

Discapacidad visual de origen traumático y salud mental

Autores:

Andrea Vanessa Plaza Pérez (31/07/22) Psiquiatría de enlace
María Susana Redondo García (31/07/22) Psiquiatría de enlace
Natalia Caicedo Sarria (31/07/22) Psiquiatría de enlace
Daniel Solarte-Bothe (31/01/24) Psiquiatría General
Sofía Robles Gómez (31/07/24) Psiquiatría General

Tutor:

Paola Andrea García Martínez

Co-tutor:

Tatiana Urrea Victoria

Evaluador:

Ricardo de la Espriella Guerrero

Trabajo de grado presentado como requisito para obtener el título de especialistas
en
Psiquiatría de enlace

Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Medicina
2022

Tabla de Contenido

1. Introducción	3
2. Justificación	6
3. Revisión de tema/estado del arte	8
4. Pregunta de investigación	10
5. Objetivo	10
6. Metodología	11
7. Criterios de inclusión y exclusión	14
8. Análisis de datos	14
9. Resultados esperados de la investigación	15
10. Anexos	16
11. Cronograma	27
12. Bibliografía	28

Introducción

El organismo está configurado por cinco sentidos, siendo la visión la principal fuente para la adquisición de información sensorial para ser procesada en el sistema nervioso central. Sin embargo, los demás órganos de los sentidos como la audición, el gusto, el olfato, incluso las funciones motoras como la postura y las habilidades manuales modifican el mismo oficio de la visión. De manera que cuando hay presencia de alteraciones visuales esto genera un impacto diferente en el comportamiento individual(1). El órgano receptor de la visión es el ojo, es aquí donde se recibe información y es transportada a diferentes áreas del cerebro, y de manera simultánea en estas mismas regiones median otras entradas sensoriales, como el equilibrio y el sistema vestibular, cuya labor es la interpretación de lo observado (1).

La agudeza visual se define como la capacidad del sistema visual de distinguir, percibir, identificar o detectar objetos especiales en condiciones de iluminación adecuadas. Por ende, nos revela la posibilidad de ver detalles de un objeto sobre un fondo uniforme o de ver que dos objetos muy cercanos están, evidentemente, separados.

La clasificación de la agudeza visual se realiza de acuerdo con las categorías generales de la OMS de visión "normal", discapacidad visual moderada ($<6/18$ y $>6/60$ o $<20/60$ y $<20/200$), discapacidad visual severa ($<6/60$ y $>3/30$ o $<20/200$ y $>20/400$) y ceguera ($<20/400$).

Sin embargo, es importante englobar el concepto de discapacidad visual, que puede definirse ya propiamente como ceguera (visión de $\leq 20/200$ en el mejor ojo en EE. UU y $<20/400$ en la definición de la OMS (Organización Mundial de la Salud) o baja visión ($<20/40$ en EE. UU y $<20/60$ según la OMS, es una de las discapacidades más comunes.(2)

Existen diferentes metodologías e instrumentos para clasificar el grado de agudeza visual (cartilla de Snellen, ETDRS, Wecker, Landolt, Bailey-Lovie, etc.) siendo el más recomendado por la OMS la cartilla de Snellen.

Con lo anterior, cabe resaltar que la identificación, clasificación y estratificación de la agudeza visual es una medida primordial para evaluar el estado de salud ocular. Encontramos tanto patologías del sistema visual que pueden afectar mínimamente la agudeza visual o incluso no hacerlo, y otras pueden causar un compromiso mayor de manera aguda o precipitada. Esto permite determinar grados de incapacidad profesional o laboral (3).

Una de las entidades que afectan la estructura anatómica y funcional visual es el trauma ocular, el cual se especifica como toda lesión sobre el globo ocular que puede ser secundaria a mecanismo contundente, cortocundente o penetrante, así como debido a quemaduras por sustancias químicas sobre el ojo y sus estructuras lindantes conllevando a un compromiso tisular de múltiples grados de afectación que van desde condiciones leves, moderadas y graves interfiriendo en la labor visual parcial, total con compromiso temporal o permanente.

Como método de clasificación del trauma ocular se ha utilizado de manera frecuente el OTS (Ocular Trauma Score, por sus siglas en inglés) que es un sistema desarrollado por el Unites States Eye Injury Registry (USEIR), usando la base de datos del USEIR y del HEIR (Hungarian Eye Trauma Registry) diseñado para ser aplicado en casos de trauma ocular abierto.(4)

Está basado en una característica funcional (agudeza visual inicial) y cinco anatómicas (lesión perforante, defecto pupilar aferente, ruptura ocular, endoftalmitis desprendimiento de retina); el valor del OTS está disponible inmediatamente al concluir la evaluación inicial con implicaciones pronósticas razonablemente confiables. (5)

En cuanto a datos epidemiológicos, la OMS plantea que en el mundo hay al menos 2200 millones de individuos con alteraciones de la visión y en al menos 1000 millones de estos, por lo menos la mitad, el deterioro visual podría haberse prevenido.(6)

Se ha considerado como un problema de salud pública a nivel mundial la visión baja y la ceguera . Se ha calculado que un 80% de los casos de ceguera se logran prevenir, incluso curar, siempre y cuando existan los servicios de salud y rehabilitación necesarios.

La discapacidad visual y las enfermedades oculares disminuyen principalmente la calidad de vida, así como las tasas de participación en el mercado laboral y de productividad de los adultos que a menudo son más bajas (6); finalmente aumentando el riesgo de mortalidad (4). Esto como consecuencia a la afectación con respecto a las oportunidades económicas y educativas.

Una revisión de 2013 estimó que los costos indirectos y directos del tratamiento de adultos con discapacidad visual que son de alrededor de \$ 54 mil millones al año. (7)

El incremento de la esperanza de vida a nivel mundial ha promovido un aumento en la cantidad y número de sujetos mayores con discapacidad visual de diversas etiologías. Debido a esto, se resalta la importancia de que el conocimiento del número de personas afectadas permite plantear estratégicamente servicios de salud de manera estratégica, integral, individual y orientada, así como la relevancia de la medición del impacto económico y promoción de acciones basadas en la evidencia.

El traumatismo ocular es una de las causas centrales de morbilidad ocular severa (8). Es la principal causa de ceguera monocular y morbilidad visual prevenible en todo el mundo y tiene un impacto inmenso en el mismo individuo y su familia y en su comunidad (8). Alrededor de 1,6 millones de casos de ceguera se deben a lesiones oculares y más de 19 millones tienen ceguera monocular (8).

En la literatura el trauma ocular predomina en el género masculino, siendo el 80 % de los casos. La proporción de pacientes masculino/femenino según el Registro de Trauma Ocular de los Estados Unidos (USEIR) fue de 4,6:1, mientras que en el Hungarian Eye Injuries Register (HEIR) se reportó de 4,3:1.(18)(3)

Se han descrito determinantes sociales que se comportan como factores de riesgo que predisponen al trauma ocular como la etnia, pobreza, drogadicción, desempleo, violación de reglas del tránsito, falta de protección ocular apropiada en el deporte y en lugares de trabajo. Más del 90 % de las lesiones oculares pueden precaverse con medidas básicas de cuidado como implementos de seguridad.(10)

Debido a lo reportado considerándolo como un problema de salud pública es una causa importante de invalidez parcial y a veces total, y de pérdida de productividad y tiempo laboral.

Se admite que los traumatismos oculares son una de las causas principales de la disminución de la agudeza visual en el mundo, su pronóstico guarda relación con múltiples factores y es causa de pérdidas socioeconómicas al afectarse el paciente en edades laboralmente útiles. La ceguera es la discapacidad más temida y de todas las causas de ceguera, el trauma es la más súbita y dramática.(10)

La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, prevé que las personas con discapacidad, ya sea físicas, intelectuales, sensoriales o mentales, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena en la sociedad, en igualdad de condiciones. En estudios investigativos se ha evidenciado que quienes viven con condiciones que alteran la apariencia corren el riesgo de sufrir ansiedad, depresión, estigma, discriminación, aislamiento social y suicidio. Además las alteraciones a nivel estructural facial pueden desarrollar desafíos psicosociales complejos y la desfiguración de áreas clave como los ojos, la nariz y la boca puede aumentar la susceptibilidad a síntomas o trastornos psiquiátricos y genera un impacto negativo psicosocial (11) Por ende, una de las obligaciones del estado es recopilar información adecuada, para formular y aplicar políticas dirigidas a la población con discapacidad y que estas sirvan para identificar y eliminar barreras para las personas con discapacidad. (5)

La adecuada agudeza visual cumple un papel fundamental en la calidad de vida de un individuo a través de la búsqueda de habilidades y capacidades. Cuando hay carencia de uno de los cinco sentidos, la interpretación de la vida, la percepción del mundo cambian de manera drástica interrumpiendo un proceso natural de bienestar. Por ello, este estudio permite identificar estados alterados de la calidad de vida del sujeto enfocando su diario vivir a partir de ayudas que le permitan no sólo reconocer su carencia visual sino que le permitan mejorar su afrontamiento. (2).

La ausencia de iniciativas específicas en rehabilitación visual constituye una barrera para el acceso de la población con baja visión a la prestación de servicios de salud visual, suministro de ayudas ópticas y rehabilitación visual, lo que repercute de manera negativa en la calidad de vida de este grupo poblacional.(5)

Por este motivo es necesario continuar investigando y buscando estrategias que se puedan aplicar a las situaciones particulares de la población con discapacidad visual de origen traumático, entendiendo sus necesidades desde sus vivencias individuales

y buscando comprender las áreas, intervenciones y acompañamientos que se deben mejorar, crear y/o corregir en las intervenciones en salud.

Justificación

Las consecuencias funcionales del trauma ocular son graves, con 1,6 millones de pacientes a nivel mundial con ceguera bilateral postraumática; 2,3 millones con baja visión bilateral y más de 19 millones de pacientes con ceguera unilateral postraumática o baja visión; (10) la patología traumatológica ocular es la tercera causa de ceguera. (11)

En los servicios de urgencia el trauma ocular ocupa alrededor del 3 % del total devaluaciones; destacándose como principales causas de trauma las agresiones físicas, los deportes, las actividades laborales de tipo industrial, la construcción, agrícolas y los accidentes de tránsito. Diversos mecanismos pueden generar diferentes grados de discapacidad visual como secuela ya sea por un cuerpo extraño corneal hasta una herida penetrante ocular que pueda tener mal pronóstico. (13)

A nivel global encontramos cambios sociodemográficos, incremento en la expectativa de vida y de desarrollo que generan desafíos en la atención y calidad en los servicios de salud. La discapacidad física, cognitiva y sensorial hacen parte de este contexto, representando retos con respecto a la inclusión, funcionalidad y rehabilitación de las personas que conviven con estas condiciones. La baja visión se puede llegar a adquirir en cualquier momento, representando cambios en la vida cotidiana y del desarrollo de actividades de las personas que presentan esta condición. (3). Es por esto que consideramos importante investigar, profundizar y hacer mucho más notorio esta problemática, para que a partir de las narrativas descritas por nuestra muestra se incluyan programas de intervención en salud mental y haya más impacto positivo en la calidad de vida de esta población.

Las medidas clínicamente objetivas como la agudeza visual o el campo visual proporcionan una evaluación del estado funcional de la visión del paciente. Sin embargo, tales medidas pueden no reflejar el grado de discapacidad visual que el paciente experimenta en sus actividades diarias, y las implicaciones adaptativas a esta pérdida, de ahí la importancia de obtener la experiencia subjetiva de quien padece esta discapacidad. Se ha demostrado que la discapacidad visual tiene efectos negativos en la calidad de vida relacionada con la salud (HR-QOL) y un impacto significativo en el funcionamiento diario, incluidas las actividades sociales. (9)

Las personas que han sido encuestadas han manifestado que la desfiguración facial ha sido la consecuencia más desgarradora de la lesión y la enucleación o evisceración, lamentando su apariencia anterior y enfrentando el desafío de depender de sus seres queridos para buscar satisfacer sus necesidades básicas durante un tiempo después de la lesión (11).

Son pocos los estudios realizados en Colombia sobre trauma ocular, a pesar de ser una de las causas más importantes y prevenibles de pérdida visual severa. Hay

reportes en Colombia con un aproximado de incidencia de 557.93 por 100.000 habitantes en 2005, reportados por la falta de elementos de protección personal y accidentes de tránsito como principal mecanismo.

En 2019 el primer registro de trauma ocular Colombiano identifica los principales mecanismo como la contusión con el 48,63%, seguido por el trauma penetrante (30,21%) y cuerpo extraño intraocular (7,92%), el trauma de origen laboral 31.22%, predominando el mecanismo penetrante. (14)

Llama la atención que se identifica dentro de este reporte que la población mas afectada son hombres (82,39%) adultos jóvenes entre 16-30 años de edad (14). Generando un impacto en personas que se encuentran en edades de estudio y actividad laboral alta asociando esto a los reportes dados en estudios en los que se han descrito dificultades en el ámbito familiar y en las relaciones interpersonales al mencionar sentirse desconectados de sí mismos y de sus amigos cercanos y familiares, dicha situación agravada por el papel de enfermo y en condición de discapacidad impuesto por sus seres queridos después de su lesión (11).

Por otro lado, se ha evidenciado, compromiso a nivel de empleo ya que para unos la pérdida de un ojo significaba que no podían regresar a sus carreras anteriores a la lesión. (11)

Con respecto al estado emocional se han expuesto sentimientos de desesperanza, depresión, dolor, culpa y aislamiento. Para otros, se ha observado el aumento de uso de sustancias como el alcohol como mecanismo de afrontamiento y para algunos encuestados, la devastación física, psicológica y financiera fue tan inmensa que evocó ideación suicida. La ansiedad social ha sido prevalente en esta población y a su vez padecer de esta puede inhibir las buenas habilidades sociales, lo que perpetúa aún más los sentimientos de tensión e incomodidad. Juntas, estas experiencias aumentan la probabilidad de evitar situaciones sociales, el bajo estado de ánimo y la confianza.(11). Además, se ha informado que viven con una mayor sensación de peligro y la necesidad de garantizar su integridad física significaba que vivían cada día con un gran sentido de precaución y consideración.

Como aspectos protectores han sido explorados el apoyo familiar como un recurso fundamental en su avance después de la lesión y capitalizar las fortalezas dentro de la familia puede desarrollar la resiliencia. La adaptabilidad de los miembros de la familia para asumir nuevos roles dentro de la familia, lo que puede facilitar la recuperación y su avance. También los mismos recursos psicológicos internos en ciertos individuos permitió mejorar la resiliencia y esto también al comparar la gravedad de sus lesiones con las experiencias de otras personas menos afortunadas (11).

En algunos estudios se ha revelado una ausencia de apoyo de salud mental y se ha puntualizado sobre el beneficio potencial de apoyo de pares en las primeras etapas de la rehabilitación y las formas en que el apoyo de salud mental podría integrarse de manera rutinaria en las prestaciones de servicios actuales y reducir el estigma.(11)

La importancia del abordaje completo de los diferentes factores involucrados la pérdida de agudeza visual es fundamental para potenciar las posibilidades de rehabilitación, atención oportuna que impacte de forma positiva en la reincorporación

socio-laboral, en los aspectos de ámbito emocional, en la productividad y el bienestar general que finalmente se traduce en una mejoría global en su calidad de vida. (2)

Por esto es importante conocer, identificar las vivencias de las personas con pérdida de la visión secundario a trauma ocular en nuestro contexto, debido a que Colombia es un país en vía de desarrollo con falencias en la promoción y prevención de la salud, con factores sociodemográficos que demuestran las barreras para la atención de calidad y oportuna en los servicios de salud, identificando puntos de posible intervención para los programas de prevención y promoción así como para los programas de rehabilitación. Buscamos recopilar una base de experiencias y narrativas de pacientes afectados por esta condición, con el fin de dar posibles puntos de mejora a la atención y el abordaje integral en salud mental con el fin de disminuir el impacto de este problema de salud pública y así obtener mejores resultados en salud mental que favorezcan sus capacidades básicas y de funcionamiento en la sociedad.

Revisión de tema/estado del arte

La Organización Mundial de la Salud (OMS), hace referencia a la calidad de vida cuando un individuo percibe que tiene un lugar en el mundo, influido por su propio sistema de valores, la forma en que se relaciona y persigue sus objetivos, las normas en las que vive y las expectativas que hacen parte de su funcionamiento y que está influido por su estado psicológico, las relaciones interpersonales y su salud física. (2)

La calidad de vida tiene en cuenta factores a nivel subjetivo y objetivo. En este último, los aportes fundamentales se refieren al bienestar material y la manera como el individuo se relaciona con el ambiente, sus pares y la comunidad. Esto incluye cinco dominios principales como lo son el bienestar físico, y aquí se incluye la salud y la seguridad física, el bienestar material, que se ve influido por el acceso a vivienda, la cantidad de bienes que se poseen, los medios de transporte que utiliza; el bienestar social, dado por la interacción con su familia y nivel de relacionamiento general, y bienestar emocional (autoestima, religión). Entre los factores subjetivos encontramos la percepción que tiene cada individuo de su propio bienestar, esto es, a nivel social, físico y psicológico. Es importante hacer hincapié en que para responder a cada uno de estos dominios hay factores asociados que son variables y subjetivos y que actúan en respuesta al contexto socio económico, las políticas en salud, incluso la edad, así como elementos materiales. (2)

En relación al concepto de discapacidad visual, podemos decir que se basa en alteraciones de tipo funcional o estructural y afectan la percepción de imágenes de manera parcial o total, tanto por el hallazgo de una baja agudeza visual, un campo visual disminuido o por incapacidad para distinguir la intensidad luminosa. Cabe resaltar que los pacientes con baja visión también se encuentran en este grupo. (2)

En nuestro país, la Resolución 583 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección social de Colombia, define la discapacidad visual como aquellos individuos que tienen un déficit en la percepción de la luz, también en el color o tamaño de los objetos. Acá

también se incluye a personas ciegas y con baja visión, que independiente del uso de lentes de contacto o gafas, persisten con una dificultad para percibir toda la gama de colores incluida la visión nocturna, diferentes formas, visión de cerca o lejos unilateral o bilateralmente y contorno de los rostros. (2).

A propósito de datos epidemiológicos, a nivel mundial hay cifras que llegan a los 217 millones de personas con baja visión y más o menos un 80% de todas las deficiencias visuales se considera que pueden ser prevenibles. Otras cifras nos muestran que 216.6 millones de personas presentan una discapacidad visual que va de moderada a grave, y de estos aproximadamente 119 millones son mujeres. En su gran mayoría estos individuos se encuentran en el sur de Asia, lo cual tiene que ver con el crecimiento poblacional y el envejecimiento. En cuanto a la prevalencia de la baja visión, los estudios arrojan que es mayor en mujeres (55% de la población con discapacidad visual) y lo relacionan con una mayor esperanza de vida que se ha visto en los últimos años, y en países en vías de desarrollo donde hay una importante carencia e inequidad frente al acceso a los servicios de salud.

En contraste, en países que se encuentran en vía de desarrollo, con bajos y medianos ingresos, aproximadamente el 87% de la población tiene algún tipo de discapacidad visual y el ámbito socioeconómico juega un papel fundamental en términos del pobre acceso a servicios públicos, médicos, problemas de desnutrición proteico calórica, aspectos que pueden propiciar este tipo de patologías (2).

Los datos epidemiológicos muestran que es más frecuente encontrar un mayor porcentaje de enfermedades que causan baja visión en edades avanzadas, lo que explica que la incidencia de la baja visión sea mayor en los ancianos que en otros grupos de edades. Otro aspecto que cabe resaltar es la transición demográfica que ya es evidente a nivel de la población de América Latina con un gran crecimiento en la expectativa de vida, si se tiene en cuenta que en el año 1999 la edad media de la población era de 26.4 años y se calcula que para el 2050 aumentará a 37.8 años. Adicionalmente, los individuos en edad mayor de 60 años configuraban el 9.9.% tota a nivel mundial, pero se estima que para el 2050 aproximadamente, esta proporción alcance el 22,1%. (2)

Pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción de los adultos valorados en el Hospital Universitario San Ignacio que tienen una discapacidad visual de origen traumático acerca de los factores que influyen positiva o negativamente en su desenlace a corto y mediano plazo ?

Objetivos

Objetivo general

Dar a conocer la percepción de un grupo de adultos valorados en un centro de referencia de Bogotá por discapacidad visual de origen traumático para resaltar las particularidades que puedan existir en sus mecanismos de afrontamiento en el corto y el mediano plazo, así como la forma en que perciben los factores que influyen positiva o negativamente su desenlace.

Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de la muestra poblacional observada en el Hospital San Ignacio que sufre de discapacidad visual de origen traumático
2. Conocer la experiencia emocional en la atención inicial que tiene el paciente con discapacidad visual de origen traumático frente a su condición
3. Describir las expectativas que tiene el paciente con discapacidad visual de origen traumático sobre los objetivos terapéuticos, la rehabilitación y adherencia al tratamiento.
4. Explorar cómo es el proceso adaptativo a corto y mediano plazo de la población del Hospital Universitario San Ignacio en Bogotá, en lo referente a la vida laboral, familiar y socioeconómica
5. Evaluar la percepción acerca de los factores que puedan influir positiva y negativamente en el proceso de afrontamiento de estos pacientes.
6. Proponer ajustes que puedan implementarse en los servicios que presta el hospital HUSI para pacientes de éstas características

Metodología

Diseño: Estudio de tipo cualitativo – fenomenológico. En este contexto nos centramos en las experiencias, puntos de vista y perspectivas de los participantes como centro de indagación y las contextualizaremos con su entorno.

Población: Pacientes mayores de edad que sean atendidos en el Hospital San Ignacio de Bogotá que hayan sufrido de trauma ocular que cumplan con el Código CIE-10 (**S050 - S059**)

Muestreo El tipo de muestreo será intencional teniendo en cuenta la factibilidad del acceso a las unidades de muestreo.

Se estima recolectar en un plazo de dos meses un aproximado de 6 pacientes los cuales ingresen al servicio de urgencias de oftalmología del Hospital San Ignacio dada la estimación de ingreso a dicho servicio de 1 paciente semanal. Teniendo en cuenta que la mitad decidan que no quieren participar.

A medida que vayan siendo atendidos estos pacientes por el servicio de oftalmología se les explicará sobre la participación del proyecto y se le entregará un consentimiento informado. Se añadirán los datos generales a la base de datos de recolección de pacientes y los que accedan, inicialmente se les hará una llamada telefónica a la semana luego de su egreso hospitalario en donde se tomarán datos sociodemográficos y posteriormente se aplicará una primera entrevista individual semi estructurada enfocada en la perspectiva a corto plazo (atención de urgencias).

En segunda instancia para evaluar el mediano plazo se recolectarán alrededor de dos grupos focales por medio de la bases de datos del servicio de oftalmología del Hospital San Ignacio a los que se les hará una llamada telefónica y se les hará llegar el consentimiento informado vía web a los que quieran participar en un grupo focal que por lo menos hayan tenido un tiempo de evolución igual o superior a 6 meses luego del trauma con el fin de comparar las experiencias a mediano plazo.

Estimamos que para empezar se recolectará un total de 6 pacientes para evaluar el primer fenómeno y posteriormente 12 pacientes pertenecientes a cada uno de los dos grupos focales para lograr llevar a cabo la comparación.

Se aclara que se trabajará con una muestra pequeña donde se documentarán las variaciones discursivas sobre los temas estudiados con el fin de representar su diversidad y permitir su análisis a profundidad.

Se harán entrevistas semiestructuradas llevadas a cabo por residentes de psiquiatría y psiquiatras, que serán grabadas por medio de métodos de grabación de audio en la universidad javeriana.

El objetivo del muestreo es lograr un conocimiento detallado sobre el tema estudiado, buscando que los casos elegidos proporcionen la mayor información posible y representen las perspectivas y experiencias de los participantes respecto a los temas de investigación.

Para elegir la totalidad de la muestra, se tendrá en cuenta el concepto de saturación, es decir el punto en el cual se escuche cierta diversidad de ideas y con cada entrevista adicional no aparecieron otros elementos. Sin embargo, se hará un análisis preliminar para evaluar si hay saturación de la información de todas las categorías de análisis y en caso de no tenerla ampliaremos el tamaño de la muestra progresivamente hasta cumplir con ese criterio.

Es importante anotar que el poder de la muestra no depende de su tamaño si no del hecho de que las unidades de muestreo aportan una información.

En aquellos pacientes que hayan accedido a firmar el consentimiento informado revisaremos las historias clínicas del SAHI para obtener los datos sociodemográficos y la descripción clínica y quirúrgica del trauma y de la pérdida.

De forma anónima se realizarán las llamadas telefónicas a estos pacientes seleccionados dentro de la primera semana de atención del egreso a pacientes luego de haber sido valorados e intervenidos por oftalmología, posteriormente se aplicará la entrevista semi estructurada para los pacientes que tendrá como objetivo evaluar las narrativas reciente tras el traumatismo ocular. Para dicha entrevista se tendrá como un punto de partida una pauta o guía de preguntas desarrolladas por los investigadores que tomará alrededor de 30 minutos responderla. Las entrevistas serán grabadas en formato audio y transcritas textualmente para su análisis. La entrevista será efectuada por un profesional en psiquiatría o residente de psiquiatría a estos pacientes que acepten participar de forma voluntaria en el proyecto. Estas llamadas se llevarán a cabo en la oficina del departamento de psiquiatría de la universidad javeriana y se grabará en un computador de la universidad. Finalmente, los datos recolectados se subirán al RED CAP.

Posteriormente se elegirán grupos focales de pacientes seleccionados de la base de datos que cumplan con 6 meses del tiempo posterior al trauma y se realizarán luego de la aceptación de la participación por medio del consentimiento informado, a través la plataforma virtual de TEAMS de la universidad en donde se elaboraran otras entrevistas semi estructuradas con el fin de evaluar las experiencias a mediano plazo durante un tiempo aproximado de 40 minutos. Las entrevistas nuevamente serán grabadas en formato audio con los mismos lineamientos previos y transcritas textualmente para su análisis y se adjuntaran los datos al REDCAP. Las entrevistas serán dirigidas por un residente de psiquiatría o psiquiatra como rol de moderador.

Instrumento: (Ver anexo 1 – Protocolo)

Entrevista semi estructurada con pauta o guía de preguntas desarrolladas por los investigadores. Se seleccionaron un conjunto de categorías apriorísticas que incluyeron:



Estas categorías se utilizarán para desarrollar las entrevistas para ambos grupos pero la estructura de la entrevista tiene un enfoque específico para los de la atención inicial y para los grupos focales.

Para la clasificación del trauma ocular y la descripción de la discapacidad visual, los residentes del servicio de oftalmología del HUSI y oftalmólogos describirán en la historia clínica de ingreso la mejor agudeza visual corregida de ambos ojos , así como la clasificación de trauma con el OTS. En algunos casos más severos se realizará potenciales visuales evocados para determinar si existe conducción e interpretación lúminica a nivel cerebral.

Criterios de inclusión:

Pacientes mayores de 18 años con discapacidad visual de origen traumático que sean atendidos en el Hospital San Ignacio y que acepten participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- Discapacidad cognitiva o de otro tipo que no permita participar en las actividades
- Pacientes que su atención inicial fuera en otras instituciones de salud
- Personas con otras discapacidades visuales previas al trauma ocular.
- Los participantes de los grupos focales preferiblemente personas que no se conocen.

Análisis de datos:

Posterior al proceso de transcripción la grabación digital será eliminada. Las transcripciones en medio físico sólo serán conocidas por los investigadores y se almacenarán bajo absoluta reserva por los mismos. La información de identificación (nombre, lugares de trabajo) detectada en las transcripciones será reemplazada por un número de estudio con el ánimo de proteger la identidad

Para el análisis de datos se partirá de un conjunto de categorías apriorísticas. Y cuando se vaya a revisar el material se establecerán las unidades que emergerán de los datos.

Las unidades de análisis serán segmentos de contenido textual, que se analizaran para generar categorías.

Las categorías se forman comparando datos, pero en este nivel no se combinarán ni se relacionarán datos. En el primero (codificación abierta), se codifican las unidades (datos en bruto) en categorías; las unidades van produciendo categorías nuevas o van “encasillándose” en las que surgieron previamente.

A las categorías que emergieron se les asignaran códigos que las identificaran. Para denominar a las categorías se aconseja utilizar las palabras que representen más a los temas.

Posteriormente : codificación en un segundo plano o axial, donde se compararan las categorías entre sí .

Se comparan las categorías entre sí con el fin de agruparlas en temas y buscar posibles vinculaciones. Se llevará a cabo también mediante la comparación constante. Unir información que esté en diferentes categorías. Se iniciara comparando las categorías (tal como se hizo con las unidades), se identificarán similitudes y diferencias entre ellas y se consideraran vínculos posibles entre las categorías. Cada categoría se describe en términos de su significado (¿Cuál es su naturaleza y esencia?, ¿a qué se refiere la categoría?, ¿Cuál es su naturaleza y esencia?, ¿Cuál es su significado?, ¿Qué nos “dice” la categoría? . Luego, se ilustra o caracteriza con segmentos.

Finalizando, se debe integrar las categorías en temas más centrales y generales (categorías con mayor “amplitud conceptual” que concentren a las categorías emergidas en el primer plano de codificación) con base en sus propiedades (codificación axial).

Resultados esperados de la investigación

Con esta investigación se pretende:

- Generar alianza con el grupo de psiquiatría y oftalmología para realizar intervenciones integrales interdisciplinarias dirigidas a pacientes con discapacidad visual de origen traumático
- Establecer las consecuencias psíquicas asociadas a traumatismo ocular
- Explorar los mecanismos individuales de afrontamiento en el corto y el mediano plazo, así como la forma en que perciben los factores que influyen positiva o negativamente su desenlace.

Productos esperados de la investigación:

- Participación en 1 ponencia nacional y 1 internacional con los resultados obtenidos de la investigación.
- Sometimiento de artículo original en revista indexada, de alto impacto académico y científico.

Anexos

Anexo 1 - Protocolo

Cada entrevista tendrá una duración máxima de 30 minutos individual y 40 minutos grupal, esta será grabada y transcrita textualmente por los investigadores. Los participantes deben autorizar la realización de la entrevista y su grabación digital.

Guía de entrevista en profundidad

1- Entrevista Individual

Paso 1. Bienvenida, introducción e instrucciones.

Objetivos: Introducción de los investigadores, brindar información del estudio al participante sobre objetivos y métodos, adicionalmente solicitar su participación en el estudio.

- **Bienvenida:**
Debido a que su respuesta fue afirmativa al obtener su firma del consentimiento informado, quiero agradecerle por tomarse el tiempo para reunirse conmigo hoy. Usted ha sido invitado a participar en esta entrevista ya que su perspectiva en relación con su experiencia sobre la discapacidad visual secundaria al trauma nos proporciona una visión más profunda sobre el tema.
- **Introducción:** esta entrevista está diseñada para evaluar la percepción de un grupo de adultos por discapacidad visual de origen traumático para resaltar las particularidades que puedan existir en sus mecanismos de afrontamiento **en el corto plazo**, así como la forma en que perciben los factores que influyen positiva o negativamente su desenlace. La entrevista durará aproximadamente 30 minutos y será grabada para no perder ninguno de sus comentarios ni detalles de lo que usted nos responda.
- **Confidencialidad:** Todas las respuestas serán confidenciales. Esto significa que sus respuestas solo se compartirán con los miembros del equipo de investigación y serán utilizados sólo con propósitos académicos. Si hay alguna pregunta que no desea responder puede omitirla, sin embargo, nos gustaría contar con su opinión en todas las preguntas. ¿Tiene alguna pregunta sobre lo que acabo de explicar?
- **Paso 2: Realización de entrevista semi estructurada y grabación de la misma.**
- Se realizará la entrevista semiestructurada, indicándole al participante que nos interesa conocer su opinión y su punto de vista en relación con las siguientes preguntas:

Tema central	Pregunta principal	Pregunta secundaria

Paso 3: Finalización y cierre.

- **Conclusión:** Le agradecemos por participar en la entrevista, sus opiniones son muy valiosas e importantes en nuestra investigación. Finalmente me gustaría preguntarle si quiere preguntarme algo o tiene alguna inquietud sobre la investigación. Despedida y cierre de la entrevista.

2. Grupos Focales

Paso 1. Bienvenida, introducción e instrucciones.

Objetivos: Introducción de los investigadores, brindar información del estudio a los participantes sobre objetivos y métodos, adicionalmente solicitar su participación en el estudio.

- **Bienvenida:**
Debido a que su respuesta fue afirmativa al obtener su firma del consentimiento informado, quiero agradecerles por tomarse el tiempo para reunirse conmigo hoy. Ustedes han sido invitados a participar en esta entrevista ya que su perspectiva en relación con su experiencia sobre la discapacidad visual secundaria al trauma nos proporciona una visión más profunda sobre el tema.
- **Introducción:** esta **entrevista grupal** está diseñada para evaluar la percepción de un grupo de adultos por discapacidad visual de origen traumático para resaltar las particularidades que puedan existir en sus mecanismos de afrontamiento **en el mediano plazo**, así como la forma en que perciben los factores que influyen positiva o negativamente su desenlace. La entrevista durará aproximadamente 40 minutos y será grabada para no perder ninguno de sus comentarios ni detalles de lo que usted nos responda.
- **Confidencialidad:** Todas las respuestas serán confidenciales. Esto significa que sus respuestas solo se compartirán con los miembros del equipo de investigación y serán utilizados sólo con propósitos académicos a pesar de que la información recolectada sea de manera grupal. Si hay alguna pregunta que no desean responder pueden omitirla, sin embargo, nos gustaría contar con su opinión en todas las preguntas. ¿Tienen alguna pregunta sobre lo que acabo de explicar?
- **Paso 2: Realización de entrevista semi estructurada y grabación de la misma.**
- Se realizará la entrevista semiestructurada, indicándole a los participantes que nos interesa conocer su opinión y su punto de vista en relación a las siguientes preguntas:

Tema central	Pregunta principal	Pregunta secundaria
Experiencia del trauma	¿Cuál ha sido la experiencia personal que ha vivido en relación al trauma ocular?	¿Cuál es su descripción del nuevo rol que ocupa en la sociedad?
Cambio en sus capacidades	De qué forma siente que el trauma ocular le ha afectado en su funcionamiento global?	¿Cómo podría continuar su funcionamiento físico teniendo en cuenta algunas recomendaciones a tener en cuenta posterior al trauma ocular?
Formas de adaptación	Cuáles son los desafíos a los que se ha enfrentado desde su trauma ocular?	¿Cómo describe su forma de relacionarse y comunicarse posterior al trauma ocular?
Experiencia familiar	Cómo ha vivido su familia la situación del trauma ocular?	Dé qué forma se ha visto afectada su dinámica familiar posterior al trauma ocular?
Cambios en la dinámica socioeconómica	¿Cómo siente que se han visto afectados sus ingresos económicos y los de su familia?	Cuáles son las dificultades laborales a las que se ha visto enfrentado posterior al trauma ocular?
Desenlaces en salud mental	¿Cuáles cree que han sido las esferas perjudicadas en su estado afectivo a raíz del trauma ocular?	¿Qué comprende usted sobre el proceso de duelo como mecanismo importante para afrontar su condición de salud?
Experiencias en la atención inicial	¿Cómo experimentó su primer contacto con el personal de salud al momento del trauma ocular?	¿Cuál es su opinión frente a su servicio médico y las intervenciones realizadas a su llegada al área de urgencias?
Factores protectores y de riesgo	Cuál ha sido el papel de su familia en todo el proceso desde su atención inicial posterior al trauma ocular?	¿Qué factores le preocupan que pudieran afectar el óptimo desarrollo de su tratamiento?
Itinerario terapéutico	¿Qué comprende usted acerca del diagnóstico, procedimientos,	Cuáles son los pasos a seguir dentro del

	estudios y tratamiento en relación al trauma ocular?	proceso de su tratamiento?
Expectativas	¿Cómo va a llevar a cabo la consecución de sus metas en todas las áreas de funcionamiento? social, laboral, familiar y de toda índole.	¿Qué espera alcanzar con las diferentes intervenciones y procedimientos que se le brindarán desde el ámbito multidisciplinario?

El moderador deberá estar atento a las diferencias en las opiniones y los debates y orientar al grupo que utilizando el protocolo de preguntas. El moderador será un residente de psiquiatría o un psiquiatra que tiene buenas destrezas para manejar las discusiones de grupo estableciendo un ambiente relajado y permisivo para hablar.

Paso 3: Finalización y cierre.

- **Conclusión:** Les agradecemos por participar en la entrevista, sus opiniones son muy valiosas e importantes en nuestra investigación. Finalmente me gustaría preguntarles si quieren preguntarme algo o tiene alguna inquietud sobre la investigación. Despedida y cierre de la entrevista.

Anexo 2

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Entrevista individual

Título del Estudio:

Discapacidad visual de origen traumático y salud mental

Cordial saludo:

El presente documento tiene como finalidad solicitarle su participación en este estudio que describe la percepción de los adultos valorados en el Hospital Universitario San Ignacio que tienen una discapacidad visual de origen traumático acerca de los factores que influyen positiva o negativamente en su desenlace a corto y mediano plazo

Antes de decidirse a participar en este estudio, lea atentamente la siguiente información. Siéntase libre de realizar todas las preguntas que crea necesarias sobre la investigación.

El propósito de este estudio es realizar entrevistas a un grupo de adultos valorados en un centro de referencia de Bogotá por discapacidad visual de origen traumático para resaltar las particularidades que puedan existir en sus mecanismos de afrontamiento en el corto y el mediano plazo, así como la forma en que perciben los factores que influyen positiva o negativamente su desenlace.

No hay beneficios directos por su participación, sin embargo, es importante aclarar que su entrevista es de gran importancia dado que nos permitirá ampliar la información sobre los desenlaces secundarios a la experiencia de una discapacidad visual de origen traumático.

Si acepta participar, un entrevistador capacitado le pedirá información sobre los temas de estudio.

Las entrevistas **individuales** duran aproximadamente 30 minutos y serán grabadas (en audio) para que podamos obtener sus palabras con precisión, comparar los comentarios de todos los participantes e identificar cualquier tendencia y patrón.

Si participa en este estudio, la información que proporcione durante las entrevistas será únicamente para propósitos de la investigación. Su decisión de participar en este estudio no afectará su situación laboral. Si usted lo desea puede negarse a responder algunas preguntas.

Si acepta participar, puede dejar el estudio en cualquier momento y cancelar el permiso para el uso de su información en la investigación sin que esto tenga repercusiones de algún tipo.

No hay riesgos físicos, sociales o económicos asociados con la participación, sin embargo, usted podría tener dudas sobre los temas que están siendo objeto de estudio por lo cual no tiene que responder a ninguna pregunta que le genere incomodidad o sobre la cual no tenga claridad.

Por otra parte, no se vinculará su nombre de manera específica con sus respuestas y lo que realizaremos será un análisis global de las entrevistas.

Somos cautos al proteger las identidades de las personas que participan en este estudio. La información recolectada para este estudio será guardada de manera segura y confidencial con las excepciones exigidas por la ley.

Su nombre nunca aparecerá en documentos, publicaciones o presentaciones que salen del estudio. La información será utilizada sólo para fines científicos por las personas responsables de esta investigación y nunca será compartida con su nombre u otros detalles que puedan identificarle.

Las personas a cargo de estas investigaciones incluyen un equipo de la Universidad Javeriana que comprende profesionales en psiquiatría.

Los datos digitales recolectados (grabaciones de audio) serán transcritos textualmente a para realizar el análisis de los datos. Posterior al proceso de transcripción la grabación digital será eliminada. Las transcripciones en medio físico solo serán conocidas por los investigadores y se almacenarán bajo absoluta reserva por los mismos y para su almacenamiento se nombrarán con un número de estudio y

no por el nombre. El número mencionado también se mantendrá seguro para que nadie fuera del equipo de investigación pueda conocer cómo usted respondió las preguntas. NO divulgaremos la información que usted proporcione a nadie fuera del equipo de investigación. La protección de datos personales recopilados en este proyecto seguirá las leyes de regulación colombianas en la protección de datos: la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

Para este estudio no se recibirán ingresos por efecto de la investigación dado que el fin es netamente académico. En la presente investigación se tiene en cuenta la normatividad vigente en la República de Colombia dada por la resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Este estudio es revisado por el comité de investigación y ética de la Pontificia Universidad Javeriana para asegurarnos que se lleva a cabo bajo las directrices y normas vigentes.

En caso de cualquier situación que le impida de continuar participando en el estudio, por favor póngase en contacto con la persona responsable para este estudio: Doctoras Maria Susana Redondo, Andrea Vanessa Plaza y Natalia Caicedo al correo proyectofellowenlace@gmail.com Si tiene preguntas, inquietudes, quejas o sugerencias sobre la investigación humana, puede llamar al Comité de Ética Institucional de la Universidad Javeriana al 571 5946161 Ext 2741 o +571 2879227 durante el horario de oficina normal.

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la información anterior sobre el estudio y se me ha dado tiempo para hacer preguntas. Acepto participar en este estudio y se me dará una copia de este formulario de consentimiento.

Nombre del participante	Firma del Participante y Fecha
-------------------------	--------------------------------

Estoy de acuerdo en que mi entrevista sea grabada en audio.

Nombre del participante	Firma del Participante y Fecha
-------------------------	--------------------------------

Nombre del investigador designado	Firma del investigador designado y Fecha
-----------------------------------	--

Nombre del testigo	Firma del testigo y Fecha
--------------------	---------------------------

Relación del Testigo al Participante	Dirección del Testigo
--------------------------------------	-----------------------

Nombre del testigo	Firma del testigo y Fecha
Relación del Testigo al Participante	Dirección del Testigo

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Grupos focales

Título del Estudio:

Discapacidad visual de origen traumático y salud mental

Cordial saludo:

El presente documento tiene como finalidad solicitarle su participación en este estudio que describe la percepción de los adultos valorados en el Hospital Universitario San Ignacio que tienen una discapacidad visual de origen traumático acerca de los factores que influyen positiva o negativamente en su desenlace a corto y mediano plazo

Antes de decidirse a participar en este estudio, lea atentamente la siguiente información. Siéntase libre de realizar todas las preguntas que crea necesarias sobre la investigación.

El propósito de este estudio es realizar entrevistas a un grupo de adultos valorados en un centro de referencia de Bogotá por discapacidad visual de origen traumático para resaltar las particularidades que puedan existir en sus mecanismos de afrontamiento en el corto y el mediano plazo, así como la forma en que perciben los factores que influyen positiva o negativamente su desenlace.

No hay beneficios directos por su participación, sin embargo, es importante aclarar que su entrevista es de gran importancia dado que nos permitirá ampliar la información sobre los desenlaces secundarios a la experiencia de una discapacidad visual de origen traumático.

Si acepta participar, un entrevistador capacitado le pedirá información sobre los temas de estudio.

Las entrevistas **grupales** duran aproximadamente 40 minutos, se llevarán a cabo en la plataforma virtual de TEAMS y serán grabadas (en audio) para que podamos

obtener sus palabras con precisión, comparar los comentarios de todos los participantes e identificar cualquier tendencia y patrón.

Si participa en este estudio, la información que proporcione durante las entrevistas será únicamente para propósitos de la investigación. Su decisión de participar en este estudio no afectará su situación laboral. Si usted lo desea puede negarse a responder algunas preguntas.

Si acepta participar, puede dejar el estudio en cualquier momento y cancelar el permiso para el uso de su información en la investigación sin que esto tenga repercusiones de algún tipo.

No hay riesgos físicos, sociales o económicos asociados con la participación, sin embargo, usted podría tener dudas sobre los temas que están siendo objeto de estudio por lo cual no tiene que responder a ninguna pregunta que le genere incomodidad o sobre la cual no tenga claridad.

Por otra parte, no se vinculará su nombre de manera específica con sus respuestas y lo que realizaremos será un análisis global de las entrevistas.

Somos cautos al proteger las identidades de las personas que participan en este estudio. La información recolectada para este estudio será guardada de manera segura y confidencial con las excepciones exigidas por la ley.

Su nombre nunca aparecerá en documentos, publicaciones o presentaciones que salen del estudio. La información será utilizada sólo para fines científicos por las personas responsables de esta investigación y nunca será compartida con su nombre u otros detalles que puedan identificarle.

Las personas a cargo de estas investigaciones incluyen un equipo de la Universidad Javeriana que comprende profesionales en psiquiatría.

Los datos digitales recolectados (grabaciones de audio) serán transcritos textualmente a para realizar el análisis de los datos. Posterior al proceso de transcripción la grabación digital será eliminada. Las transcripciones en medio físico sólo serán conocidas por los investigadores y se almacenarán bajo absoluta reserva por los mismos y para su almacenamiento se nombrarán con un número de estudio y no por el nombre. El número mencionado también se mantendrá seguro para que nadie fuera del equipo de investigación pueda conocer cómo usted respondió las preguntas. NO divulgaremos la información que usted proporcione a nadie fuera del equipo de investigación. La protección de datos personales recopilados en este proyecto seguirá las leyes de regulación colombianas en la protección de datos: la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

Para este estudio no se recibirán ingresos por efecto de la investigación dado que el fin es netamente académico. En la presente investigación se tiene en cuenta la normatividad vigente en la República de Colombia dada por la resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Este estudio es revisado por el comité de investigación y ética de la Pontificia Universidad Javeriana para asegurarnos que se lleva a cabo bajo las directrices y normas vigentes.

En caso de cualquier situación que le impida de continuar participando en el estudio, por favor póngase en contacto con la persona responsable para este estudio: Doctoras Maria Susana Redondo, Andrea Vanessa Plaza y Natalia Caicedo al correo proyectofellowenlace@gmail.com Si tiene preguntas, inquietudes, quejas o sugerencias sobre la investigación humana, puede llamar al Comité de Ética Institucional de la Universidad Javeriana al 571 5946161 Ext 2741 o +571 2879227 durante el horario de oficina normal.

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la información anterior sobre el estudio y se me ha dado tiempo para hacer preguntas. Acepto participar en este estudio y se me dará una copia de este formulario de consentimiento.

Nombre del participante	Firma del Participante y Fecha
-------------------------	--------------------------------

Estoy de acuerdo en que la entrevista grupal sea grabada en audio.

Nombre del participante	Firma del Participante y Fecha
-------------------------	--------------------------------

Nombre del investigador designado	Firma del investigador designado y Fecha
-----------------------------------	--

Nombre del testigo	Firma del testigo y Fecha
Relación del Testigo al Participante	Dirección del Testigo
Nombre del testigo	Firma del testigo y Fecha
Relación del Testigo al Participante	Dirección del Testigo

Anexo 3.

ENTREVISTA

FECHA:

**CONSECUTIVO IDENTIFICATIVO DE LA ENTREVISTA:
ENTREVISTADOR:**

Experiencia del trauma

1. ¿Cómo ha vivido esta experiencia de tener un accidente ocular?
2. ¿Cuáles momentos que rodearon al accidente ocular usted diría que fueron para usted los mas emocionalmente relevantes?
3. ¿Usted considera que posterior al trauma ocular presentó cambios en su rol (papel) familiar y/o laboral?
4. ¿Si la respuesta anterior fue afirmativa, cuáles fueron esos cambios y que condiciones del accidente contribuyeron a este cambio?
5. ¿Si la respuesta anterior es negativa, qué factores o situaciones o condiciones contribuyeron que no se presentaron cambios?

Cambio en sus capacidades

6. ¿De qué forma siente que el trauma ocular le ha afectado en su funcionamiento?
7. ¿Cómo las recomendaciones dadas posterior al trauma ocular por sus tratantes posterior al trauma ocular usted logra vincularlas a su vida cotidiana?

Formas de adaptación

8. ¿Cuáles son los desafíos a los que se ha enfrentado desde que ocurre su trauma ocular?
9. ¿considera que su forma de relacionarse con los demás o de comunicarse ha cambiado posterior al trauma ocular?
10. ¿Qué estrategias ha usado para acoplar la lesión ocular a su vida cotidiana?
11. ¿En algún momento llegó a sentir que el trauma ocular no era verdad? ¿si esto ocurrió en qué momento y que circunstancias generan que se adapte a la situación vivida?

Experiencia familiar

12. ¿Cómo ha vivido su familia la situación del trauma ocular?
13. ¿Las dinámicas familiares se vieron afectadas posterior al trauma ocular? ¿de qué manera?
14. ¿Qué papel considera que su familia tuvo en el antes, durante y después del trauma ocular?

Cambios en la dinámica socioeconómica

15. ¿Cuáles son las dificultades laborales a las que se ha visto enfrentado posterior al trauma ocular?
16. ¿Cómo siente que se han visto afectados sus ingresos económicos y los de su familia en comparación con la situación económica previa?

Desenlaces en salud mental

17. ¿Cómo considera que el trauma ocular afectó su estado emocional?
18. ¿Han existido momentos desde el trauma ocular en los que usted considerara que necesitaba ayuda por parte de un profesional de la salud mental?

19. ¿En algún momento desde el trauma ocular su familia ha notado que usted esté más irritable, triste o llorando más de lo usual?
20. ¿Cómo comprende el proceso de duelo dentro de la situación vivida con el trauma ocular?
21. ¿Desde el trauma ocular usted ha necesitado recurrir más frecuentemente a sustancias psicoactivas como alcohol, cigarrillo y otras sustancias?

Experiencias en la atención inicial

22. ¿Cómo experimentó su primer contacto con el personal de salud al momento del trauma ocular?
23. ¿Cuál es su opinión frente a su servicio médico y las intervenciones realizadas a su llegada al área de urgencias?
24. ¿Qué cambiaría frente a la primera atención?

Factores protectores y de riesgo

25. ¿Cuáles factores considera usted que le han ayudado a sentirse más tranquilo en todo el proceso de mejoría en su salud?
26. ¿Cuáles factores considera han resultado perjudiciales en su proceso de salud posterior al trauma ocular?
27. ¿Qué factores le preocupan que pudieran afectar el óptimo desarrollo de su tratamiento?

Itinerario terapéutico

28. ¿Qué comprende usted acerca del diagnóstico, procedimientos, estudios y tratamiento en relación al trauma ocular?
29. ¿Cuáles son los pasos a seguir dentro del proceso de su tratamiento?

Expectativas

30. ¿Cómo cree que posterior al trauma ocular usted puede llegar a completar sus metas sociales, laborales, familiares?
31. ¿Qué espera alcanzar con las diferentes intervenciones y procedimientos que se le brindarán desde el ámbito multidisciplinario?

Cronograma

Plan de actividades	Mensual											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definición de pregunta de investigación, objetivos, metodología y revisión bibliográfica	x											
Definición de instrumentos para recolección de información - Elaboración del plan de análisis de la información		x										
Presentación ante el comité de investigaciones de la Universidad Javeriana			x									
Recolección de datos				x	x	x	x	x	x	x		
Análisis de datos y conclusiones											x	
Documento escrito con aportes desde el área de psiquiatría y oftalmología a la atención a pacientes con discapacidad visual de origen traumático											x	
Presentación artículo para publicación												x

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Catalana de Optometría y Terapia Visual. (10 de 12 de 2021). *ACOTV*. Obtenido de La visión: <https://www.acotv.org/es/area-visual/15-la-vision.html>
2. Jiménez Carlos, Abuchar Leidy Salazar Viviana. Reyes Camacho Paola. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la visión, en personas con diagnóstico de baja visión: una revisión de la literatura. Facultad de medicina especialización en gerencia de la salud pública. Medellín, Colombia. 2019
3. Romaniuk VM. Ocular trauma and other catastrophes. *Emerg Med Clin North Am*. 2013 May;31(2):399-411. doi: 10.1016/j.emc.2013.02.003. PMID: 23601479.
4. Bourne R, Flaxman S, Braithwaite T. Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017 Sep; 5(9).
5. Minsalud. Resolución No. 0000583 de 2018. [Online].; 2018 [cited 2020. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20583%20de%202018.pdf.
- 6 Organización mundial de la salud . (10 de 12 de 2021). *Organizacion mundial de la salud* . Obtenido de Ceguera y discapacidad visual: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
7. Pelletier AL, Rojas-Roldan L, Coffin J. Vision Loss in Older Adults. *Am Fam Physician*. 2016 Aug 1;94(3):219-26. Erratum in: *Am Fam Physician*. 2016 Sep 1;94(5):344. PMID: 27479624.
8. Atkins, E. J., Newman, N. J., & Biousse, V. (2008). Post-traumatic visual loss. *Reviews in neurological diseases*, 5(2), 73–81.
9. Oviedo M, Hernández M. Capacidad instalada de centros de atención en baja visión en Colombia. Artículos originales. 2019.
10. Revista Cubana de Oftalmología 2012;25(Supl 2):500-507. Trauma ocular y politrauma Ocular trauma and multitrauma Dra. Dunia Cruz Izquierdo, Dr. Roberto Alejandro Guerra García. Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La Habana, Cuba.

11. Joni Keys, Martin Dempster, Jonathan Jackson, Michael Williams, Sinead Coyle, The psychosocial impact of losing an eye through traumatic injury and living with prosthetic restoration: A thematic analysis, *Acta Psychologica*, Volume 219, 2021
12. Baillif S, Paoli V. Plaies et corps étrangers du segment postérieur [Open-globe injuries and intraocular foreign bodies involving the posterior segment]. *J Fr Ophthalmol*. 2012 Feb;35(2):136-45. French. doi: 10.1016/j.jfo.2011.08.003. Epub 2012 Jan 9. PMID: 22226765.
13. Cruz Izquierdo, Dunia, & Guerra García, Roberto Alejandro. (2012). Trauma ocular y politrauma. *Revista Cubana de Oftalmología*, 25(Supl. 2), 500-507. Recuperado en 16 de noviembre de 2021, de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>
14. Castro A, Mejia JC, Gutiérrez L. Registro de Trauma Ocular Colombiano (ReTOC). Primer reporte. *Revista Sociedad Colombiana de Oftalmología*. 2019; 52(2):79-8
15. política pública nacional de discapacidad e inclusión social 2013-2022, Ministerio de salud y protección social, diciembre 2014
16. Atkins, E. J., Newman, N. J., & Biousse, V. (2008). Post-traumatic visual loss. *Reviews in neurological diseases*, 5(2), 73–81.
17. Resolución sobre «atención oftálmica integrada y centrada en la persona, incluidas la ceguera y la discapacidad visual prevenibles», 73.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2020.
18. Kuhn F, Mester V, Berta A, Morris R. Epidemiologie schwerer Augenverletzungen. United States Eye Injury Registry (USEIR) und Hungarian Eye Injury Registry (HEIR). *Ophthalmologie*. 1998;95(5):332–43.
19. Zhang X, Liu Y, Ji X, Zou Y. A Retrospective Study on Clinical Features and Visual Outcome of Patients Hospitalized for Ocular Trauma in Cangzhou, China. *J Ophthalmol*. 2017
20. Yan Editor H. Mechanical Ocular Trauma. Springer, editor. Tianjin, China; 2017, 130 p.
21. Congdon NG, Friedman DS. Important Causes of Visual Impairment in the World Today. *Clin 'S Corner*. 2015;290(15):2057–60.
22. Boyd S, Sternberg P, Recchia F, Boyd BF. Manejo moderno del trauma ocular.

- Panamá: Jaypee - Highlights. Medical Publishers, INC; 177 p.
23. Ferenc Kuhn. Ocular traumatology. Berlin, Heidelberg; 2008. 545 p.
24. García DP, Martínez FE, Guerra AG, Ordaz EC. Utilidad del “Ocular Trauma Score” como herramienta de pronóstico visual en lesiones traumáticas oculares [Internet]. Revista Cubana de Oftalmología. [cited 2021 Nov 24]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762010000200003
25. P, Martínez FE, Guerra AG, Ordaz EC. Utilidad del “Ocular Trauma Score” como herramienta de pronóstico visual en lesiones traumáticas oculares [Internet]. Revista Cubana de Oftalmología. [cited 2021 Nov 24]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762010000200003