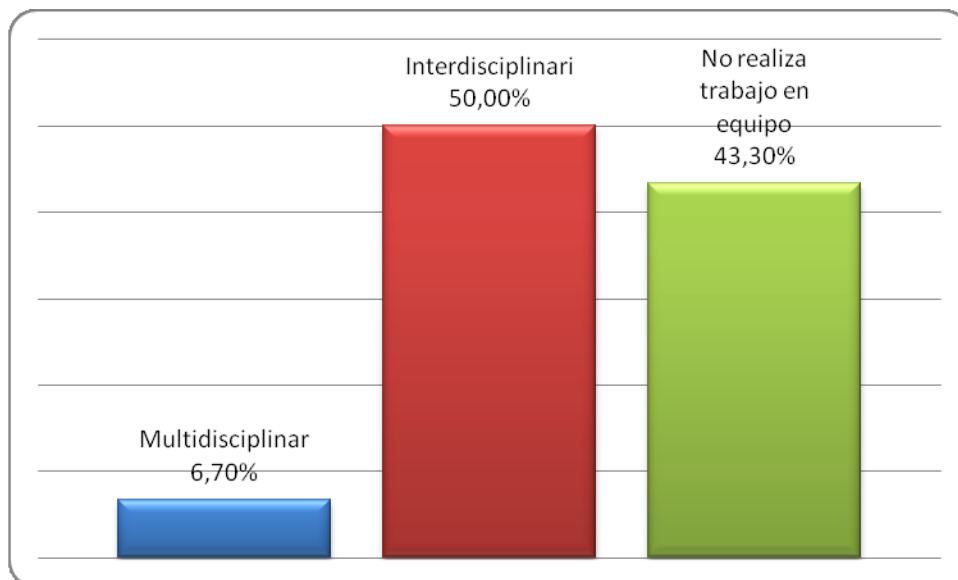


Los profesionales al intervenir a las personas en situación de discapacidad el 43,3% atienden de manera individual y 56,7% lo interviene en equipo de rehabilitación (grafica 4). El 50% se enmarca en el modelo interdisciplinario y el 6,7 % en el modelo multidisciplinario (grafica 5).

Grafica 4. Tipo de trabajo de los profesionales entorno a la persona en situación de discapacidad



Grafica 5. Modelo en que se enmarca el equipo de trabajo entorno a la persona en situación de discapacidad



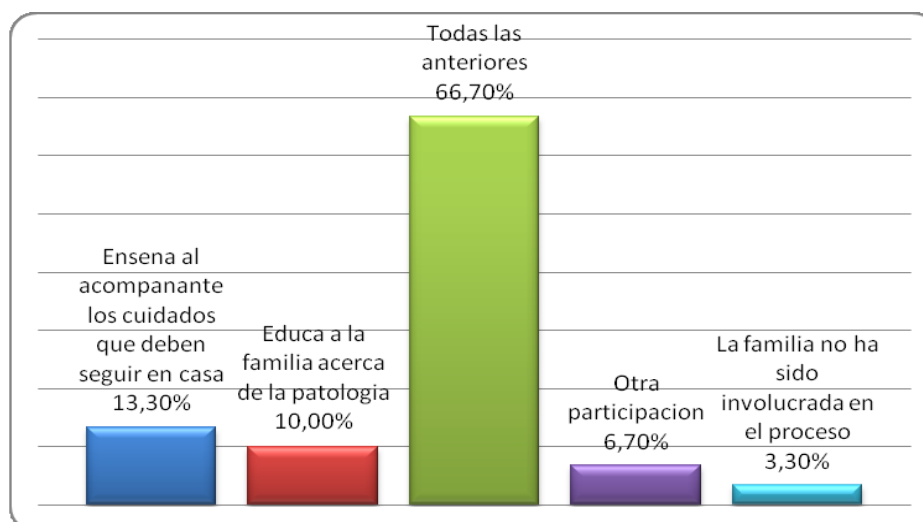
Para los profesionales fue relevante en los procesos de rehabilitación de las personas en situación de discapacidad la condición biológica de la persona y la familia con el 76,7% respectivamente, le siguen sus aspectos psicológicos con el 73,3%, las necesidades de inclusión social con el 56,7% y las necesidades de inclusión laboral con el 50%, las necesidades educativas de la personas con el 30%, y por último el aspecto relacionado con la estética el 3,3% (tabla 3).

Tabla 3. Aspectos involucrados en los procesos de rehabilitación por profesionales

Aspectos involucrados en los procesos de rehabilitación	N	Porcentaje (%)
La condición biológica de la persona	23	76,7
Sus aspectos psicológicos	22	73,3
La familia	23	76,7
La comunidad	7	23,3
Las necesidades de inclusión social	17	56,7
Las necesidades educativas de la persona	9	30
Las necesidades de inclusión laboral	15	50
Estética	1	3,3

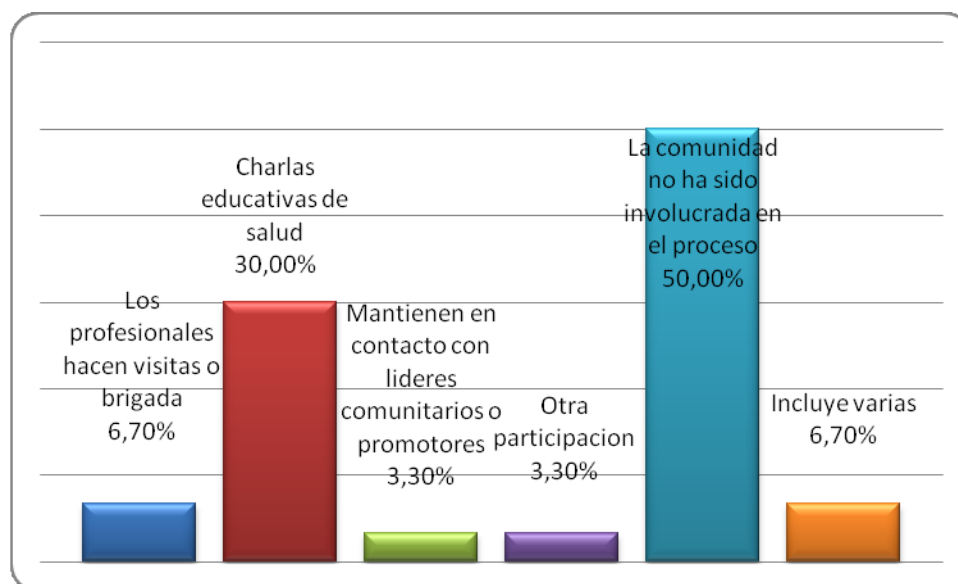
El 66,7 % de los profesionales involucraron a la familia en el proceso de rehabilitación utilizando diversas estrategias, el 13,3% refirió enseñar al acompañante de los cuidados que deben seguir en la casa, el 10% manifestaron educar a la familia acerca de la patología; con un menor porcentaje otra participación (6,7%) y por último, el 3,3% manifiestan que la familia no fue involucrada en este proceso (grafica 6).

Grafica 6. Estrategias de los profesionales para involucrar a la familia en el proceso de rehabilitación



El 50% de los profesionales refirió no haber involucrado en el proceso de rehabilitación la comunidad de donde proceden las personas en situación de discapacidad, el 30% reportó que realizó charlas educativas de salud y discapacidad a la comunidad, con un menor porcentaje de 20% visitas o brigadas de salud, contacto con líderes comunitarios, otra participación e incluye varios (gráfica 7).

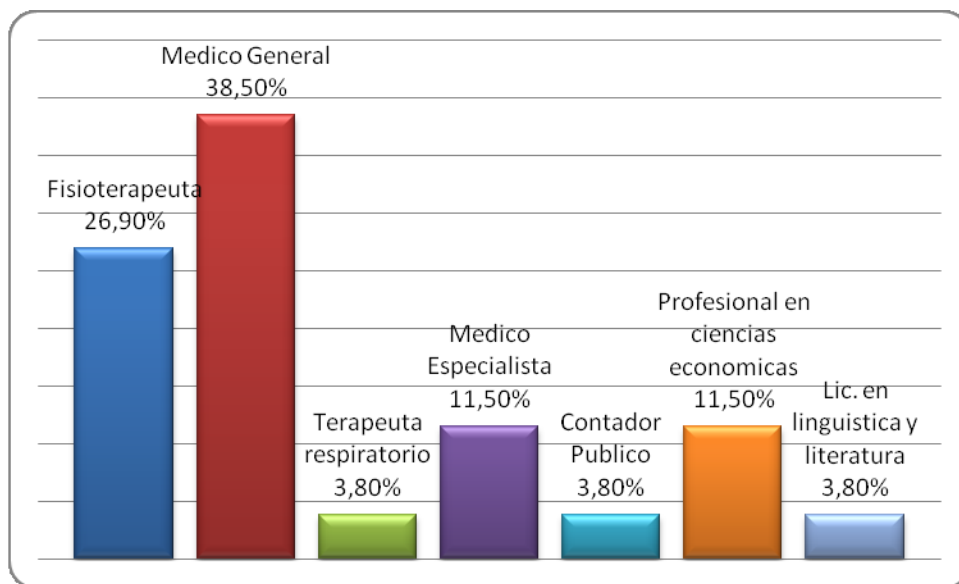
Grafica 7. Estrategias de los profesionales para involucrar a la comunidad en el proceso de rehabilitación



### 9.1.2. Directivos

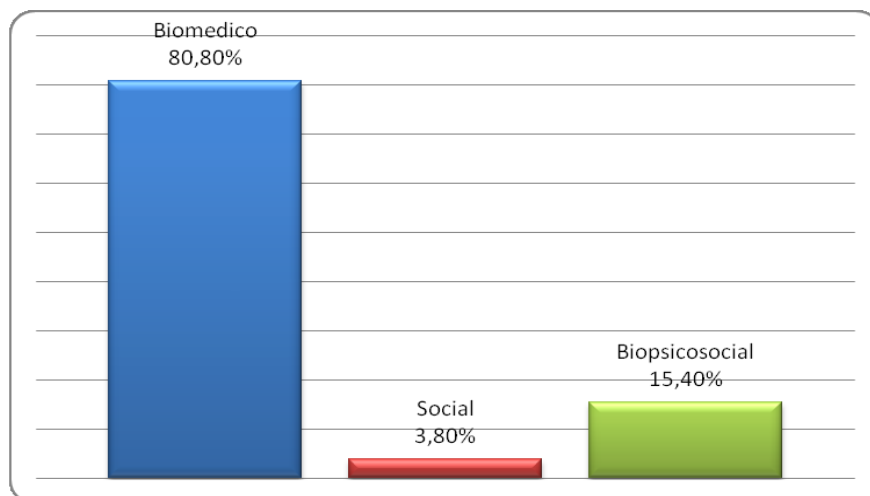
Inicialmente participaron 30 directivos de instituciones de salud de la ciudad de Florencia (Caquetá), finalmente se realizó el análisis solamente con 26 directivos quienes manifestaron que en su institución ofrecían servicios de rehabilitación, los cuatro restantes directivos no reportaron prestar estos servicios en su institución. El 39 % eran médicos generales, el 27% fisioterapeutas, el 12% igual porcentaje para médicos especialistas y profesionales en ciencias económicas y en menor porcentaje otras profesiones con el 10% ( terapeuta respiratorio y otros profesionales (gráfica 8).

Grafica 8. Tipo de profesión directivos



El 81% de los directivos ofrece en la institución un proceso de rehabilitación enmarcado en el modelo biomédico, seguido del 15% en el biopsicosocial y el 4% en el modelo social (gráfica 9).

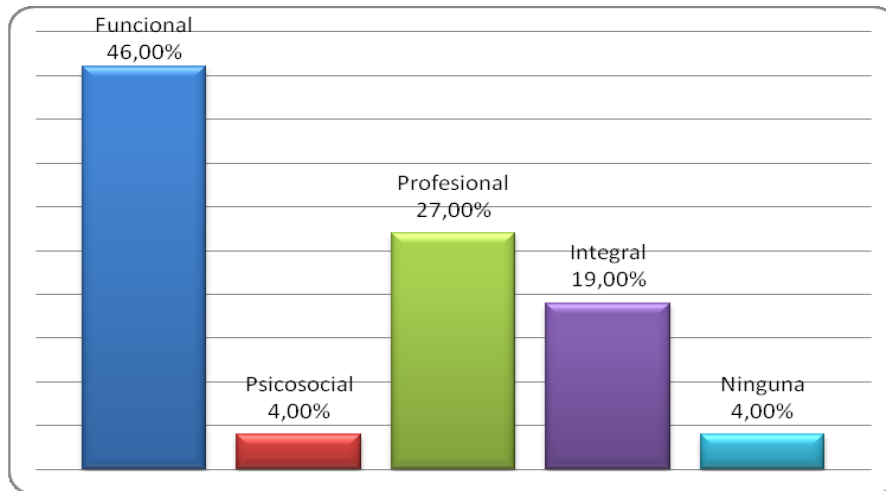
Grafica 9. Modelo de rehabilitación en que se enfoca la institución



Referente al tipo de proceso de rehabilitación, el 46% de los directivos consideró que su institución enmarca los procesos de rehabilitación en la rehabilitación de tipo funcional, el 27% considero se enfoca en el profesional, el 19% se enmarco en el integral y el 4% se enfocó en el psicosocial y ningún tipo de proceso de rehabilitación respectivamente (gráfica 10).



Grafica 10. Tipo de procesos de rehabilitación implementados en la institución.



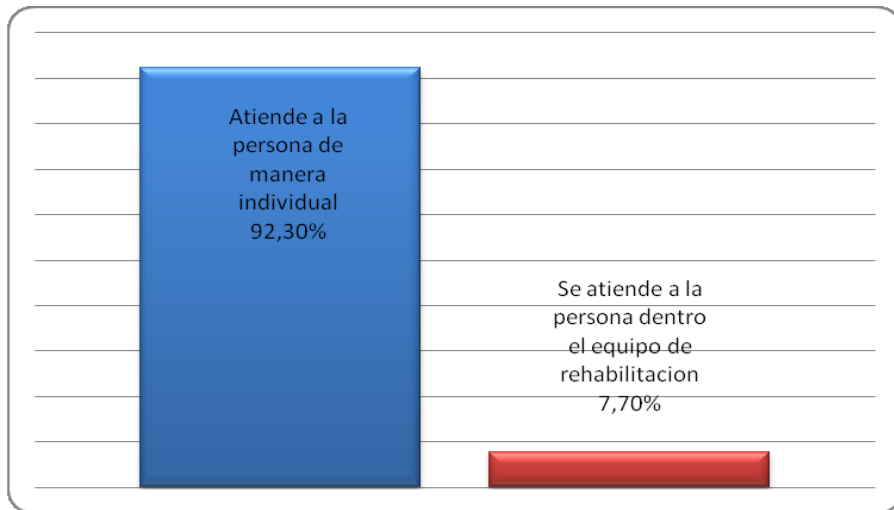
El 96,2% de las instituciones ofrecen el servicio de fisioterapia, el 88,5% ofrecen el servicios de terapia ocupacional, 84,6% medicina general, 80,8% psicología y con menor porcentaje fonoaudiología, terapia respiratoria y trabajo social (tabla 4).

Tabla 4. Servicios de rehabilitación que ofrecen las instituciones a los usuarios en situación de discapacidad.

Servicios de rehabilitación ofrecidos	N	Porcentaje(%)
Fisioterapia	25	96,2
Psicología	21	80,8
Medicina general	22	84,6
Fonoaudiología	19	73,1
Trabajado Social	9	34,6
Terapia Respiratorio	17	65,4
Terapia Ocupacional	23	88,5
Medicina Especializada	15	57,7

Para los directivos al intervenir a las personas en situación de discapacidad en la institución, sus profesionales los atienden de manera individual en el 92% de los casos y en dentro de un equipo de rehabilitación el 8%(gráfica 11).

Grafica 11. Tipo de trabajo en torno a la persona en situación de discapacidad



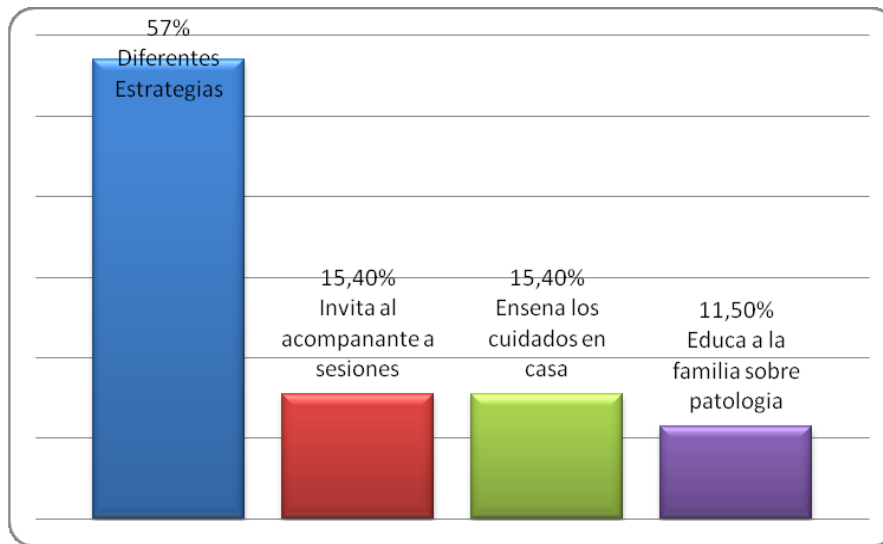
En los procesos de rehabilitación, el 100% de los directivos, manifestaron tener en cuenta la condición biológica de la persona en situación de discapacidad, el 73,1% sus aspectos psicológicos, le siguen la familia con el 57,7% y con menor porcentaje las necesidades de inclusión laboral, inclusión social y por último la comunidad con el 26,9% (tabla 5).

Tabla 5. Aspectos involucrados en los procesos de rehabilitación según la institución.

Aspectos involucrados en los procesos de rehabilitación	N	Porcentaje (%)
La condición biológica de la persona	26	100
Sus aspectos psicológicos	19	73,1
La familia	15	57,7
La comunidad	7	26,9
Las necesidades de inclusión social	10	38,5
Las necesidades educativas de la persona	5	19,2
Las necesidades de inclusión laboral	12	46,2

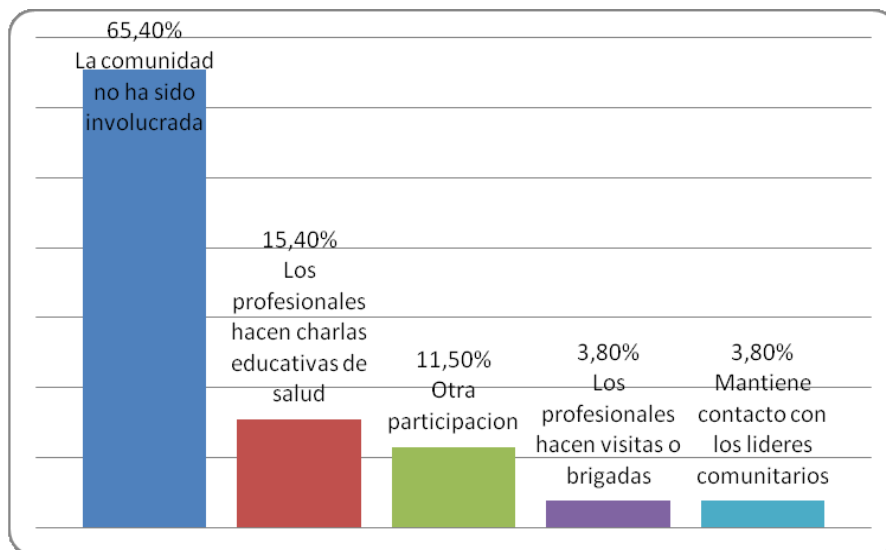
El 15% de los directivos manifestó se involucra a la familia en el proceso de rehabilitación a través de la enseñanza del acompañante, con un porcentaje similar los directivos manifestaron utilizar la estrategia de invitar al acompañante para que participe en las sesiones de tratamiento; el 12% expresó se educa a la familia acerca de la patología, y el 57% de los directivos manifestó utilizar las diferentes estrategias para involucrar a la familia en los procesos de rehabilitación (grafica12).

Grafica 12.Estrategias de la institución para involucrar a la familia en el proceso de rehabilitación



Según el 65% de los directivos, la comunidad no fue involucrada en el proceso de rehabilitación, el 15% manifestó que los profesionales realizan charlas educativas sobre salud y discapacidad a la comunidad, el 4% reporta que los profesionales mantienen contacto con líderes comunitarios o promotores de salud y el 12% restante manifiestan que participan de otras formas (gráfica 13).

Grafica 13. Estrategias de la institución para involucrar a la comunidad en el proceso de rehabilitación



### 9.1.3. Usuarios

Como se observa en la tabla 6, se evaluaron 400 personas en situación de discapacidad de la ciudad de Florencia (Caquetá) que habían asistido en los últimos seis meses a instituciones de salud para recibir servicios de rehabilitación. En cuanto al género se encontró que la muestra se distribuyó proporcionalmente entre hombres y mujeres (50,3% y 49,8% respectivamente) con un promedio de edad de 42 años (DE +/- 16.7 años), y un rango de edad entre 15 a 24 años. El 53% eran solteros, el 20% casados y el 27% restante entre separados, viudos y conviviendo en unión libre. En cuanto al estrato socioeconómico el 83% pertenece al estrato 1, el 13% al estrato 2 y el menor porcentaje (4%) al estrato 3. El nivel educativo en general se encontró entre sin ningún nivel educativo y primaria incompleta (55%), solo el 20% termino la primaria, del 21% que inició secundaria solo el 9% la terminó. Únicamente el 4% tiene algún nivel de estudios post-secundaria (niveles técnico, tecnológico, profesional o especialización).

La situación ocupacional fue variable predominando quienes estaban desempleados a causa de su situación de discapacidad (66%), seguidos de quienes trabajan tanto de forma dependiente como independiente (15%). El 8,5% eran estudiantes y solo el 1% eran pensionados por invalidez, el restante eran amas de casa, desempleados por otras causas, jubilados y con otra situación ocupacional diferente a las anteriores (9,5%). El 84% pertenecían al régimen subsidiado, el 13,5% al contributivo y en menor porcentaje se encontraron los no afiliados y los pertenecientes a regímenes especiales.

Tabla 6. Características sociodemográficas de los usuarios:

VARIABLE	FRECUENCIA	%
----------	------------	---

SEXO	Masculino	201	50.3
	Femenino	199	49.8
	Total	400	100.0
EDAD (AÑOS)	15-24 años	54	13.5
	25-34 años	95	23.8
	35-44 años	86	21.5
	45-54 años	68	17.0
	55-64 años	45	11.1
	65-74 años	37	9.3
	75 años en adelante	15	3.8
	Total	400	100.0
ESTADO CIVIL	Soltero	214	53.5
	Casado	79	19.8
	Separado	31	7.8
	Viudo	38	9.5
	Unión Libre	38	9.4
	Total	400	100.0
ESTRATO	Estrato 1	331	82.8
	Estrato 2	54	13.5
	Estrato 3	15	3.7
	Total	400	100.0
NIVEL EDUCATIVO	Ninguno	52	13
	Primaria incompleta	168	42
	Primaria completa	80	20
	Secundaria incompleta	49	12.3
	Secundaria completa	35	8.6
	Nivel Técnico	6	1.5
	Nivel Tecnológico	4	1
	Nivel Profesional	5	1.3
	Especialización	1	0.3
	Total	400	100.0
OCUPACION ACTUAL	Empleado	23	5.8
	Trabajador independiente	37	9.3
	Estudiante	34	8.5
	Jubilado	1	0.3
	Pensionado por invalidez	3	0.8
	Desempleado (por salud)	263	65.8
	Desempleado (por otras causas)	4	1
	Ama de casa	31	7.5
	Otro	4	1
	Total	400	100.0
	AFILIACION AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	No Afiliado	7
Subsidiado		336	84
Contributivo		54	13.5
Régimen especial		3	0.8

	Total	400	100.0
--	-------	-----	-------

Mínimo 15 años – máximo 87 años Media: 42.47 años Desv. Estándar:16.728años

Todos los participantes en el estudio manifestaron conocer su diagnóstico médico, el 28% de ellos reportaron tener epilepsia, el 24% corresponden a diferentes secuelas de lesiones neurológicas como Enfermedad Cerebro Vascular, meningitis poliomielitis y Guillain Barré y a cuadriplejías, paraplejías, hemiplejías y monoplejías; el 18% insuficiencia renal y las alteraciones visuales de diversa índole corresponden al 10,7%. El 8,8% reportaron tener hipoacusia, diabetes y complicaciones asociadas a esta patología fueron reportadas por el 3,3%, fracturas y diferentes amputaciones 4%, el 3% otras patologías (tabla 7).

Tabla 7. Diagnóstico medico de usuarios

CONDICION CLINICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
G039 Meningitis no especificada	14	3,5
N179 Insuficiencia Renal aguda no especificada	71	17,8
E669 Obesidad no especificada	2	0,5
M059 Artritis Reumatoidea	5	1,3
I679 Enfermedad Cerebro vascular no especificada	19	4,8
G409 Epilepsia no especificada	111	27,8
H409 Glaucoma no especificada	33	8,3
G822 Paraplegia no especificada	37	9,3
G825 Cuadriplegia no especificada	5	1,3
G833 Monoplegia no especificada	10	2,5
H269 Catarata	1	0,3
H359 Transtorno de la retina no especificada	1	0,3
E849 Fibrosis Quística sin otra especificación	1	0,3
H919 Hipoacusia no especificada	35	8,8
G819 Hemiplegia no especificada	19	4,8
E142 Diabetes Mellitus no especificada con complicaciones renales	2	0,5
E143 Diabetes Mellitus no especifica con complicacion oftálmicas	6	1,5
B91X Secuelas de Poliomelitis	3	0,8
S727 Fracturas Multiples del Femur	3	0,8
S880 Amputación Traumática a nivel de la Rodilla	9	2,3
S781 Amputación Traumática entre cadera y rodilla	3	0,8
H539 Alteración Visual no especificada	7	1,8
E148 Diabético	1	0,3
G610 Secuela de Guillain Barré	2	0,5

## Variables asociadas a la rehabilitación

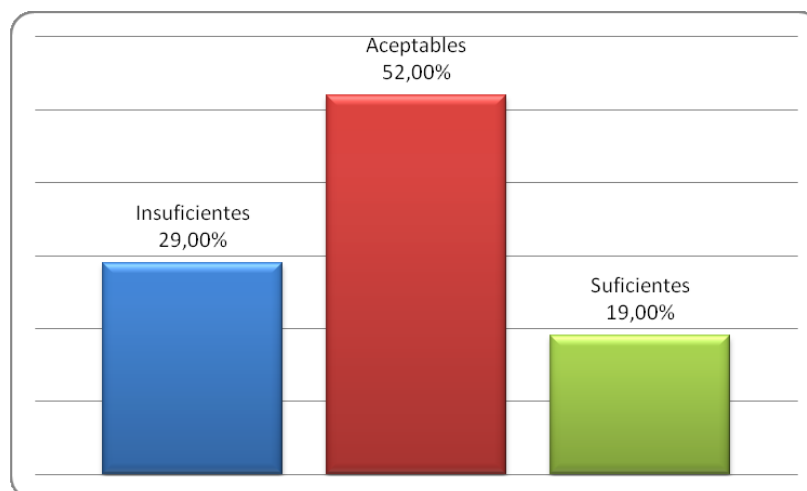
Respecto a los servicios de salud recibidos por los usuarios, el 94% recibió consulta por medicina general, 63% por medicina especializada (diferentes especialidades médicas), le siguen fisioterapia con el 29%, psicología 21%, trabajo social con el 18% y con menor porcentaje a fonoaudiología, terapia respiratoria y terapia ocupacional (Tabla 8).

Tabla 8. Servicios de rehabilitación recibidos por los usuarios.

Tipo de servicio	N	Porcentaje (%)
Ningún servicio	3	1
Medicina General	377	94
Medicina Especializada	251	63
Fisioterapia	114	29
Terapia respiratoria	33	8
Fonoaudiología	36	9
Terapia Ocupacional	17	4
Optometría	54	14
Psicología	85	21
Trabajo social	72	18
Aditamentos	114	29
Cirugías	200	50
Orientación vocacional, laboral y educativa	8	1,8

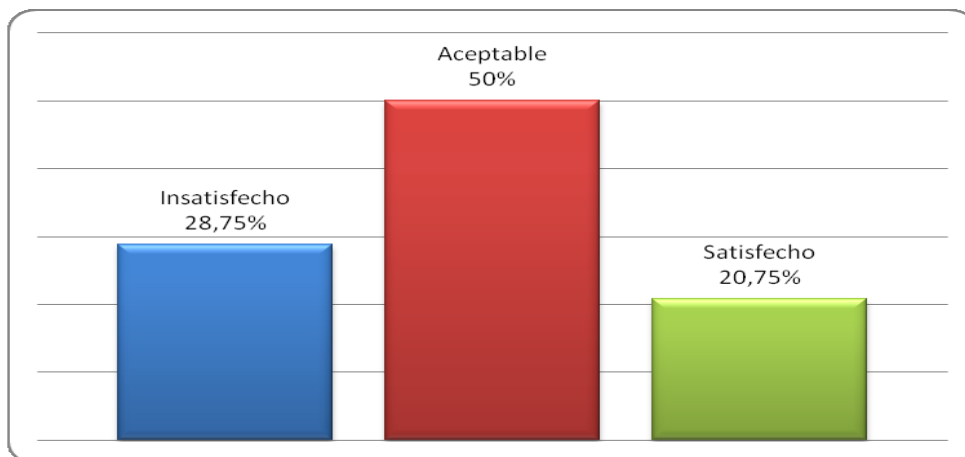
Respecto a la suficiencia de los servicios de rehabilitación en la gráfica 14, se puede observar que sólo el 19% de los usuarios manifestó que los servicios de rehabilitación habían sido suficientes mientras que el 52% informó que habían sido aceptables y el 29% insuficientes.

Gráfica 14. Suficiencia de los servicios de rehabilitación de los usuarios



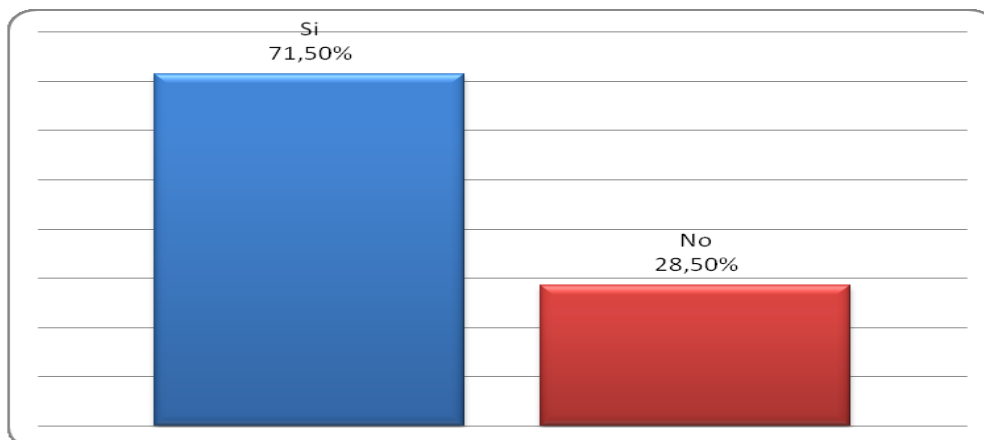
El 50% de los usuarios reportó sentirse aceptablemente satisfecho con los servicios de rehabilitación recibidos, el 29% insatisfecho y el 21% satisfecho (gráfica 15).

Gráfica 15. Grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de rehabilitación



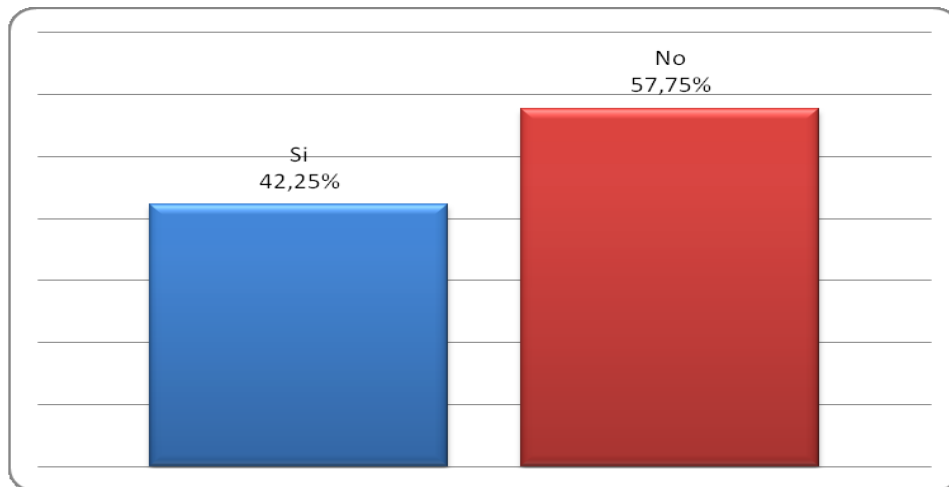
En cuanto a lo que manifestaron los usuarios respecto a si los servicios de rehabilitación recibidos habían tenido en cuenta la solución a diferentes problemas relacionados con su discapacidad, se encontró que el 72% reportó que los servicios de rehabilitación dieron respuesta a sus problemas físicos, el 58% al aspecto social y el 42% a los aspectos psicológicos (gráficas 16, 17 y 18).

Gráfica 16. Grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de rehabilitación desde el abordaje sus dificultades a nivel físico.

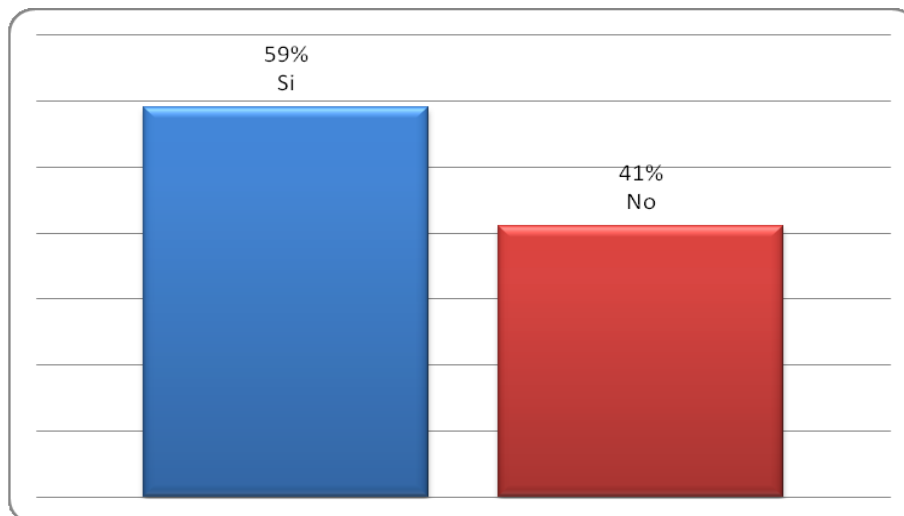




Gráfica 17. Grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de rehabilitación desde el abordaje sus dificultades a nivel psicológico

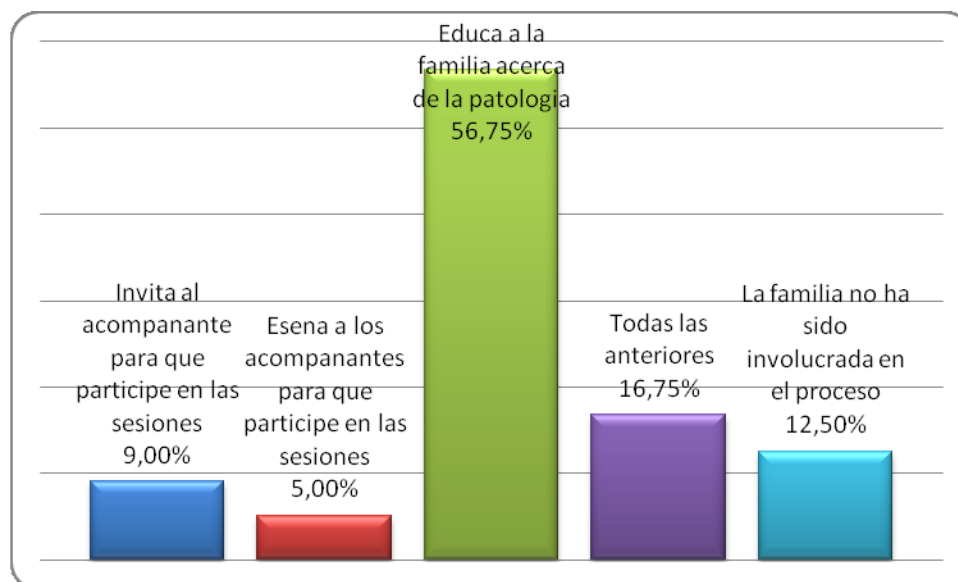


Gráfica 18. Grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de rehabilitación desde el abordaje sus dificultades a nivel social.



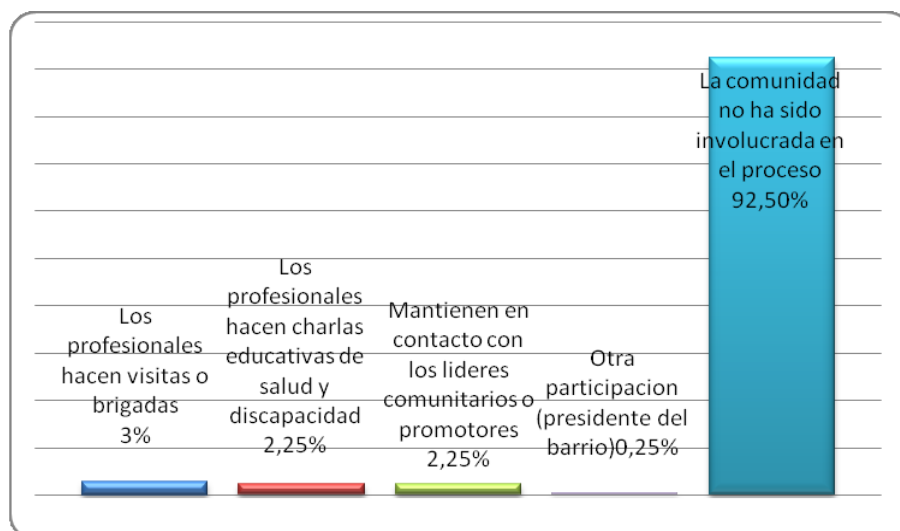
El 12% de los usuarios consideró que la familia no ha sido involucrada en el proceso de rehabilitación, el 57% refiere que la institución o los profesionales involucran a la familia a través de la educación sobre la patología, el 9% manifestó que la manera como se involucro a la familia fue invitando a un acompañante para que participaran en las sesiones de tratamiento, el 5% consideró que es a través de la educación acerca de cuidados en casa y el 17% consideró que se utilizaron todas las anteriores estrategias (gráfica 19).

Grafica 19. Estrategias de las instituciones o profesionales para involucrar a la familia del usuario en el proceso de rehabilitación



El 92% de los usuarios refirió que la institución o los profesionales no involucraron a la comunidad donde vivían en el proceso de rehabilitación mientras que el 8% reportaron que algunas estrategias para involucrar a la comunidad habían sido las visitas o brigadas de salud, las charlas educativas y el contacto con líderes comunitarios o promotores de salud (gráfica 20).

Grafica 20. Estrategias de las instituciones o profesionales para involucrar a la comunidad del usuario en el proceso de rehabilitación



## 9.2. Análisis Bivariado

Al analizar el estrato socioeconómico de los usuarios con la suficiencia de los servicios de rehabilitación, los estratos 1, 2 y 3 consideraron estos servicios como aceptable con un 50,5%, 50,3%, y 73,3% respectivamente; por el contrario los servicios suficientes e insuficientes fueron considerados con estos mismos estratos con menor porcentaje. No se encontró significancia estadística ( $p < 0,05$ ) por presentar una baja relación de los resultados (tabla 9).

Tabla 9. Comparativo de la muestra según el estrato socioeconómico y suficiencia de los servicios de rehabilitación (Prueba chi-cuadrado)

	Suficiencia de los servicios de rehabilitación			Total	Prueba Chi-cuadrado
	Insuficientes	Aceptables	Suficientes		
Estrato 1	104	167	60	331	0,059
	31,4%	50,5%	18,1%	100,0%	
Estrato 2	11	32	11	54	
	20,4%	59,3%	20,4%	100,0%	
Estrato 3	0	11	4	15	
	0%	73,3%	26,7%	100,0%	
Total	115	210	75	400	
	28,8%	52,5%	18,8%	100,0%	

En cuanto a la relación del estrato socioeconómico y la satisfacción con los servicios de rehabilitación, tampoco se encontró significancia estadística, considerando que el mayor porcentaje fue aceptable en los tres estratos (48,8%, 55,% y 73,3%), respectivamente, nótese que insatisfecho y satisfechos se encuentra con menor porcentaje en los tres estratos y con bastante similitud en los valores, presentando un ( $p < 0,058$ )(tabla 10).

Tabla 10. Comparativo de la muestra según el estrato socioeconómico de los usuarios y la satisfacción con los servicios de rehabilitación (prueba chi-cuadrado)

Estrato socioeconómico	Satisfacción servicios de rehabilitación			Total	Prueba Chi-cuadrado
	Insatisfecho	Aceptables	Satisfecho		
Estrato 1	104	161	66	331	
	31,4%	48,6%	19,9%	100,0%	
Estrato 2	11	30	13	54	

	20,4%	55,6%	24,1%	100,0%	0,058
Estrato 3	0	11	4	15	
	0,0%	73,3%	26,7%	100,0%	
Total	115	202	83	400	
	28,8%	50,5%	20,8%	100,0%	

El comparativo del estrato socioeconómico y la satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje físico, no evidenció ninguna relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ), determinado por el similar porcentaje encontrado en los tres estratos, donde se evidencia la satisfacción desde del abordaje físico (71,3%, 70,4% y 80%) (tabla 11).

Tabla 11. Comparativo de la muestra según el estrato socioeconómico y satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje físico (prueba chi-cuadrado)

Estrato socioeconómico	Satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje físico			Prueba Chi-cuadrado
	Si	No	Total	
Estrato 1	236	95	331	0,751
	71,3%	28,7%	100,0%	
Estrato 2	38	16	54	
	70,4%	29,6%	100,0%	
Estrato 3	12	3	15	
	80,0%	20,0%	100,0%	
Total	286	114	400	
	71,5%	28,5%	100%	

Al analizar la tabla del comparativo estrato socioeconómico y la satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje psicológico, se encontró baja satisfacción en los tres estratos (55,6%, 68,5% y 66,7%), denotando una relación estadísticamente no significativa ( $p < 0,05$ ) (tabla 12).

Tabla 12. Comparativo de la muestra según el estrato socioeconómico de los usuarios y la satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje psicológico (prueba chi-cuadrado)

Estrato socioeconómico	Satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje psicológico			Prueba Chi-cuadrado
	Si	No	Total	
Estrato 1	147	184	331	0,158
	44,4%	55,6%	100,0%	
Estrato 2	17	37	54	
	31,5%	68,5%	100,0%	
Estrato 3	5	10	15	
	33,3%	66,7%	100%	
Total	169	231	400	

	42,3%	57,8%	100%	
--	-------	-------	------	--

Analizando la relación existente entre el estrato socioeconómico y la satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje social, se encontró que los estratos 1 y 2 presentaron el mayor porcentaje (60,4% y 55,6% respectivamente), considerando como relevantes los aspectos sociales en su proceso de rehabilitación, diferenciándose con el estrato 3 con un 73,3%, refirieron no tener en cuenta los aspectos sociales. Las asociaciones encontradas resultaron ser estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ), observar la tabla 13.

Tabla 13. Comparativo de la muestra según el estrato socioeconómico de los usuarios y la satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje social (prueba chi-cuadrado)

Estrato socioeconómico	Satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje de Social			Prueba Chi-cuadrado
	Si	No	Total	
Estrato 1	200	131	331	0,031
	60,4%	39,6%	100,0%	
Estrato 2	30	24	54	
	55,6%	44,4%	100,0%	
Estrato 3	4	11	15	
	26,7%	73,3%	100%	
Total	234	166	400	
	58,5%	41,5%	100,0%	

Comparando el sexo, con la suficiencia de servicios de rehabilitación, se identificó que tanto en el sexo masculino como el femenino, los porcentajes de aceptabilidad son semejantes, denotando una asociación estadísticamente no significativa ( $p < 0,05$ ), (tabla 14).

Tabla 14. Comparativo de la muestra según sexo de los usuarios y suficiencia de los servicios de rehabilitación (prueba chi-cuadrado)

SEXO	Suficiencia de los servicios de rehabilitación				Prueba Chi-cuadrado
	Insuficientes	Aceptables	Suficientes	Total	
Masculino	63	105	33	201	0,346
	31,3%	52,2%	16,4%	100,0%	
Femenino	52	105	42	199	
	26,1%	52,8%	21,1%	100,0%	
Total	115	210	75	400	
	28,8%	52,5%	18,8%	100,0%	

Con respecto a la relación sexo y satisfacción de los servicios de rehabilitación, para los dos géneros, se encontró un alto porcentaje en la opción aceptable; con 48,8% y 52,3%, seguido de insatisfacción con los servicios de rehabilitación con el 31,8% y

28,8%, identificando que esta asociación no resultó ser estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) (tabla 15).

Tabla 15. Comparativo de la muestra según sexo de los usuarios y satisfacción con los servicios de rehabilitación (prueba chi-cuadrado)

SEXO	Satisfacción con los servicios de rehabilitación				Prueba Chi-cuadrado
	Insatisfecho	Aceptables	Satisfecho	Total	
Masculino	64	98	39	201	0,379
	31,8%	48,8%	19,4%	100,0%	
Femenino	51	104	44	199	
	25,6%	52,3%	22,1%	100,0%	
Total	115	202	83	400	
	28,8%	50,5%	20,8%	100,0%	

En el comparativo del sexo con la satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje físico se encontró un porcentaje similar en los dos sexos, mostrando que esta asociación no resultó estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ), remitirse a la tabla 16.

Tabla 16. Comparativo de la muestra según sexo de los usuarios y la satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje físico (prueba chi-cuadrado)

SEXO	Satisfacción con los servicios de rehabilitación en el abordaje físico			Prueba Chi-cuadrado
	Sí	No	Total	
Masculino	143	58	201	0,874
	71,1%	28,9%	100,0%	
Femenino	143	56	199	
	71,9%	28,1%	100,0%	
Total	286	114	400	
	71,5%	28,5%	100,0%	

Al analizar el sexo con respecto a la satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje psicológico, para el sexo masculino y femenino, este abordaje no es tenido en cuenta en el proceso de rehabilitación, con un 60,2% y 55,3% respectivamente. Paralelamente no se encontró ninguna significancia estadística ( $p < 0,05$ ) (tabla 17)

Tabla 17. Comparativo de la muestra según sexo de los usuarios y la satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje psicológico (prueba chi-cuadrado)

SEXO	Satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje psicológico			Prueba Chi-cuadrado
	Sí	No	Total	
Masculino	80	121	201	0,319
	39,8%	60,2%	100,0%	
Femenino	89	110	199	
	44,7%	55,3%	100,0%	

Total	169	231	400	
	42,3%	57,8%	100,0%	

Al observar el sexo y satisfacción con los servicios en el abordaje social, similar porcentaje se presentó, en ambos sexos con 58,5% y 41,5%, tienen en cuenta los aspectos sociales. La asociación entre estas variables no resultó ser estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) (tabla 18).

Tabla 18. Comparativo de la muestra según sexo de los usuarios y la satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje social (prueba chi-cuadrado)

SEXO	Satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje social			Prueba Chi-cuadrado
	Si	No	Total	
Masculino	116	85	201	0,748
	57,7%	42,3%	100,0%	
Femenino	118	81	199	
	59,3%	40,7%	100,0%	
Total	234	166	400	
	58,5%	41,5%	100,0%	

Al comparar el rango de edad y suficiencia de los servicios de rehabilitación se encontró que en la mayoría de los rangos de edad se presentó un alto porcentaje como aceptable, en contraste en el rango uno el mayor porcentaje consideró insuficiencia de los servicios con un 48,1%. Mostrando que a mayor edad, más aceptación de los servicios de rehabilitación. Las asociaciones encontradas resultaron ser estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) (tabla 19).

Tabla 19. Comparativo de la muestra según rango de edad (años) de los usuarios y suficiencia de los servicios de rehabilitación (prueba chi-cuadrado)

Rango de edad	Suficiencia de los servicios de rehabilitación				Prueba chi-cuadrado
	Insuficientes	Aceptables	Suficientes	Total	
1 (15-24)	26	19	9	54	0,001
	48,1%	35,2%	16,7%	100,0%	
2 (25-34)	25	55	15	95	
	26,3%	57,9%	15,8%	100,0%	
3 (35-44)	23	51	11	85	
	27,1%	60,0%	12,9%	100,0%	
4 (45-54)	21	39	8	68	
	30,9%	57,4%	11,8%	100,0%	
5 (55-64)	11	21	13	45	
	24,4%	46,7%	28,9%	100,0%	
6 (65-74)	4	19	14	37	
	10,8%	51,4%	37,8%	100,0%	
7 (75 años en adelante)	5	6	5	16	
	31,3%	37,5%	31,3%	100,0%	

Total	115	210	75	400	
	28,8%	52,5%	18,8%	100,0%	

Al comparar el rango de edad y la satisfacción con lo servicios de rehabilitación, se encontró que en los rangos 2, 3, 4, 5, y 7, consideraron la satisfacción de los servicios como aceptable, por el contrario en el rango 1 (15-24 años) estos servicios se consideraron insuficientes con el 44,4% y en contraste en el rango 6 (65-74 años), fue de alta satisfacción con el 51,4%.El rango de edad influye decisivamente en la satisfacción de los servicios de rehabilitación. Las asociaciones encontradas resultan ser estadísticamente significativas ( $P < 0,05$ ) (tabla 20).

Tabla 20. Comparativo de la muestra según rango de edad (años) de los usuarios y satisfacción de los servicios de rehabilitación (prueba chi-cuadrado)

Rango de Edad	Nivel de satisfacción con los servicios de rehabilitación recibidos				Prueba Chi-cuadrado
	Insatisfecho	Aceptables	Satisfecho	Total	
1 (15-24)	24	20	10	54	0,000
	44,4%	37,0%	18,5%	100,0%	
2 (25-34)	25	55	15	95	
	26,3%	57,9%	15,8%	100,0%	
3 (35-44)	25	47	13	85	
	29,4%	55,3%	15,3%	100,0%	
4 (45-54)	20	38	10	68	
	29,4%	55,9%	14,7%	100,0%	
5 (55-64)	12	20	13	45	
	26,7%	44,4%	28,9%	100,0%	
6 (65-74)	4	14	19	37	
	10,8%	37,8%	51,4%	100,0%	
7 (75 Años en adelante)	5	8	3	16	
	31,3%	50,0%	18,8%	100,0%	
Total	115	202	83	400	
	28,8%	50,5%	20,8%	100,0%	

Al comparar el rango de edad y la satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje físico, se encontró que en el mayor porcentaje de los usuarios representados en los rangos de edad, rango 2 (74,7%), rango 3(75,3%),rango 4 (83,8%), rango 5(73,3%), rango 6 (75,7%) y rango 7(68,8%), manifestaron encontrarse satisfechos con los servicios de rehabilitación en el abordaje físico. Por el contrario los usuarios del rango 1, correspondientes a los 15-24 años, manifestaron no encontrarse satisfechos con los servicios de rehabilitación en el abordaje físico. Las asociaciones encontradas resultan ser estadísticamente significativas ( $p < 0,00$ ) (tabla 21)



Tabla 21. Comparativo de la muestra según rango de edad (años) y satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje físico (prueba chi-cuadrado)

Rango de edad	Satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje físico			Prueba Chi-cuadrado
	Si	No	Total	
1 (15-24)	22	32	54	0 , 000
	40,7%	59,3%	100,0%	
2 (25-34)	71	24	95	
	74,7%	25,3%	100,0%	
3 (35-44)	64	21	85	
	75,3%	24,7%	100,0%	
4 (45-54)	57	11	68	
	83,8%	16,2%	100,0%	
5 (55-64)	33	12	45	
	73,3%	26,7%	100,0%	
6 (65-74)	28	9	37	
	75,7%	24,3%	100,0%	
7 (75 años en adelante)	11	5	16	
	68,8%	31,3%	100,0%	
Total	286	114	400	
	71,5%	28,5%	100,0%	

Al analizar el rango de edad y la satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje psicológico, se encontró en los rangos de edad que presentaron mayor porcentaje en la satisfacción de los servicios en el abordaje psicológico fueron los rangos 1 y rango 6 con el 68,5% y 51,4% respectivamente. Los usuarios insatisfechos, se encontraron en los rangos de edad, 2, 3, 4, 5 y 7 con porcentajes similares. Esta asociación se encontró estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) (tabla 22).

Tabla 22. Comparativo de la muestra según rango de edad (años) de los usuarios y la satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje psicológico (prueba chi-cuadrado)

Rango de Edad	Satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje Psicológico			Prueba Chi-cuadrado
	Si	No	Total	
1 (15-24)	37	17	54	
	68,5%	31,5%	100,0%	
2 (25-34)	34	61	95	
	35,8%	64,2%	100,0%	
3 (35-44)	29	56	85	

	34,1%	65,9%	100,0%	0,002
4 (45-54)	25	43	68	
	36,8%	63,2%	100,0%	
5 (55-64)	19	26	45	
	42,2%	57,8%	100,0%	
6 (65-74)	19	18	37	
	51,4%	48,6%	100,0%	
7 (75 años en adelante)	6	10	16	
	37,5%	62,5%	100,0%	
Total	169	231	400	
	42,3%	57,8%	100,0%	

Al analizar la relación rango de edad y la satisfacción de los servicios rehabilitación en el abordaje social, en los rangos 6 y 7, se encontraron insatisfechos el 62,2 y el 75,05% respectivamente, a diferencia de los rangos 1, 2, 3,4 y 5 se manifestaron satisfechos con el abordaje social. A mayor edad menor satisfacción con este aspecto y por el contrario a menor edad mayor satisfacción. Las asociaciones encontradas resultaron estadísticamente significativas con un  $p < 0,001$ . (tabla 23).

Tabla 23. Comparativo de la muestra según rango de edad (años) de los usuarios y la satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje social (prueba chi-cuadrado)

Rango de Edad	Satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje social			Prueba Chi-cuadrado
	Si	No	Total	
1 (15-24)	41	13	54	0,001
	75,9%	24,1%	100,0%	
2 (25-34)	57	38	95	
	60,0%	40,0%	100,0%	
3 (35-44)	54	31	85	
	63,5%	36,5%	100,0%	
4 (45-54)	41	27	68	
	60,3%	39,7%	100,0%	
5 (55-64)	23	22	45	
	51,1%	48,9%	100,0%	
6 (65-74)	14	23	37	
	37,8%	62,2%	100,0%	
7 (75 años en adelante)	4	12	16	
	25,0%	75,0%	100,0%	
Total	234	166	400	
	58,5%	41,5%	100,0%	

## 10. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Respecto a las características sociodemográficas de los usuarios participantes en el estudio, en la presente investigación se encontró que el porcentaje entre hombres y mujeres fue equitativo con el 50,3% y 49,8% respectivamente; estos resultados difieren con los presentados por Barceló y otros(57), en su investigación de tipo transversal descriptivo, acerca de la satisfacción con los servicios de fisioterapia y rehabilitación en Cuba, en el cual predominó, el sexo femenino representado por 65%, poniendo en evidencia que las mujeres acuden con mayor frecuencia a los servicios reportando que este comportamiento obedece a la mayor aceptación de la sociedad al permitir que la mujer a diferencia del hombre, se lamenta por su estado de salud. Otros hallazgos difieren en sus resultados como el estudio realizado por Hernández (59), sobre una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia, concluyó que la discapacidad se presentó con mayor impacto en el genero masculino, relacionándolo a factores como la violencia, la pobreza, entre otros.

En la presente investigación predominó el estrato socioeconómico uno, de los usuarios (83%), cabe resaltar que ningún usuario manifestó pertenecer el estrato cuatro. Estos hallazgos coinciden con los presentados por Hernández (59), en el estudio acerca de la relación entre la política económica y la discapacidad, quien referenció que las personas en situación de discapacidad pertenecen a los estratos más bajos. Con hallazgos diferentes se referenciaron, en el estudio de la fundación Saldarriaga Concha (5) el 66% de los usuarios pertenecían a los estratos 2 y 3.

El 84% de los usuarios manifestó que pertenecían al régimen subsidiado y el 13,5% al régimen contributivo, mientras que en el estudio realizado por la Fundación Saldarriaga Concha (5) el mayor porcentaje de usuarios correspondió al régimen contributivo y asistió a instituciones de alta complejidad, por su parte los usuarios pertenecientes al régimen subsidiado accedieron en su mayoría a las instituciones de mediana complejidad. El municipio de Florencia cuenta principalmente con instituciones de mediana y baja complejidad que con aportes del Estado permiten el acceso a los servicios de rehabilitación de personas en situación de discapacidad.

Respecto a la situación ocupacional de los usuarios se encontró una alta tasa de desempleo por salud (66%), en menor proporción se encontró como ocupación el trabajador independiente y el estudio. Las posibles causas de estos resultados, radican en la falta de inclusión laboral en la sociedad actual y proyectos dirigidos por entes gubernamentales para la población en situación de discapacidad. Estos resultados difieren por los encontrados en su investigación Barceló y otros (58), referenciaron la mayoría de los usuarios son empleados estatales 50,2%, seguidos de amas de casa y jubilados.

En la investigación, según los resultados obtenidos, los conocimientos de los profesionales y directivos, de las instituciones que realizan procesos de rehabilitación en el municipio de Florencia, se enmarcó en el modelo biomédico, denotando que el aspecto relevante en los procesos de rehabilitación sigue siendo la condición biológica de la persona en situación de discapacidad, teniendo en cuenta los cambios realizados en el abordaje de la discapacidad,

a nivel mundial, donde la propuesta es una rehabilitación integral, sustentada en un modelo biopsicosocial. La satisfacción de los usuarios frente a los servicios de rehabilitación, denotó que las personas en situación de discapacidad se encontraron aceptablemente satisfechas, al considerar el abordaje físico, como una principal respuesta a su condición de salud.

Aunque los usuarios presentaron un nivel de satisfacción aceptable con los servicios de rehabilitación, la vigencia del modelo biomédico, por profesionales e instituciones contradicen los enfoques actuales de la discapacidad. En este sentido, en el estudio de Rodríguez y otros (60), destacaron la falta de conocimiento de los profesionales con respecto a la información científica actualizada, relacionada con el abordaje de la discapacidad. También se destaca el aporte de la investigación de Saldarriaga concha(5), que denotó, el manejo de la discapacidad en Colombia, se fundamentó desde el modelo médico, y con poca implementación de la rehabilitación integral.

Es importante resaltar, la alta satisfacción de los usuarios en el abordaje físico, se relacionó posiblemente con una rehabilitación funcional utilizada por los profesionales y instituciones del municipio de Florencia, cumpliendo con sus expectativas y la obtención de bienestar en el aspecto físico. Este hallazgo coincide con lo encontrado por la Fundación Saldarriaga Concha (5), en su investigación quienes reportaron que los procesos de rehabilitación se orientaban fundamentalmente hacia mejoramiento de funciones o estructuras corporales, lo que demostraría un predominio de una concepción más biológica/física de la discapacidad.

Los conocimientos de los profesionales sobre el concepto de discapacidad se enmarcó principalmente en el modelo biomédico, en menor porcentaje se enmarcó en el modelo biopsicosocial. Según Seelman (22), una tendencia en el abordaje de la discapacidad se relaciona con el conflicto entre las y los profesionales de la salud, que se identifican con el modelo médico y las personas con discapacidad, que se identifican con el modelo social.

El modelo biopsicosocial conocido por algunos profesionales se implementa poco en los procesos de rehabilitación; según la investigación de Oliva y otro (52), que realizó un estudio cuasi experimental de mediciones repetidas, sobre la medición de la calidad en salud en un programas de familias en riesgo biopsicosocial, concluyó que el modelo biopsicosocial de la salud fomenta la participación de los individuos en el ciclo salud-enfermedad, transformando a los usuarios en los principales protagonistas y también referenció, el modelo biopsicosocial genera mayor satisfacción en los usuarios que los programas tradicionales basados en un modelo exclusivamente biomédico.

De otro lado, los profesionales refirieron que el tipo de rehabilitación practicada en la institución es principalmente funcional e integral, para Salinas y otros (26), la rehabilitación no se debe limitar a los aspectos fisiátricos o de fisioterapia, o solo a la reconstrucción funcional, si no a la atención integral. Evitando el asistencialismo (atención medica ordinaria), la nominación (mitificación del diagnóstico) y la medicalización (generación de dependencia hacia la atención médica). Según Amate y Vásquez (11), la rehabilitación en las personas en situación de discapacidad hoy en día se aborda desde un modelo de “rehabilitación integral”, estos autores refirieron que estas condiciones de integralidad poco se dan en la actualidad en América Latina, debido a la persistencia de

modelos paternalistas, a la poca comunicación entre los diversos sectores encargados del manejo de la discapacidad principalmente a nivel gubernamental, al desconocimiento de los usuarios y población en general, y al escaso profesional preparado para el manejo de la discapacidad, entre otros factores. En Colombia, según el ministerio de la protección social refirió en los lineamientos de política que todo proceso de habilitación/rehabilitación debe ser integral, es decir, articulado y armonizado de desarrollo de habilidades funcionales, ocupacionales y sociales; tener duración limitada, objetivos claramente definidos; fomentar la participación de la persona con discapacidad, de los profesionales de diferentes disciplinas, de la familia y de la comunidad en general (35).

Los profesionales también expresaron que la atención se realiza principalmente de forma individual a la persona en situación de discapacidad. Este último hallazgo coincide con el estudio realizado por Rodríguez y otros (60), sobre mejorar la calidad de atención del niño con discapacidad en el municipio de Mella (Cuba). En esta investigación descriptiva y transversal, en la cual participaron 276 padres y 136 profesionales de la salud en la atención primaria, los investigadores reportaron una ausencia en la consolidación del trabajo en equipo referidos por los profesionales, de esta forma recomiendan como estrategia de mejoramiento de la atención del niño con discapacidad consolidar el trabajo en equipo entre los diferentes especialidades y servicios. Para las investigadoras el trabajo en equipo es relevante para lograr los objetivos en la rehabilitación, involucrando a la persona en situación de discapacidad.

En relación a la participación de la familia y la comunidad en los procesos de rehabilitación, en el presente estudio se encontró que para los profesionales, son tenidos en cuenta en menor proporción. Este aspecto lo corrobora en su investigación, Pérez (51), en su estudio transversal descriptivo cualitativo en 2 etapas, sobre los factores que influyen en la calidad de atención al niño con discapacidad, con un universo conformado por padres y profesionales, estableció que la participación de la familia, es un elemento aportarte para determinar las falencias en el abordaje de la discapacidad, también el estudio refirió que al evaluar el estado de la persona se requiere un enfoque integral que considere aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Para el mayor porcentaje de directivos que participaron en este estudio los procesos de rehabilitación de sus instituciones se enmarcaron en el modelo biomédico. Muestra que el aspecto relevante en los procesos de rehabilitación sigue siendo la condición biológica de la persona en situación de discapacidad, mientras que los aspectos psicológicos y sociales son poco tenidos en cuenta, y la rehabilitación basada en un modelo biopsicosocial, propuesto en esta investigación, se aplica poco en las instituciones que ofrecen estos servicios en el municipio de Florencia. Salinas y otros (26), expresaron el hombre no es solo un ser biológico, también es una estructura mental y un tejido social: una organización biopsicosocial y espiritual, llamado a un manejo diferente del estado salud-enfermedad, teniendo en cuenta la perspectiva de un modelo biopsicosocial y espiritual.

Según los directivos, los servicios de rehabilitación ofertados por las instituciones son: fisioterapia y terapia ocupacional con menor porcentaje fonoaudiología, terapia respiratoria y trabajo social. La presente investigación coincide con la Fundación Saldarriaga Concha(5), al denotar a la fisioterapia como la profesión de la salud, dentro del proceso de

rehabilitación con mayor oferta por los directivos, quienes relacionan rehabilitación con asistencia a este servicio; Barceló y otro (58) resaltaron que frecuentemente se comete el error de considerar la fisioterapia y la rehabilitación como procesos similares plantearon que la rehabilitación es la recuperación física, psíquica, social y laboral, denotando que la fisioterapia solo se ocupa de la recuperación física y la rehabilitación se fundamenta en el trabajo multidisciplinario y orientado hacia un enfoque de integralidad.

Así mismo en el presente estudio se encontró que los procesos de rehabilitación se centraron en la rehabilitación funcional, y en menor proporción la rehabilitación integral. Estos hallazgos son soportados igualmente con la investigación de la Fundación Saldarriaga Concha (5), quienes referenciaron falencias en el concepto mismo de la rehabilitación integral cuyo fin debe ser la inclusión social total del individuo y también en la calidad de los servicios prestados de las diferentes instituciones investigadas a nivel del país.

Los procesos de rehabilitación implementados por las instituciones, mostraron poca integración de la familia y la comunidad de las personas en situación de discapacidad. Respecto a los hallazgos de la Fundación Saldarriaga Concha (5), soportaron en la sesión sobre el trabajo institucional en red denotó la poca vinculación de la comunidad en la implementación y evaluación de los programas de rehabilitación corroborando lo encontrado en el presente investigación. De otra parte, para González y otros (61), en su investigación cualitativa de trayectoria etnográfica interrogante, destacaron con sus hallazgos que es necesario “fortalecer las redes de apoyo para la rehabilitación, es decir, afianzar las bases para el desarrollo de una red que asegure la rehabilitación en la comunidad donde la persona experimenta sus vivencias”.

Respecto a la satisfacción con los servicios de rehabilitación, el 50% de los usuarios expresó que los servicios de rehabilitación son aceptables y el 20,75% de los usuarios se encontraron satisfechos. Este hallazgo coincide con el estudio de Barceló y otros(58), acerca de la satisfacción de la población con los servicios de fisioterapia y rehabilitación, en sus resultados mostraron, la satisfacción de los usuarios fue en promedio del 90%, consideraron los investigadores que en los resultados influyó la excelente atención de los profesionales encargados de prestar los servicios de rehabilitación, la tecnología implementada en los procesos. En el estudio realizado por Gutiérrez y otros (56),cuyo propósito fue determinar la satisfacción de los usuarios y prestadores con los servicios de rehabilitación integral y ultrasonido e identificar las principales insatisfacciones de estos, con los servicios, en sus hallazgos manifestaron los usuarios presentaban un alto nivel de satisfacción en los servicios de rehabilitación integral con un 75,4% y en el servicio de ultrasonido un 95,8%;influyeron factores como la buena prestación de los servicios y las expectativas de los usuarios.

En otra investigación realizada por Bustamante (57) sobre cómo los usuarios perciben el nivel de calidad de los servicios de atención prestados por el Hospital Regional de Valdivia en Chile; se encontró que la satisfacción global con el servicio sobre calidad de atención son percibidas satisfactoriamente por los usuarios, donde influyen además de otros factores, la adecuada atención prestada por los profesionales y los administrativos de la institución. Igualmente, Barceló y otro (58) en su estudio consideró que la satisfacción del paciente

es un concepto que procede de la calidad percibida del servicio, indicando la adecuación de sus expectativas con la percepción final del servicio recibido.

En Colombia, la calidad en salud para los usuarios, fue fortalecida, con la creación de la Ley 100 de 1993, la calidad de la atención en salud, está dada por el conjunto de características, técnicas científicas, humanas, financieras, y materiales, que deben tener la seguridad social en salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios, por parte de los usuarios (43).

Según Hills(62) en su investigación sobre la satisfacción de los servicios de fisioterapia consideraron que los pacientes satisfechos son más propensos a beneficiarse de los servicios de salud, situación que puede contribuir a una evaluación más favorable de la experiencia terapéutica completa; por el contrario, el estudio de Escobar (8) sobre satisfacción de los usuarios de los servicios de rehabilitación aclaran que existen pocos estudios sobre satisfacción de los usuarios con estos servicios y considerando los niveles de satisfacción son altos sin establecerse que factores contribuyen a lograr tal nivel de satisfacción.

De otra parte en la investigación de Puerto (63), acerca de la satisfacción de usuarios es variable respecto al trato que reciben del médico, señaló que en la satisfacción del paciente es importante el trabajo que realizan los profesionales, estableciéndose como una medida de calidad.

En la presente investigación, los usuarios consideraron que los servicios de rehabilitación que han recibidos son aceptables con el 52, 5% y suficientes con el 18,75%; en la investigación de Gutiérrez y otros (56) plantearon que los usuarios se encontraban satisfechos cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas y refirieron que si las expectativas son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.

Para los usuarios el abordaje físico fue el factor relevante de satisfacción en los servicios de rehabilitación, se atribuyó este hallazgo al manejo biológico enfatizado en recuperar y maximizar las funciones de las personas en situación de discapacidad en la actualidad en el municipio de Florencia. Además el abordaje social, también se consideró como un componente de satisfacción en los servicios de rehabilitación, determinado por la posibilidad de acceder a diferentes sectores de la sociedad. Con el abordaje psicológico, se presentó insatisfacción en los usuarios, respecto a los servicios de rehabilitación, quienes reflejaron la falta de acompañamiento e integración en el proceso de rehabilitación y además lo consideraron poco importante en el proceso. Según el estudio de Campos (64) sobre la satisfacción del usuario externo, concluyó que se debe tener en cuenta las expectativas del paciente en lo físico, psicológico y social; y adicionalmente propone que el esfuerzo de todo el equipo de salud inciden en el logro de la satisfacción y la calidad de los servicios.

Barceló y otros(58), coinciden con los hallazgos acerca de la evaluación de la calidad que hace el paciente expresada como satisfacción o insatisfacción, al detallar las características como la atención interpersonal, las consecuencias fisiológicas, psicológicas o sociales del

usuario; una suma y un balance subjetivo de estos juicios detallados representan la satisfacción total.

De acuerdo a lo reportado por los usuarios, la familia es involucrada en el proceso de rehabilitación principalmente desde la perspectiva de la educación de la patología. En el estudio realizado por García y otros (65), consideran que el aporte de la familia, como cuidadores y guías es primordial para contribuir con el desarrollo de las personas en situación de discapacidad en todos los ámbitos. También Gonzales y otros (61) resaltaron la importancia en los procesos de rehabilitación con las redes de apoyo, el grupo de pares, la familia o algún ser querido, los incentivos de la fe o la filosofía de vida y la participación de un equipo profesional y técnico multidisciplinario, altamente comprometido con su rol social.

Según los usuarios, la comunidad como entorno en el cual se desarrolla la persona en situación de discapacidad, poco se ha involucrado en los procesos de rehabilitación, factor que se presenta posiblemente por la falta de integración de las diferentes redes de apoyo. Soportando lo anterior Gonzales y otros (61), fundamentó la importancia de fortalecer las bases para el desarrollo de una red, para la rehabilitación con base en salud familiar y comunitaria. Gutiérrez y otros (56) en su investigación acerca de la satisfacción de los usuarios, proponen que la rehabilitación debe tener en cuenta “al ser humano como ser biopsicosocial considerando la influencia de los factores familiares, sociales y ambientales sobre la salud del individuo”.

Referente a la relación entre rango de edad y suficiencia de los servicios de rehabilitación se resalta que en la mayoría de los rangos de edad, se encontró que los servicios de rehabilitación recibidos son aceptables; se identifica además que en el rango de los más jóvenes (15-24 años) estos servicios son considerados insuficientes. Estos aspectos pueden estar relacionados con las expectativas generadas en los jóvenes frente a sus procesos de rehabilitación. En el estudio de Gutiérrez y otros (56), enfatizan la satisfacción con los servicios, se fundamenta en las expectativas, que los usuarios tengan al recibir dichos servicios.

Al relacionar el rango de edad y la satisfacción con los servicios de rehabilitación, se encontró mayor insatisfacción en el rango de 15-24 años de edad, a diferencia de las personas en el rango de edad de 65-74 años que manifestaron mayor satisfacción con los servicios. Inciden en estos resultados posiblemente la importancia que para los jóvenes puede tener la relación de la discapacidad con su cuerpo. En un estudio documental de castellanos y otro (66), cuyo propósito fue revisar la relación de la discapacidad y cultura, referenció que, para las personas en situación discapacidad el cuerpo se convierte en el elemento que permite que los individuos sean estigmatizados y señalados.

Con respecto al rango de edad y la satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje físico, las personas en el rango de 15-24 años de edad fueron las únicas que manifestaron insatisfacción con este aspecto. Así mismo, en la relación rango de edad y satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje psicológico, en el rango de 15-24 años y rango de 65-74 años se evidenció alta satisfacción en este aspecto. Finalmente en lo que hace referencia a la relación rango de edad y la satisfacción de los servicios de rehabilitación en el abordaje social, en los rangos de 65-74 años y rango de mayor a 75



años, se presentaron con mayor insatisfacción en lo social. Referente a lo anterior, posiblemente se lograría una satisfacción en todas las dimensiones de las personas en situación de discapacidad, al tener en cuenta sus expectativas en lo físico, psicológico y social, acerca de lo anterior para Oliva y otro (52), en su estudio de satisfacción usuaria analizaron que el modelo biopsicosocial de la salud fomentan la participación de los usuarios en el ciclo salud-enfermedad, transformándolos en los principales protagonistas de su proceso.

## 11. CONCLUSIONES

- Los conocimientos de los profesionales sobre el concepto de discapacidad se enmarcaron principalmente en el modelo biomédico.
- Los conocimientos de los directivos de las instituciones prestadores de salud en el municipio de Florencia están poco relacionados con el planteamiento de la rehabilitación integral y el modelo biopsicosocial.
- Los profesionales y directivos referenciaron en menor grado el modelo biopsicosocial, relacionando la falta de aplicabilidad en el proceso de rehabilitación al realizar un trabajo individualizado, sin articulación profesional e institucional.
- Los usuarios se encontraron aceptablemente satisfechos en sus procesos de rehabilitación, principalmente con la satisfacción en el abordaje físico, seguido del abordaje social y finalmente en el abordaje psicológico relacionado con su discapacidad.
- Los jóvenes presentaron menor grado de satisfacción con los servicios de rehabilitación, a diferencia los adultos jóvenes y mayores quienes referenciaron mayor satisfacción con los servicios de rehabilitación en el abordaje físico y social.
- Según el estudio, los usuarios, consideraron que la familia y comunidad, son poco involucrados en los procesos de rehabilitación.

## 12. LIMITACIONES Y ALCANCES DEL ESTUDIO

Una importante limitación del estudio fue la diferencia en la proporción poblacional entre profesionales, directivos y usuarios de los servicios de rehabilitación en el municipio de Florencia, dada estas consideraciones se dificultó la aplicación de algunos modelos estadísticos.

En cuanto a los alcances, permitió profundizar en el ámbito de la rehabilitación, propiciando un acercamiento conceptual por parte de los profesionales e instituciones que ofrecen servicios de rehabilitación.

Otro alcance de la investigación, es la medición del nivel de satisfacción teniendo en cuenta el abordaje físico, psicológico y social, de las personas en situación de discapacidad, usualmente, se han encontrado investigaciones que miden la satisfacción sin tener en cuenta los parámetros anteriormente descritos.

Una aplicabilidad de este estudio a nivel académico, es la pertinencia de la formación y actualización de profesionales de la salud desde una perspectiva integral de la discapacidad y la rehabilitación.

De otra parte, se planteo realizar una deconstrucción teniendo en cuenta el abordaje actual de la discapacidad y rehabilitación, involucrando a los profesionales e instituciones de salud en el municipio de Florencia .

Desde la perspectiva investigativa, este estudio permite la creación de nuevas investigaciones, ampliando hacia nuevos aspectos de la discapacidad y rehabilitación.

### 13. RECOMENDACIONES

- Replantear el abordaje de la discapacidad y procesos de rehabilitación por los profesionales y directivos de las instituciones de salud en el municipio de Florencia, fundamentándose en el modelo biopsicosocial y proyectándose a la rehabilitación integral. Además considerar las necesidades de rehabilitación de cada persona en situación de discapacidad, para incrementar su nivel de satisfacción.
- Se recomienda realizar procesos de formación y actualización en los modelos de la discapacidad, profundizando en el modelo biopsicosocial y enfatizando en la rehabilitación integral, dirigido a profesionales e instituciones de salud que realizan procesos de rehabilitación en el municipio de Florencia.
- Se sugiere realizar un estudio que aborde la eficacia, efectividad y el impacto de la rehabilitación en un modelo biopsicosocial y el modelo biomédico en las personas en situación de discapacidad en el municipio de Florencia.
- Se recomienda a los profesionales complementar sus estudios sobre discapacidad y rehabilitación, fomentar el trabajo en equipo, involucrar a la familia y comunidad de la persona en situación de discapacidad.
- Se sugiere a los directivos tener claridad sobre el modelo de rehabilitación que se imparte en la institución, retroalimentando la aplicabilidad del modelo.
- Se recomienda a los directivos aplicar el modelo biopsicosocial, enfatizando en la participación de los profesionales y de las personas en situación de discapacidad en la toma de decisiones
- Se sugiere a los usuarios tener en cuenta en su proceso de rehabilitación el aspecto psicológico y social permitiéndose una mayor integración en todas las dimensiones del ser humano.
- Para incrementar el nivel de satisfacción de los usuarios, se recomienda involucrar a la familia y la comunidad en los procesos de rehabilitación.
- Así mismo, se sugiere avanzar a nivel institucional y profesional en la inclusión educativa y laboral.
- Las investigadoras como magister en discapacidad proponen a futuro realizar conferencias y/o talleres dirigidos a las instituciones de salud, profesionales y entes gubernamentales del municipio de Florencia.

- Dirigir charlas didácticas a la diferentes asociaciones de personas en situación de discapacidad existentes en el municipio de Florencia, involucrando a su familia y comunidad.
- Realizar consultorías y asesorías con entidades involucradas en el abordaje de la discapacidad en el municipio de Florencia.

#### 14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. IMSERSO, OMS y OPS, Madrid, 2001
2. Wade D, De Jong B. Recent advances: Recent advances in Rehabilitation. *BMJ* 2000; 320; 1385-1388
3. Stucki G, Cieza A, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *J Rehabil Med* 2007; 39: 279–285.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La rehabilitación por discapacidad en América Latina y el Caribe. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 120(4), 1996.
5. Fundación Saldarriaga Concha. Resumen del estudio nacional de Necesidades, Oferta y Demanda de Servicios de Rehabilitación, Colombia, 2003.
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Dirección de Censos y Demografía. Información estadística de la Discapacidad. Disponible en: [www.dane.gov.co/censo/files/boletines/discapacidad.pdf](http://www.dane.gov.co/censo/files/boletines/discapacidad.pdf). Consultado: 15 de Febrero de 2009.
7. Ministerio de la Protección Social (MPS) y Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Registro para la Localización y Caracterización de personas con Discapacidad DANE – MPS. Resumen estadístico Caquetá. Octubre 2008. Disponible en: [www.minproteccionsocial.gov.co/discapacidad/caqueta2008.ppt](http://www.minproteccionsocial.gov.co/discapacidad/caqueta2008.ppt). Consultado: 27 de febrero de 2008.
8. Escobar RD, Rivera ID, Servín ÁF, Ortiz CC, Juárez LM. Satisfacción de los usuarios de los servicios de rehabilitación. Construcción de un instrumento para evaluarla. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (6): 573-578.
9. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. In: Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 1993. p. 53-56.
10. Ministerio de salud, República de Colombia. Resolución N° 008430. Santafé de Bogotá; 1993.
11. Amate EA, Vásquez AJ. Discapacidad: lo que todos debemos saber. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. OPS, 2006.
12. Toboso MM, Arnau RM. La Discapacidad Dentro del Enfoque de Capacidades y Funcionamiento de Amartya Sen. Disponible en: [dialnet.unirioja.es/serlet/fichero\\_articulo?codigo=2663115...0](http://dialnet.unirioja.es/serlet/fichero_articulo?codigo=2663115...0). Consultado: el 14 de marzo del 2009.
13. Organización Estados Americanos. Guía para la unidad 1. contenidos básicos. Desarrollo histórico de la discapacidad. Evolución y tratamiento. Disponible en:

[www.iin.oea.org/cursos\\_a\\_distancia/cad\\_guia\\_disc\\_UT1.pdf](http://www.iin.oea.org/cursos_a_distancia/cad_guia_disc_UT1.pdf) Consultado: 15 de mayo del 2009.

14. Palacios A. El Modelo Social de Discapacidad: Orígenes, Caracterización y Plasmación en la Convención Internacional sobre los derechos de las Personas con Discapacidad. Octubre 2008. Disponible en:

[www.convenciondiscapacidad.es/publicaciones/EI%20modelo%20social%20de%20discapacidad.pdf](http://www.convenciondiscapacidad.es/publicaciones/EI%20modelo%20social%20de%20discapacidad.pdf) .Consultado: 8 de septiembre del 2009

15. Álvarez CC. Discapacidad. Enfoques, tendencias y percepciones.(Referentes de Normatividad). ASCOFI, Vol. 49. Año 2004.

16. García D E. La discapacidad en al actualidad. XVI Curso de Formación de Agentes de Pastoral de la Salud. 1 de febrero 2007. Disponible en: <http://www.elcantarodesicar.com/psaludcantaro/discapacidadenlaactual07.htm> Consultado: 16 de mayo del 2009.

17. Moreno M. Políticas y Concepciones en Discapacidad: un binomio por explorar. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Febrero 2007

18. Gómez AC, Cuervo EC. Conceptualizaciones de Discapacidad. Reflexiones para Colombia. Universidad de Colombia. Editorial e impresión. UNIBIBLOS. Universidad Nacional de Colombia .Bogotá. 2007.

19. Tapias BC, Manosalva MS. De la segregación a la integración de personas con y sin discapacidad: hacia una política cultural de las diferencias en la diversidad. Disponible en: [www.alteridad.cl/Microsoft%20world%20-%20articulo%20tapia-manosalva](http://www.alteridad.cl/Microsoft%20world%20-%20articulo%20tapia-manosalva) UCSH.pdf. Consultado: 15 de junio del 2009

20. Ortúzar D. Políticas del cuerpo en la Discapacidad: Retoricas de Rehabilitación en Chile. Disponible en: [WWW.Intersticio.es/article/view/3354](http://WWW.Intersticio.es/article/view/3354). Consultado: 14 de Marzo del 2009.

21. Miangolarra PJ (et al).Rehabilitación Clínica Integral. Funcionamiento y Discapacidad. Editorial MASSON S.A.Barcelon.2003.

22.Seelman DK. Tendencias en la rehabilitación y en la discapacidad: Transición de un Modelo Médico a un Modelo de Integración .Disponible en: <http://www.disabilityworld.org>. Consultado:21 de Octubre del 2011.

23. Ferreira M. Una aproximación sociológica de la discapacidad desde el modelo social: Apuntes caracterológicos. Revista Española de Investigaciones Sociológicas.España.2007. Disponible en: [www.um.es/discatif/TEORIA/REIS\\_discapacidad.pdf](http://www.um.es/discatif/TEORIA/REIS_discapacidad.pdf). Consultado: el 8 de septiembre del 2009

24. Arnau RM, Maria S. Una construcción social de la discapacidad: El movimiento de vida independiente. Jornades de foment de la investigació. Disponible en: [www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi8/hum/42.pdf](http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi8/hum/42.pdf). Consultado: el 16 de agosto del 2009.

25. Evolución del concepto Discapacidad de acuerdo a la Clasificación establecida por la OMS. Disponible en: [http://www.minsa.gob.ni/bns/discapacidad/docs/discapacidad/concepto\\_Discapacidad.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/discapacidad/docs/discapacidad/concepto_Discapacidad.pdf) . Consultado: 14 de abril del 2009.
26. Salinas DF, Lugo LH, Restrepo AR. Rehabilitación en Salud. Editorial Universidad de Antioquia. Colombia, 2008.
27. Céspedes G. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. Revista Aquichan. Vol. 5 N 1(5)-108-113-Chia, Colombia. Octubre. 2005. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/741/74150111.pdf>. Consultado: 18 de marzo del 2009.
28. Organización de Estados Americanos. Guía para la unidad 2. contenidos básicos. Concepto sobre discapacidad. Disponible en: [www.iin.oea.org/cursos\\_a\\_distancia/cad\\_guia\\_disc\\_UT2.pdf](http://www.iin.oea.org/cursos_a_distancia/cad_guia_disc_UT2.pdf). Consultado: 15 de mayo del 2009.
29. Díaz F, Olga C. Hacia una concepción de la atención educativa de personas con discapacidad. Ministerio de Educación Nacional. Bogotá. D.C. Mayo. 2003.
30. Meyer T, Gutenbrunner C, Bickenbach J, Cieza A, Melvin J, Stucki G. Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy. J Rehabil Med 2011. Disponible en: <http://www.medicaljournals.se/jrm/content/?doi=10.2340/16501977-0865&html=1>. Consultado: 5 de Noviembre del 2011.
31. Stucki G, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. J Rehabil Med 2007. Disponible en: <http://www.medicaljournals.se/jrm/content/?doi=10.2340/16501977-0044&html=1>. Consultado: 5 de Noviembre del 2011.
32. Organización de Estados Americanos. Guía para la unidad 5. contenidos básicos. Atención integral. Disponible en: [www.iin.oea.org/cursos\\_a\\_distancia/cad\\_guia\\_discUT5.pdf](http://www.iin.oea.org/cursos_a_distancia/cad_guia_discUT5.pdf). Consultado: 16 de mayo del 2009.
33. Organización de las Naciones Unidas. Disponible en: [www.definicion.org/rehabilitacion](http://www.definicion.org/rehabilitacion). Consultado : 6 de Noviembre del 2011.
34. Modelo de Rehabilitación de Centro Psicosocial. Asociación Madrileña de Rehabilitación psicosocial (AMPR). IMSERSO. Disponible en: [www.seg\\_social.es/Imsero/documentación/pubcat](http://www.seg_social.es/Imsero/documentación/pubcat). Consultado: 21 de Octubre del 2011.
35. Ministerio de Protección Social. Decreto 1193 del octubre 14 del 2003. Lineamientos de política de habilitación/rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad. Bogotá. 2003



36. Luisiardo M. Trabajo en equipo ámbito de rehabilitación. Rev. Salud militar.2002; 4(1) 40-60.Disponible en: <http://www.dnsffaa.gub.uy/revista/vol24/P76a90V24.htm>. Consultado el 13 de Noviembre del 2011.
37. Gutenbrunner C, Meyer T, Melvin J, Stucki G. Towards a conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. J Rehabil Med 2011.Disponible en:<http://www.medicaljournals.se/jrm/content/?doi=10.2340/16501977-0866&html=1>. Consultado: 5 de Noviembre del 2011.
38. Ranjit KM, Cuervo CE, (et al).Inclusión Social de las personas con discapacidad. Reflexiones, Realidades y Retos. Editora Marisol Moreno Angarita.Bogotá,2003.
39. Monsalve CV. Temas actuales en derecho y ciencia política. Editorial Universidad del Norte.Colombia,2011.
- 40.Arias P.GRUPO DE TRABAJO DE LA A.E.N. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Disponible en: [www.pulso.com/aen/index.htm](http://www.pulso.com/aen/index.htm). Consultado: Noviembre del 2011.
41. Martínez RA. Manual de gestión y mejora de procesos en los servicios de salud, Editorial El Manual Moderno, 2005.
42. Ayuso MD, Grande SR. La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Editorial Díaz de Santos.España.2006.
- 43.Ariza OC, Daza CR. Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado. Editorial Universidad Pontificia Javeriana.Bogotá.2008.
- 44.Sierra TC,(et al).Revisión de Conceptos de Calidad. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/82/articulos-cientificos/6.pdf>. Consultado:15 de Octubre del 2011.
45. Kerguelén CA . Calidad en Salud ¿...Qué es...? ...Y sus implicaciones en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Colombiano. Centro de Gestión Hospitalaria. Bogotá. 2003.
- 46.Massip P,(et al).La evaluación de la satisfacción en salud: Un reto a la calidad. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34\\_4\\_08/spu13408.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm) Consultado: 25 de Octubre del 2011.
- 47.Donabedian A. Los siete pilares de la calidad. Disponible en: [www.fadq.org/portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%201parte.pdf](http://www.fadq.org/portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%201parte.pdf). Consultado: 28 de Octubre del 2011.
48. Esguerra GR. Aun no es hora de reformar la ley 100.Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL27NO2/reformaley100.html>. Consultado: 15 de mayo del 2010.

49. Pérez VM, Arango JJ. La seguridad social en salud en Colombia, antecedentes históricos principios y propósitos estructura del sistema, IX semestre facultad de medicina, universidad de Antioquia.
50. Jaramillo UR. Menopausia: paradigmas, presente y futuro. Ley 100 de 1993. Cali, Octubre. 27-28 de 2000. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/meno7101paradigmas.htm>. Consultado: 18 de febrero del 2010
51. Pérez LS. Análisis de la calidad de la atención al niño con discapacidad en el municipio Camagüey. Cuba, 2006. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n2/amc06208.htm>. Consultado: 14 de mayo del 2011
52. Oliva C, Hidalgo CG, Satisfacción Usuaría: un indicador de calidad del modelo de salud familiar, evaluada en un programa de atención de familias en riesgo biopsicosocial, en la atención primaria. Disponible en: [www.google.com.co/fht=es&source=hp8g=satisfacc%c3%B3n+usuaria:+un+indicador+de+calidad+del+modelo+salud&btng=busca](http://www.google.com.co/fht=es&source=hp8g=satisfacc%c3%B3n+usuaria:+un+indicador+de+calidad+del+modelo+salud&btng=busca) Consultado: 22 de Agosto del 2011
53. Donabedian A. El papel de los consumidores en la garantía de la calidad en los servicios de salud: una lección ética. Disponible en: [www.fadq.org/portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%201parte.pdf](http://www.fadq.org/portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%201parte.pdf) Consultado: 28 de Octubre del 2011.
54. Loureiro CS, González MF. Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. Disponible en: <http://www.aedemvirtual.com/articulos/iedee/v16/162027.pdf>. Consultado: 21 de Octubre del 2011.
55. Morales SV, Hernández MA. Calidad y satisfacción en los servicios: Conceptualización. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd73calidad.htm>. Consultado: 22 de Octubre del 2011.
56. Gutiérrez TY, Alonso M, Castañeda C, Barceló MZ, Gandul SL. Satisfacción con los servicios de Rehabilitación Integral y Ultrasonido. Policlínico “Héroes del Corynthia”. Disponible en: [www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1090/1/](http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1090/1/). Consultado: 12 de Noviembre del 2010
57. Bustamante MJ, Ordenes H F. Análisis de la percepción sobre la satisfacción de los usuarios en el hospital regional de Valdivia. “Tesis de Grado en Administración. Chile. 2003.
58. Barceló MZ, Gandul SL. Satisfacción de la población con los servicios de Fisioterapia y Rehabilitación en Policlínicos seleccionados del país. Disponible en: [www.portalesmedicos.com/.../satisfacción-de-usuarios-y-pr](http://www.portalesmedicos.com/.../satisfacción-de-usuarios-y-pr) Consultado: 12 de Marzo del 2011

59. Hernández JJ, Hernández UI. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. Disponible en: [www.scielo.org/pdf/rsap/v7n2/v7n2a02.pdf](http://www.scielo.org/pdf/rsap/v7n2/v7n2a02.pdf) Consultado: 10 de Abril del 2011
60. Rodríguez VY, Martínez FA, Álvarez GO, Socarrás PA, Marrero S. Estrategia para mejorar la calidad de la atención al niño con discapacidad. Disponible en: [http://www.bsv.cu/revistas/san/vol13\\_2\\_09/sano06209.htm](http://www.bsv.cu/revistas/san/vol13_2_09/sano06209.htm) Consultado: 12 de agosto del 2011.
61. González EL, Price Y, Muñoz LA. Vivencia de discapacidad por traumatismo de la médula espinal y el proceso de rehabilitación, ciencia y enfermería xvii (1), 2011: 81-93
62. Hills R, kitchen S. Toward a theory of patient satisfaction with physiotherapy: exploring the concept of satisfaction. Published in: physiotherapy theory and practice, 2007, volume (23), pages 243-254.
63. Puerto OM, La satisfacción de los usuarios en un servicio público de salud (CMS) es variable en función del trato que reciben por parte del medico. Disponible en: [http://www.madrisalud.es/comunicacion\\_salud/documentos/satisusuarios.pdf](http://www.madrisalud.es/comunicacion_salud/documentos/satisusuarios.pdf). Consultado: 5 de Julio del 2011
64. Campos BF. Satisfacción del usuario externo. Neonatología. Hospital de Iquique. Monografía. Universidad de Chile. Chile.2007. Disponible en: <http://www.prematuros.cl/webmayo07/hospitaldeIquiqueMayo07.pdf>. Consultado: 5 de Julio del 2011.
65. García F A, Mirete A, Marín C, Romero L. Satisfacción del cliente familia en atención temprana: valoración de la importancia que otorgan a distintos aspectos del servicio, Revista Española sobre discapacidad Intelectual, 2008, vol. 39(3): 55-74.
66. Castellanos SF, López L. Discapacidad y cultura: desafío emergente en discapacidad. Disponible en: <http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci...es>. Consultado: 19 de agosto del 2011.
67. Ministerio de Salud, Ley 100 de 1993,(Diciembre 23),Diario Oficial No. 41.148, de 23 de diciembre de 1993. Disponible en: <http://www.andi.com.co/camaras/farmaceutica/Normatividad/ley100-1993.pdf> Consultado : 22 de marzo del 2010
68. Maldonado RG. Sistema de rehabilitación en el sistema general de riesgos profesionales. <http://74.125.113.132/search?q=cache:CX0cj17WT0QJ:acripbolivar.org/descargas/SISTEMA%2520DE%2520REHAB.doc+SISTEMA+DE+REHABILITACI%C3%93N+EN+EL+SISTEMA+GENERAL+DE+RIESGOS+PROFESIONALES&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=c> o. Consultado el 28 de enero del 2010
69. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, Arte Laser Publicidad Ltda. Bogotá D.C., noviembre 2005.

70. Fernández LB, Paravic KT. Nivel de satisfacción laboral en enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile. *Revistas ciencia y enfermería*, 2003. Vol. 9, 57-66.

71. García X, Prieto CA, Milachay M, Rangel MC. Evaluación del grado de satisfacción de los pacientes atendidos en el postgrado de ortodoncia de la Universidad El Bosque durante los años 1999-2003. Disponible en: <http://www.unbosque.edu.co/files/Archivos/file/evaluaciongradosatisfaccion.pdf>. Consultado: 15 de febrero del 2011.

73. Prieto VA, Herranz TI. Que significa “estadísticamente significativo”. La falencia del criterio 5% en la investigación científica. Editorial Díaz de Santos. España, 2005.

74. Corella JM. La gestión de servicios de salud. Editorial Díaz de Santos. España, 2004.

75. Kostanjsek N. Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S4/S3>. Consultado: 18 de Octubre del 2011



## ANEXO 1

### UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

#### MAESTRÍA DE DISCAPACIDAD

#### FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ identificado con documento de identidad número \_\_\_\_\_, expedido en \_\_\_\_\_ autorizo a las investigadoras Adriana Agudelo Arcila con cc. 30. 237. 495 de Manizales y Luz Indira Mosquera Palacios con cc. 51.959.577 de Bogotá para incluirme en el proyecto “Conocimientos sobre el proceso de rehabilitación que refieren profesionales y directivos y nivel de satisfacción de las personas en situación de discapacidad que asisten a estos servicios en el municipio de Florencia Caquetá (2010-2011)” en la cual me dispongo como sujeto a encuestar mediante las respuestas que otorgaré al cuestionario sin que ésta represente ningún riesgo contra mi integridad física o psicológica, violación de mi integridad personal o atente contra la ética humana, pues sólo requiere de mi participación voluntaria para responder el cuestionario descrito. Se me ha informado que tengo autonomía para decidir participar o no en el estudio.

Las investigadoras se han comprometido a que ninguna parte de mi información personal será divulgada, garantizando la confidencialidad y anonimato de todos los datos que yo ofrezca en la aplicación de la encuesta.

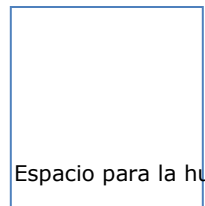
Esta claro y acepto que no recibiré estipendio alguno, ni en dinero ni en especie por participar como sujeto activo del estudio. Se me ha explicado y he comprendido que esta investigación mejorará las estrategias de direccionamiento de la rehabilitación.

Nombre de la persona a encuestar: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

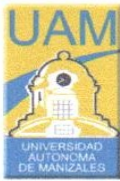
Investigador \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Florencia, de \_\_\_\_\_ de  
2010



Espacio para la huella

## ANEXO 2



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD

CONOCIMIENTOS SOBRE EL PROCESO DE REHABILITACION QUE REFIEREN PROFESIONALES Y DIRECTIVOS Y EL NIVEL DE SATISFACION DE LAS PERSONAS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD QUE ASISTEN A ESTOS SERVICIOS EN EL MUNICIPIO DE FLORENCIA CAQUETA

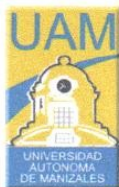
### INSTRUMENTO PARA DIRECTIVOS O COORDINADORES DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD Y REHABILITACIÓN

Número de entrevista: _____	Nombre y cédula del entrevistador: _____	Fecha de Entrevista: ____ / ____ / ____ <b>Mes/Día/ Año</b>
<b>DATOS DEMOGRAFICOS Y DE INDOLE GENERAL</b>		
NOMBRE _____ APELLIDOS _____		
Número cédula de ciudadanía _____		
Nombre de la institución donde labora: _____		
Cuál es su cargo en la institución: _____		
Profesión. Cuál es su profesión: [ 1 ] Fisioterapeuta [ 2 ] Psicólogo [ 3 ] Medico General [ 4 ] Fonoaudiologo [ 5 ] Trabajador Social [ 6 ] Terapeuta Respiratorio [ 7 ] Terapeuta Ocupacional [ 8 ] Médico Especialista. Especialidad _____ [ 9 ] Otro. Cual? _____		

<b>VARIABLES ASOCIADAS A LA REHABILITACIÓN</b>	
En la institución ofrecen servicios de rehabilitación para las personas en situación discapacidad [ 1 ] Si [ 2 ] No	
Bajo que concepto de rehabilitación trabaja la institución? _____ _____ _____ _____ _____	

<p>(para diligenciar por el investigador)</p> <p>La anterior definición se enmarca en un modelo de rehabilitación:</p> <p>[ 1 ] Tradicional                      [ 4 ] Biopsicosocial</p> <p>[ 2 ] Biomédico                        [ 5 ] Otro. Cual _____</p> <p>[ 3 ] Social</p>	
<p>Qué profesionales ofrecen los servicios de rehabilitación en su institución:</p> <p>[ 1 ] Fisioterapeuta</p> <p>[ 2 ] Psicólogo</p> <p>[ 3 ] Médico General</p> <p>[ 4 ] Fonoaudiólogo</p> <p>[ 5 ] Trabajador Social</p> <p>[ 6 ] Terapeuta Respiratorio</p> <p>[ 7 ] Terapeuta Ocupacional</p> <p>[ 8 ] Médico Especialista. Especialidad _____</p> <p>[ 9 ] Otro. Cual? _____</p>	<p>El proceso de rehabilitación de las personas en situación de discapacidad en su institución es realizado:</p> <p>[ 1 ] Cada profesional atiende de manera individual a la persona en situación de discapacidad independiente de que otros profesionales también la atiendan</p> <p>[ 2 ] La persona es evaluada y atendida siempre por un equipo de rehabilitación</p> <p>Si la institución trabaja en equipo, explique cómo funciona el equipo</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Qué tipo de procesos de rehabilitación para personas en situación de discapacidad ofrece su institución:</p> <p>[ 1 ] Funcional</p> <p>[ 2 ] Psicosocial</p> <p>[ 3 ] Profesional</p> <p>[ 4 ] Comunitaria</p> <p>[ 5 ] Integral</p> <p>[ 6 ] Ninguna</p>	<p>(para diligenciar por el investigador)</p> <p>La anterior definición de equipo de trabajo se enmarca en un modelo:</p> <p>[ 1 ] Multidisciplinar</p> <p>[ 2 ] Interdisciplinar</p> <p>[ 3 ] Transdisciplinar</p> <p>[ 4 ] Otro. Cual _____</p>
<p>En la institución, los procesos de rehabilitación se formulan teniendo en cuenta (pueden señalarse varias opciones):</p> <p>[ 1 ] La condición biológica de la persona                      [ 6 ] Las necesidades educativas de la persona</p> <p>[ 2 ] Sus aspectos psicológicos                                      [ 7 ] Las necesidades de inclusión laboral</p> <p>[ 3 ] La familia    [ 8 ] Otro aspecto ____ Cual? _____</p> <p>[ 4 ] La comunidad</p> <p>[ 5 ] Las necesidades de inclusión social</p>	
<p>Qué hace la institución para involucrar en el proceso de rehabilitación a la familia de las personas en situación de discapacidad:</p> <p>[ 1 ] Invita al acompañante para que participe en las sesiones</p> <p>[ 2 ] Enseña al acompañante los cuidados que deben seguir en la casa</p> <p>[ 3 ] Educa a la familia acerca de la patología</p> <p>[ 4 ] Todas las anteriores</p> <p>[ 5 ] Otra participación. Cómo: _____</p> <p>[ 6 ] La familia no ha sido involucrada en el proceso de rehabilitación</p>	<p>Qué hace la institución para involucrar en el proceso de rehabilitación a la comunidad de donde procede las personas en situación de discapacidad:</p> <p>[ 1 ] Realizan visitas o brigadas de salud en la comunidad</p> <p>[ 2 ] Realizan charlas educativas de salud y discapacidad a la comunidad</p> <p>[ 3 ] Mantienen en contacto con los líderes comunitarios o promotores de salud</p> <p>[ 4 ] Otra participación. Cómo: _____</p> <p>[ 5 ] La comunidad no ha sido involucrada en el proceso de rehabilitación</p>
<p>OBSERVACIONES: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

### ANEXO 3



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD

**CONOCIMIENTOS SOBRE EL PROCESO DE REHABILITACION QUE REFIEREN PROFESIONALES Y DIRECTIVOS Y EL NIVEL DE SATISFACION DE LAS PERSONAS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD QUE ASISTEN A ESTOS SERVICIOS EN EL MUNICIPIO DE FLORENCIA CAQUETA**

#### INSTRUMENTO PARA PROFESIONALES QUE LABORAN EN LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Número de entrevista: _____	Nombre y cédula del entrevistador: _____	Fecha de Entrevista: ___/___/___  <b>Mes/Día/ Año</b>
<b>DATOS DEMOGRAFICOS Y DE INDOLE GENERAL</b>		
NOMBRE _____ APELLIDOS _____		
Número cédula de ciudadanía _____		
EDAD _____ años	Nombre de la institución donde labora: _____	
SEXO [ 1 ] Masculino [ 2 ] Femenino	Cuál es su cargo en la institución: _____	
NIVEL EDUCATIVO. Indique el máximo nivel de estudios que ha alcanzado: [ 1 ] Nivel tecnológico [ 2 ] Profesional universitario [ 5 ] Doctorado [ 3 ] Especialización [ 6 ] Otro. Cual _____ [ 4 ] Maestría	Profesión.Cuál es su profesión: [ 1 ] Fisioterapeuta [ 2 ] Psicólogo [ 3 ] Medico General [ 4 ] Fonoaudiólogo [ 5 ] Trabajador Social [ 6 ] Terapeuta Respiratorio [ 7 ] Terapeuta Ocupacional [ 8 ] Médico Especialista. Cual _____ [ 9 ] Otro. Cual? _____	

<b>VARIABLES ASOCIADAS A LA REHABILITACIÓN</b>
Para usted que es rehabilitación? _____ _____ _____ _____
(para diligenciar por el investigador) La anterior definición se enmarca en un modelo de rehabilitación: [ 1 ] Tradicional [ 4 ] Biopsicosocial [ 2 ] Biomédico [ 5 ] Otro. Cual _____ [ 3 ] Social



<p>Considera que el servicio de rehabilitación que usted ofrece en la institución se enmarca en la rehabilitación de tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>[ 1 ] Funcional</li> <li>[ 2 ] Psicosocial</li> <li>[ 3 ] Profesional</li> <li>[ 4 ] Comunitaria</li> <li>[ 5 ] Integral</li> <li>[ 6 ] Ninguna</li> </ul>	<p>Cuando usted interviene a una persona en situación de discapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>[ 1 ] Atiende a la persona de manera individual independiente de que otros profesionales la atiendan</li> <li>[ 2 ] Se atiende a la persona dentro del equipo de rehabilitación</li> </ul> <p>Si usted trabaja en equipo, explique cómo funciona el equipo</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(para diligenciar por el investigador)</p> <p>La anterior definición de equipo de trabajo se enmarca en un modelo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>[ 1 ] Multidisciplinar</li> <li>[ 2 ] Interdisciplinar</li> <li>[ 3 ] Transdisciplinar</li> <li>[ 4 ] Otro. Cúal _____</li> </ul>
<p>En los procesos de rehabilitación que usted realiza tiene en cuenta (pueden señalarse varias opciones)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La condición biológica de la persona</li> <li>2. Sus aspectos psicológicos</li> <li>3. La familia</li> <li>4. La comunidad</li> <li>5. Las necesidades de inclusión social</li> <li>6. Las necesidades educativas de la persona</li> <li>7. Las necesidades de inclusión laboral</li> <li>8. Otro aspecto ____ Cual? _____</li> </ol>	
<p>Qué hace usted para involucrar en el proceso de rehabilitación a la familia de las personas en situación de discapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>[ 1 ] Invita al acompañante para que participe en las sesiones</li> <li>[ 2 ] Enseña al acompañante los cuidados que deben seguir en la casa</li> <li>[ 3 ] Educa a la familia acerca de la patología</li> <li>[ 4 ] Todas las anteriores</li> <li>[ 5 ] Otra participación. Cómo: _____</li> <li>[ 6 ] La familia no ha sido involucrada en el proceso de rehabilitación</li> </ul>	<p>Qué hace usted para involucrar en el proceso de rehabilitación a la comunidad de donde procede las personas en situación de discapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>[ 1 ] Realizan visitas o brigadas de salud en la comunidad</li> <li>[ 2 ] Realizan charlas educativas de salud y discapacidad a la comunidad</li> <li>[ 3 ] Mantienen en contacto con los líderes comunitarios o promotores de salud</li> <li>[ 4 ] Otra participación. Cómo: _____</li> <li>[ 5 ] La comunidad no ha sido involucrada en el proceso de rehabilitación</li> </ul>
<p>OBSERVACIONES: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

## ANEXO 4



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD

**CONOCIMIENTOS SOBRE EL PROCESO DE REHABILITACION QUE REFIEREN PROFESIONALES Y DIRECTIVOS Y EL NIVEL DE SATISFACION DE LAS PERSONAS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD QUE ASISTEN A ESTOS SERVICIOS EN EL MUNICIPIO DE FLORENCIA CAQUETA**

### INSTRUMENTO PARA USUARIOS DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Número de entrevista: _____	Nombre y cédula del entrevistador: _____	Fecha de Entrevista: ___/___/___  <b>Mes/Día/ Año</b>
<b>DATOS DEMOGRAFICOS Y DE INDOLE GENERAL</b>		
NOMBRE _____ APELLIDOS _____		
Número cédula de ciudadanía _____		
Dirección: _____ Teléfono: _____ ESTRATO SOCIOECONÓMICO: _____ EDAD _____ años SEXO [ 1 ] Masculino [ 2 ] Femenino		ESTADO CIVIL ACTUAL [ 1 ] Soltero [ 5 ] Unión libre [ 2 ] Casado [ 6 ] Religioso [ 3 ] Separado [ 7 ] Otro. Cuál? _____ [ 4 ] Viudo
NIVEL EDUCATIVO. Indique el máximo nivel de estudios alcanzado: [ 0 ] Ninguno [ 5 ] Nivel técnico [ 10 ] Doctorado [ 1 ] Primaria incompleta [ 6 ] Nivel tecnológico [ 11 ] No precisa [ 2 ] Primaria completa [ 7 ] Nivel profesional [ 3 ] Secundaria incompleta [ 8 ] Especialización [ 4 ] Secundaria completa [ 9 ] Maestría		SITUACIÓN OCUPACIONAL ACTUAL [ 1 ] Empleado [ 6 ] Desempleado (por la salud) [ 2 ] Trabajador Independiente [ 7 ] Desempleado (por otras causas) [ 3 ] Estudiante [ 8 ] Ama de casa [ 4 ] Jubilado [ 9 ] Otro. Cuál? _____ [ 5 ] Pensionado por invalidez
AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL. A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está usted afiliado actualmente? [ 0 ] No afiliado [ 3 ] Régimen Especial [ 1 ] Subsidiado [ 8 ] No precisa [ 2 ] Contributivo [ 9 ] Otro. Cuál? _____		Conoce su diagnóstico médico [ 1 ] Si [ 2 ] No  Cuál es? _____ (para diligenciar por el investigador) Código CIE 10: _____

### VARIABLES ASOCIADAS A LA REHABILITACIÓN

De acuerdo a la condición de salud que mencionó anteriormente que tipo de servicios de rehabilitación ha recibido (puede señalar varias opciones)

- [ 0 ] Ninguno
- [ 1 ] Medicina General
- [ 2 ] Medicina Especializada. Especifique: \_\_\_\_\_
- [ 3 ] Fisioterapia
- [ 4 ] Terapia respiratoria
- [ 5 ] Fonoaudiología
- [ 6 ] Terapia ocupacional
- [ 7 ] Optometría
- [ 8 ] Psicología
- [ 9 ] Trabajo social
- [10] Aditamentos
- [11] Cirugías
- [12] Orientación vocacional, laboral y educativa
- [13] Otra. Cual \_\_\_\_\_

Considera que los servicios de rehabilitación que usted ha recibido han sido:

- [ 1 ] Insuficientes
- [ 2 ] Aceptables
- [ 3 ] Suficientes

Respecto a los servicios de rehabilitación que usted ha recibido se considera:

- [ 1 ] Insatisfecho
- [ 2 ] Aceptable
- [ 3 ] Satisfecho

Los servicios de rehabilitación que usted ha recibido han tenido en cuenta la solución de los aspectos físicos relacionados con su discapacidad  
[ 1 ] Si [ 2 ] No

Qué ha hecho la institución o los profesionales para involucrar a su familia en el proceso de rehabilitación:

- [ 1 ] Invita al acompañante para que participe en las sesiones
- [ 2 ] Enseña al acompañante los cuidados que deben seguir en la casa

Los servicios de rehabilitación que usted ha recibido han tenido en cuenta la solución de los aspectos psicológicos relacionados con su discapacidad  
[ 1 ] Si [ 2 ] No

- [ 3 ] Educa a la familia acerca de la patología
- [ 4 ] Todas las anteriores
- [ 5 ] Otra participación. Cómo: \_\_\_\_\_
- [ 6 ] La familia no ha sido involucrada en el proceso de rehabilitación

Los servicios de rehabilitación que usted ha recibido han tenido en cuenta la solución de los aspectos sociales relacionados con su discapacidad  
[ 1 ] Si [ 2 ] No

Qué ha hecho la institución o los profesionales para involucrar a la comunidad donde usted vive en el proceso de rehabilitación:

- [ 1 ] Los profesionales hacen visitas o brigadas de salud en la comunidad
- [ 2 ] Los profesionales realizan charlas educativas de salud y discapacidad a la comunidad
- [ 3 ] Mantienen en contacto con los líderes comunitarios o promotores de salud
- [ 4 ] Otra participación. Cómo: \_\_\_\_\_
- [ 5 ] La comunidad no ha sido involucrada en el proceso de rehabilitación

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_