

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA**

---

**Tema: “LA DISCAPACIDAD Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD  
FAMILIAR, DEL SECTOR EU04, PUJILI. 2015-2016”**

---

Trabajo de Investigación previo a la obtención del Grado Académico de  
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

**Autora:** Dra. Patricia Elizabeth Vaca Jácome

**Directora:** Dra. Mercedes Flérida Darías Pérez, Esp.

Ambato – Ecuador

2016

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por el Doctor José Marcelo Ochoa, Magíster, e integrado por los señores Doctor Jorge Isaac Sánchez Miño, Especialista, Doctora Inés Aurora del Pino Boytel, Especialista; Doctor Otoniel Fajardo Rodríguez, Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Ambato para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: “LA DISCAPACIDAD Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD FAMILIAR, DEL SECTOR EU04, PUJILÍ. 2015-2016”, elaborado y presentado por la señora Doctora Patricia Elizabeth Vaca Jácome, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

-----  
*Dr. José Marcelo Ochoa Egas, Mg.*  
**Presidente del Tribunal**

-----  
*Dr. Jorge Isaac Sánchez Miño, Esp.*  
**Miembro del Tribunal**

-----  
*Dra. Inés Aurora del Pino Boytel, Esp.*  
**Miembro del Tribunal**

-----  
*Dr. Otoniel Fajardo Rodríguez, Esp.*  
**Miembro del Tribunal**

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas en el trabajo de investigación presentado con el tema: “LA DISCAPACIDAD Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD FAMILIAR DEL SECTOR EU04, PUJILÍ. 2015-2016”, le corresponde exclusivamente a: Doctora Patricia Elizabeth Vaca Jácome, Autora bajo la Dirección de la Doctora Mercedes Flérida Darías Pérez, Especialista, Directora del trabajo de investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

---

Dra. Patricia Elizabeth Vaca Jácome

CC: 1709193773

**AUTORA**

---

Dra. Mercedes Flérida Darías Pérez, Esp.

C.C: E252081

**DIRECTORA**

## **DERECHOS DEL AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el trabajo de investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la institución.

Cedo los derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

-----  
Dra. Patricia Elizabeth Vaca Jácome  
C.C. 1709193773

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

Portada .....	i
A la Unidad Académica de Titulación.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	iii
DERECHOS DEL AUTOR.....	iv
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	v
AGRADECIMIENTO.....	xi
DEDICATORIA.....	xii
RESUMEN EJECUTIVO.....	xiii

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO 1 .....	2
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1 Tema de investigación:.....	2
1.2 Planteamiento del problema:.....	2
1.2.1 Contextualización:.....	2
1.2.2 Análisis crítico:.....	4
1.2.3 Prognosis:.....	6
1.2.4 Formulación del problema: .....	6
1.2.5 Interrogantes:.....	6
1.2.6 Delimitación del objeto de investigación:.....	7
1.3 Justificación: .....	7
1.4 Objetivos: .....	8
1.4.1 Objetivo General.-.....	8
1.4.2 Objetivos específicos.- .....	8
CAPÍTULO 2.....	9
MARCO TEÓRICO.....	9

2.1 Antecedentes investigativos .....	9
2.2 Fundamentación filosófica .....	11
2.3. Fundamentación legal.- .....	11
2.4.1 Discapacidad: .....	15
2.4.2 Tipo y nivel de discapacidad: .....	20
2.4.3 Condición de salud de la persona con discapacidad: .....	22
2.4.4 Características de la familia .....	23
2.4.5 Recursos adaptativos y apoyo social: .....	26
2.4.6 Repercusión de la discapacidad en la salud familiar .....	28
2.5 Hipótesis: .....	31
2.5.1 Señalamiento de variables .....	31
CAPÍTULO 3 .....	32
3. METODOLOGÍA .....	32
3.1 Enfoque .....	32
3.2 Modalidad básica de la investigación .....	32
3.3 Nivel o tipo de investigación .....	32
3.4 Población y muestra: .....	33
3.5 Operacionalización de variables .....	34
3.6 Recolección de la información .....	36
3.7 Procesamiento y análisis de la información .....	40
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	41
4.1 Análisis de los resultados .....	41
4.1.1 Características sociodemográficas de las personas con discapacidad: .....	41
4.1.2 Características etiológicas y clínicas de las personas con discapacidad .....	48
4.1.3 Factores de riesgo de las personas con discapacidad. ....	56
4.1.4 Tipología familiar o estructura de la familia .....	57

4.1.5 Recursos adaptativos y apoyo social.....	61
4.2.2 Apoyo social:.....	63
4.1.6 Repercusión de la discapacidad en la salud familiar según el nivel y tipo de discapacidad .....	66
Repercusión de la discapacidad en la salud familiar según el tipo de .....	70
4.2 Interpretación de datos .....	76
4.3 Verificación de la hipótesis. ....	78
CAPÍTULO 5 .....	79
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	79
CAPÍTULO 6 .....	80
6. PROPUESTA: .....	80
6.1 Datos informativos. ....	80
6.2 Antecedentes de la propuesta .....	80
6.3 Justificación.....	81
6.4 Objetivos .....	82
6.4.1 Objetivo General .....	82
6.4.1 Objetivos específicos .....	82
6.5 Análisis de factibilidad.....	82
6.6 Fundamentación: .....	83
6.7 Metodología modelo operativo .....	83
6.8 Administración: .....	86
6.9 Previsión de la evaluación:.....	86
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	87
8. ANEXOS.....	95

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	Comparación entre familia funcional y disfuncional.....	29
Tabla N° 2	Operacionalización de las variables.....	33
Tabla N° 3	Características sociodemográficas edad, sexo y etnia de las personas con discapacidad del sector EU04, Pujilí. 2016.....	41
Tabla N° 4	Distribución de las personas con discapacidad de acuerdo a estado civil y edad.....	43
Tabla N° 5	Distribución de las personas con discapacidad según etnia y sexo.....	44
Tabla N° 6	Distribución de las personas con discapacidad según edad y nivel de instrucción.....	45
Tabla N° 7	Distribución de las personas con discapacidad según edad y ocupación.....	46
Tabla N° 8	Distribución de las personas con discapacidad según etiología y variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil.....	47
Tabla N° 9	Distribución de las personas con discapacidad según etiología y variables sociodemográficas: nivel de instrucción, ocupación....	48
Tabla N° 10	Distribución de los tipos de discapacidad en número y porcentaje.....	49
Tabla N° 11	Distribución de personas con discapacidad según tipo de discapacidad y variables sociodemográficas edad, sexo y estado civil.....	50
Tabla N° 12	Distribución de personas con discapacidad según tipo de discapacidad y variables sociodemográficas etnia, instrucción, ocupación.....	51
Tabla N° 13	Discapacidad según nivel.....	53
Tabla N° 14	Nivel de discapacidad según características sociodemográficas de edad, sexo, estado civil, etnia, instrucción y ocupación.....	54
Tabla N° 15	Distribución de las personas con discapacidad según factores de riesgo y grupos de edad.....	56
Tabla N° 16	Distribución de las personas con discapacidad según tipo de	



	familia y edad.....	57
Tabla N° 17	Distribución de las personas con discapacidad según tipo de familia y tipo de discapacidad.....	58
Tabla N° 18	Distribución de las personas con discapacidad según Tipo de familia y Nivel de discapacidad.....	59
Tabla N° 19	Etapa del ciclo vital de las familias de las personas con discapacidad.....	60
Tabla N° 20	Distribución de las personas con discapacidad según crisis familiar y edad.....	60
Tabla N° 21	Distribución de las personas con discapacidad según recursos adaptativos de la familia y grupos de edad.....	61
Tabla N° 22	Distribución de las personas con discapacidad según recursos adaptativos de la familia y tiempo de discapacidad.....	61
Tabla N° 23	Distribución de personas con discapacidad según el Tipo de apoyo social y Tipo de discapacidad.....	62
Tabla N° 24	Distribución de personas con discapacidad según frecuencia de apoyo social y Nivel de discapacidad.....	63
Tabla N° 25	Distribución de personas con discapacidad según frecuencia de apoyo social y tipo de discapacidad.....	64
Tabla N° 26	Distribución de las personas con discapacidad según satisfacción del apoyo y tipo de discapacidad.....	64
Tabla N° 27	Discapacidad según Repercusión por variables de la salud familiar y nivel de discapacidad.....	66
Tabla N° 28	Discapacidad según Diagnostico global de Repercusión en la Salud Familiar y Nivel de discapacidad.....	68
Tabla N° 29	Discapacidad según la Repercusión por variables de la Salud familiar y tipo de discapacidad.....	71
Tabla N° 30	Discapacidad según la Repercusión por variables de la Salud familiar y tipo de discapacidad.....	72
Tabla N° 31	Diagnóstico global de repercusión según tipo de discapacidad.....	73

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	Categorías fundamentales.....	14
Gráfico N° 2	Causas de discapacidad en el Ecuador.....	19

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por haber sido la guía de mi vida.

A mis Padres que me dieron la vida y supieron inculcar en mí, buenos valores que constituyeron los pilares fundamentales para llegar a esta etapa de mi vida.

A mi Esposo e Hijo que han sido mi compañía y me han dado el ánimo y el soporte necesario para culminar este posgrado.

A mi tutora de tesis, Misión Cubana e instructores del Hospital General de Latacunga, que con sus conocimientos y saberes impartidos me han hecho crecer como profesional.

A la Universidad Técnica de Ambato, Coordinadora y Administrativos de Posgrado por su apoyo permanente para culminar con éxito esta primera promoción de Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

A mis compañeros, que hemos caminado juntos y que nos hemos apoyado.

A mis hermanos familiares y amigos que me han dado aliento y que han contribuido para alcanzar esta nueva meta en mi vida.

## **DEDICATORIA**

Este trabajo investigativo lo dedico a las personas que más amo en mi vida:

A Dios que ilumina mi existencia

A mis Padres, seres ejemplares que me criaron con amor y paciencia.

A mi Hijo que es el motor de mi vida, que me impulsa a caminar y a superarme.

A mi Esposo compañero de mi vida al que amo y respeto.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TEMA:

**“LA DISCAPACIDAD Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD FAMILIAR,  
DEL SECTOR EU04, PUJILÍ. 2015-2016”**

AUTORA: Doctora Patricia Elizabeth Vaca Jácome

DIRECTORA: Doctora Mercedes Flérida Darías Pérez, Especialista

FECHA: 08 de agosto de 2016

RESUMEN EJECUTIVO

La discapacidad constituye un problema de salud pública, circunstancia crítica que puede afectar a la familia como sistema, por esta razón se decide realizar esta investigación con el objetivo de evaluar la discapacidad y su influencia en la salud de las familias del sector EU04 Pujilí. La hipótesis planteada fue que a mayor grado de discapacidad, mayor repercusión negativa. La metodología utilizada tiene un enfoque cualitativo y cuantitativo, modalidad de campo, es un estudio observacional, descriptivo transversal. La población de estudio estuvo constituida por 37 personas con discapacidad y sus familias. El estudio se enfocó en realizar una caracterización integral de las personas con discapacidad, los recursos adaptativos, el apoyo social y la repercusión de la discapacidad en las distintas esferas de la Salud Familiar. Para la recolección de datos se utiliza como fuente primaria las fichas familiares, y como fuentes secundarias la encuesta y los test validados de: apoyo social, recursos adaptativos, y el Instrumento de Repercusión Familiar (IRFA), con el consentimiento informado previamente. El procesamiento y análisis se realiza con el sistema SPSS 20. Se obtiene como resultados que la repercusión en general fue leve con el 64,9%, con el signo negativo predominante con el 70,3%, la variable de función familiar fue la menos afectada ya que la repercusión leve fue con signo predominante positivo. Para la comprobación de la hipótesis, se utilizó el Chi cuadrado, sin existir relación estadística significativa.

**Palabras clave:** discapacidad, familia, salud familiar, repercusión, apoyo social, recursos adaptativos.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE MEDICINA/DIRECCIÓN DE POSGRADO  
EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**THEME:**

**“DISABILITY AND ITS INFLUENCE IN THE FAMILY HEALTH, THE  
EU04, PUJILÍ SECTOR. 2015-2016”**

AUTHORA: Doctora Patricia Elizabeth Vaca Jácome

DIRECTORA: Doctora Mercedes Flérida Darías Pérez, Especialista

DATE: August 08, 2016

**EXECUTIVE SUMMARY**

Disability constitutes a public health problem, a critical circumstance that can affect the family as a system. For this reason, it is decided to carry out this research in order to evaluate the disability and its influence on the health of the families of the EU04 Pujilí sector. The hypothesis was that the greater the degree of disability, the greater the negative impact. The methodology used has a qualitative and quantitative approach, field modality, is an observational, descriptive cross-sectional study. The study population consisted of 37 people with disabilities and their families. The study focused on an integral characterization of people with disabilities, adaptive resources, social support and the impact of disability in the different spheres of Family Health. For data collection, family records are used as the primary source, and the survey and validated tests of social support, adaptive resources, and the Family Impact Instrument (IRFA), with prior informed consent, are used as secondary sources. The processing and analysis is performed with the SPSS 20 system. The results are that the overall impact was slight with 64.9%, with the predominant negative sign with 70.3%, the family function variable was the least As the mild repercussion was predominantly positive. For verification of the hypothesis, Chi square was used, without significant statistical relationship.

**Key words:** disability, family, family health, impact, social support, adaptive resourc

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a la discapacidad como un problema mundial de salud pública y de desarrollo, puesto que, las personas con discapacidad tienen mayores necesidades insatisfechas en lo que respecta a salud y rehabilitación y precarias condiciones sanitarias. Se le considera también una cuestión de derechos humanos porque las personas con discapacidad sufren de inequidad y diversos tipos de violaciones a sus derechos y a su dignidad, ya que son víctimas de ciertos abusos, violaciones, prejuicio y la falta de respeto en razón de su discapacidad. Es una cuestión de desarrollo porque la prevalencia de discapacidad es mayor en países de bajos ingresos y porque la discapacidad y la pobreza se fortalecen y perpetúan mutuamente. La pobreza aumenta la probabilidad de deficiencias por medio de la desnutrición, la atención en salud deficiente y las condiciones de vida peligrosa. Por otro lado, la discapacidad puede disminuir el nivel de vida y causar pobreza debido a la falta de acceso a la educación, al empleo y el incremento de gastos relacionados a la discapacidad.<sup>1</sup>

La atención a la población con discapacidad constituye un reto importante para cualquier sociedad. Por ello, hay toda una voluntad creciente en el ámbito mundial para que se tenga en cuenta la igualdad de oportunidades y derechos de todos. Ecuador es un país que trabaja en la construcción de una sociedad más justa y aboga por el respeto absoluto de estas personas.

Siendo la persona con discapacidad elemento de un sistema como es la familia, se considera que esta condición puede ejercer una repercusión en este sistema familiar y esta alteración puede incidir en el contexto social.

Con el propósito de conocer las condiciones en las que viven las personas con discapacidad del sector EU04 de Pujilí y cómo, esta condición de discapacidad ha influenciado en la salud familiar, se realiza el presente trabajo investigativo, el mismo que servirá como un aporte para diseñar una estrategia de intervención y mejorar las condiciones de vida de las familias de las personas con discapacidad.

## CAPITULO 1

### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1 Tema de investigación:

La discapacidad y su influencia en la salud familiar del sector EU04 Pujilí. 2015-2016

#### 1.2 Planteamiento del problema:

##### 1.2.1 Contextualización:

La discapacidad siempre ha existido, desde el inicio de la historia humana, al igual que la discriminación hacia las personas que la poseen. Los hombres, también a lo largo de la historia, les han dado diferentes tratamientos a las personas con algún tipo de discapacidad: mataban a los niños con discapacidad, los utilizaban para ahuyentar a demonios, consideraban a las personas con defectos como una marca del pecado, otros consideraban que eran obra de malos espíritus y los abandonaban y dejaban morir, en otros casos los consideraban como hombres sabios o dioses. En la edad media en Francia guardaban y escondían a las personas con discapacidad en verdaderas fortalezas. En el siglo XIV se exhibían a las personas con discapacidad como espectáculo de circo. Posteriormente las personas con discapacidad fueron utilizadas para despertar la caridad, eran llamados miserables, su función ya no era la de divertir, sino la de despertar arrepentimiento.<sup>2</sup>

Gracias al desarrollo social, tecnológico y capitalista, las sociedades fueron descubriendo que una discapacidad no es más que una limitación en alguna área específica del cuerpo y descubrieron que sus capacidades e inteligencia son en algunos casos, superiores a los que llaman normales.<sup>2</sup>



La discapacidad afecta a las poblaciones vulnerables. A través de la Encuesta Mundial de Salud se pudo establecer que la prevalencia de la discapacidad es mayor en los países de ingresos bajos que en los países de ingresos más elevados. Las personas en el quintil más pobre, las mujeres y los ancianos también presentan una mayor prevalencia de la discapacidad. Las personas sin trabajo, que tienen bajos ingresos económicos y nivel de instrucción bajo tienen mayor riesgo de discapacidad. Los datos de las encuestas con base en indicadores múltiples en países seleccionados evidencian que los niños de familias más pobres y que pertenecen a grupos étnicos minoritarios presentan un riesgo significativamente mayor de discapacidad que los demás niños.<sup>1</sup>

En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación mayor, ya que, su prevalencia está en aumento. Esto se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es más elevado en los adultos mayores, además del incremento mundial de enfermedades crónicas no transmisibles como: diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, trastornos de la salud mental, que son factores de riesgo de discapacidad.<sup>1</sup>

Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial (según las estimaciones de Informe mundial sobre la discapacidad de la población mundial en 2010).<sup>1</sup>

En el censo del 2010, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) informa que en el Ecuador existen 816.000 personas que declaran estar en condición de discapacidad, pero el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) cuenta solamente con 350.777 registros, de modo que se desconocen las condiciones particulares en las que vive más del 50% de población con discapacidad.<sup>3</sup>

En el Ecuador de acuerdo al censo del 2010 se determinó que el 5.63% de la población tiene algún tipo de discapacidad; a nivel de la provincia de Cotopaxi es el 5.75%, en el cantón Pujilí 5.69% y a nivel de parroquia Pujilí es de 5.27%.<sup>3</sup>

A la familia se le considera como un sistema abierto en constante movimiento, cambio y reestructuración que busca la estabilidad y el equilibrio que mantengan al sistema en funcionamiento. En este sistema se van generando interacciones entre los diferentes componentes de la familia, es así que cualquier suceso que ocurra a alguno de los miembros repercutirá en todo el sistema familiar y a lo largo de todo el ciclo evolutivo de la familia.<sup>4</sup>

Cada familia reacciona de forma diferente ante la discapacidad, presentando confusión en los sentimientos de aceptación, rechazo y culpabilidad. La deficiencia física o psíquica debido a lesión orgánica es un dato extraño al sistema familiar. De este modo suelen producirse desequilibrios en la función parental, en la relación de pareja, en la relación con los hermanos, en síntesis en todo el sistema familiar. La discapacidad es un estresor para la familia, pero también las investigaciones demuestran, que cuando la familia enfrenta exitosamente esta crisis, viene a ser un factor de unión en la familia.<sup>4</sup>

El impacto de la discapacidad en la familia va a estar relacionado con el proceso vital en el que se encuentren cada uno de los integrantes del grupo familiar y el momento evolutivo de la familia cuando se produce este evento inesperado.<sup>4</sup>

De acuerdo al Análisis de Situación Inicial de Salud (ASIS) del sector EU04 Pujilí elaborado en el 2014 se dispensarizó a 37 familias que tienen entre sus integrantes, personas con algún tipo de discapacidad. Aparentemente algunas de estas familias tienen problemas en los diferentes aspectos que son parte de la salud familiar y se desconoce cómo la discapacidad repercute en la salud de estas familias.

### **1.2.2 Análisis crítico:**

Las personas con discapacidad conforman uno de los grupos más marginados del mundo, esas personas presentan pésimas condiciones sanitarias, obtienen resultados académicos más bajos, participan menos en la economía y registran tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidades.

La discapacidad causa que la familia tenga mayores gastos y una pérdida de las oportunidades de obtener ingresos y por ello puede aumentar el riesgo de que estas familias se vuelvan más pobres, o que sigan viviendo en la pobreza.<sup>5</sup>

La persona con discapacidad es parte de una familia y para mejorar la calidad de vida es importante que la familia goce de una buena salud familiar con un funcionamiento adecuado de los diferentes aspectos como son: el económico, psicosocial, dinámica familiar y la salud de los integrantes.

Hoy en día, la discapacidad se considera una cuestión de derechos humanos, es así que existen leyes y otras disposiciones relacionadas con esta materia a escala nacional e internacional.

A partir del año 2007 el Ecuador inicia un programa de atención a las personas con discapacidad denominado Ecuador sin barreras, en el que la Vicepresidencia de la República realiza una serie de acciones que permitieron visualizar el problema de falta de atención a las personas con discapacidad y proyectó a primer plano, las políticas del gobierno nacional mediante su atención.<sup>6</sup>

Desde el mes de julio del 2009 se inicia a nivel nacional la Misión Solidaria Manuela Espejo que consta de cuatro etapas: diagnóstico, respuesta, prevención e inclusión. El objetivo de esta misión fue elaborar políticas públicas integrales en favor de las personas discapacitadas, con intervención en áreas de salud, educación, y bienestar social. Además de hacer llegar las ayudas técnicas que permitan mejorar las condiciones de las personas discapacitadas en situación de extrema pobreza y marginalidad.<sup>7</sup>

Posteriormente se inicia el programa de protección social y cuidado continuo con el nombre: Misión Joaquín Gallegos Lara, el mismo está orientado a dar atención a los casos más críticos, es decir, aquellas personas con discapacidad intelectual, física severa o con múltiples discapacidades que viven en un entorno de extrema pobreza. En este programa los cuidadores de las personas con discapacidad severa reciben una compensación económica, la que debe ser empleada en la alimentación, higiene, vestido, atención de salud y rehabilitación del

discapacitado. Estos cuidadores son también capacitados en prevención y atención básica de complicaciones. En el 2012, este beneficio se amplió a las personas que padecen enfermedades catastróficas, raras o huérfanos y a los menores de catorce años que viven con VIH/SIDA en situación de pobreza. Alrededor de 20 000 personas en estas condiciones están cubiertas con un bono condicionado de 240 dólares mensuales y más de 10 000 familias cuentan con vivienda propia equipada con enseres básicos.<sup>6</sup>

Estos programas se han enfocado en brindar la ayuda para mejorar el área socioeconómica principalmente. Sin tomar en cuenta los otros aspectos de la salud de la familia. Es por esta razón, la necesidad de desarrollar el trabajo investigativo con el tema propuesto.

### **1.2.3 Prognosis:**

De no realizarse esta investigación, las personas con discapacidad y sus familias en las que la salud familiar está afectada no podrán ser intervenidas, pues van a faltar elementos que permitan actuar de una forma más intencionada y más adecuada, lo que contribuirá al deterioro cada vez mayor de la salud de estas familias.

### **1.2.4 Formulación del problema:**

- ¿Cómo influye la discapacidad en la salud de las familias del sector EUO4 Pujilí?

### **1.2.5 Interrogantes:**

- ¿Cuáles son las características de las personas con discapacidad y de sus familias?
- ¿La familia cuenta con recursos adaptativos y apoyo social?
- ¿Existen diferencias en el grado de repercusión en la salud familiar según tipo de discapacidad?
- ¿Cómo contribuir para mejorar las condiciones de las familias de las personas con discapacidad?

### **1.2.6 Delimitación del objeto de investigación:**

De contenido:

- Campo.- Medicina Familiar
- Área.- Salud Familiar
- Aspecto.- Discapacidad

Según:

- Tiempo.- Período comprendido de enero a diciembre del 2016
- Lugar.- En el sector EU04 de Pujilí
- Personas.- De cualquier edad, sexo o etnia con algún tipo y grado de discapacidad

Línea de investigación:

- Epidemiología y salud pública

### **1.3 Justificación:**

Entre los argumentos demuestran que la pertinencia de realizar esta investigación es la existencia en el sector de personas con discapacidad, y este es un problema actual, real, que tiene una magnitud alta y que va en incremento, ya que la mayor parte son discapacidades por secuelas de enfermedades crónicas no transmisibles, las mismas que tienen una considerable tasa de prevalencia. Por lo tanto la presencia de discapacidad puede incrementarse, y si se considera que la familia es el principal apoyo para la persona con discapacidad, es importante que el entorno familiar de estas personas sea adecuado.

Al ser la discapacidad un problema actual que va en incremento, el realizar esta investigación permitirá a los servidores de salud de la atención primaria y especialmente a los médicos de familia desempeñar las funciones como son las de prevenir, detectar y rehabilitar a las familias que pueden estar atravesando por problemas de salud familiar.

Los resultados de esta investigación van a permitir realizar una intervención en cada familia y elaborar guías de ayuda social de acuerdo a las necesidades, que pueden ser aplicadas en otras áreas de salud con similares problemas.

El impacto social será importante por cuanto estas familias van a tener un abordaje integral a través de la elaboración de un plan de intervención comunitario con el propósito de mejorar la salud de estas familias y por ende brindarle a la persona con discapacidad y al resto de los integrantes de la familia, la oportunidad de desarrollar las habilidades necesarias para desenvolverse con autonomía, seguridad y autoestima, siendo personas útiles para la sociedad y que aportarán para el desarrollo de la misma.

Esta investigación es factible ejecutarla, ya que el número de familias con las que se va a trabajar es reducido (37 familias), geográficamente las familias no están muy dispersas por lo que no se requiere de recursos económicos importantes y se cuenta con los recursos humanos necesarios.

#### **1.4 Objetivos:**

##### **1.4.1 Objetivo General.-**

Evaluar la discapacidad y su influencia en la salud familiar del sector EU04 Pujilí, año 2015 -2016

##### **1.4.2 Objetivos específicos.-**

1. Caracterizar a las personas con discapacidad según variables sociodemográficas, tipo de discapacidad y a sus familias según variables seleccionadas.
2. Identificar los recursos adaptativos de las familias y el apoyo social recibido.
3. Determinar el grado de repercusión en la salud familiar según el tipo de discapacidad.
4. Diseñar una estrategia de intervención comunitaria para mejorar las condiciones familiares de las personas con discapacidad.

## CAPÍTULO 2

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes investigativos

Con relación a las investigaciones en torno a las familias de personas en situación de discapacidad, se pueden encontrar variadas visiones al respecto:

En un estudio realizado en 46 familias con personas con discapacidad de la ciudad de México sobre cambios de la dinámica familiar con hijos con discapacidad, se tiene como conclusión que existen algunos cambios en la organización de las familias con hijos o hijas con discapacidad que se inicia desde el momento de la noticia hasta que los niños son adultos. Además hay modificaciones de la vida marital, desde el abandono de la pareja hasta nuevas formas de interacción de la pareja, es decir asumir roles diferentes a los acostumbrados.<sup>8</sup>

Cuando la persona con discapacidad es de la tercera edad también puede repercutir en el funcionamiento familiar, según un estudio realizado en La Habana, Cuba.<sup>9</sup>

Celiméndiz en un estudio realizado en el año 2004, sostiene que no hay una familia discapacitada, sino una familia con algún miembro discapacitado y que ello no es obstáculo en ningún modo para un adecuado funcionamiento familiar.<sup>10</sup>

Los resultados de una investigación en 45 familias en Ceuta muestran que casi dos terceras partes de estas presentan un trastorno de ansiedad y/o depresión, aunque la mayoría manifiesta que el cuidado del familiar con discapacidad no supone una sobrecarga en sus actividades diarias. Tras un análisis más detallado, se detectó que las preocupaciones principales de las familias están relacionadas con la economía y la incertidumbre con el futuro. Además, el género, la edad o el grado de discapacidad, por si solos, no han resultados determinantes en esta

investigación.<sup>11</sup>

En un trabajo investigativo en Cuba realizado por Cotarelo en el año 2013 en personas con discapacidad física determina que el funcionamiento familiar se manifestó afectado, ya que reportó repercusión elevada en un 35,8 %, así como moderada y severa en un 26,4 %.<sup>12</sup>

El funcionamiento de las familias que tienen hijos con retardo mental es de rango medio que representa a familias semirelacionadas según la cohesión. Según la adaptabilidad se observó que el mayor porcentaje de familias resultaron caóticas.<sup>13</sup>

En la ciudad de Quito se realiza una investigación en un Instituto Fiscal de Discapacidad Motriz, en la cual se indaga como es el funcionamiento familiar de las personas con discapacidad y se determinó que el 47% de las familias posee una disfunción familiar severa, 29% leve, 12% moderada y sólo 12% buena funcionalidad familiar.<sup>14</sup>

En la ciudad de Ambato se realiza una investigación que corresponde a una tesis previo a la obtención del título de Trabajo Social aplicando encuestas dirigidas a los padres de familia de niños del Instituto de Educación Especial Ambato con el objetivo de determinar si existen conflictos en la familia. Los resultados obtenidos, determinan la existencia de conflictos en las relaciones de pareja, la madre generalmente es la persona sacrificada en cuidar al niño con discapacidad, en tanto que el padre asume el rol de proveedor, en el mejor de los casos, ya que otros abandonan el hogar. Las relaciones del resto de los integrantes de la familia también se ven afectadas que se demuestran con sentimientos de resentimiento y molestia ante el hecho de que todo lo que se haga, debe estar enfocado al niño con discapacidad.<sup>15</sup>

En la provincia de Cotopaxi no se ha encontrado ningún trabajo investigativo al respecto. Esto estaría en relación a que en la Provincia en la Universidad Técnica de Cotopaxi no existen carreras en relación con la Salud y se puede decir que el grupo de Posgrado de Cotopaxi de Medicina Familiar de la Universidad Técnica de Ambato es la primera promoción y por lo tanto este sería el primer trabajo



investigativo en el tema de discapacidad y salud familiar que se realiza en la provincia.

## **2.2 Fundamentación filosófica**

La presente investigación se fundamenta en el paradigma cuantitativo, basado en la teoría positivista del conocimiento y asegura la precisión y el rigor que la ciencia requiere, conociéndose también, por otras denominaciones como científico-naturalista o científico-tecnológico. La teoría positivista se caracteriza por la búsqueda de un conocimiento sistemático, comprobable y medible, se centra en la causa de los fenómenos que ocurren, desde la observación, la medición y el tratamiento estadístico. El paradigma cuantitativo, se centra fundamentalmente en la búsqueda de resultados eficaces, utilizando procesos estadísticos.<sup>16</sup>

Además se fundamenta en el paradigma cualitativo, considerada como un proceso activo y participativo con el contexto que se estudió, ya que se basa en la necesidad de comprender la práctica social sobre la que se pretende actuar, acercándose a ella a través de la descripción de la cotidianidad. La metodología cualitativa implica el estudio a profundidad de la realidad, el investigador tiene un papel activo, en continuo proceso de observación e interacción con el contexto en el que interviene. Este procedimiento, le permite conocer la realidad, acercándose a ella, comprender los hechos que suceden y como afectan a las personas, analizando e interpretando la realidad objeto de estudio.<sup>16</sup>

## **2.3. Fundamentación legal.-**

La presente investigación cuenta con una amplia fundamentación legal. Desde el punto de vista mundial tenemos: La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, la que considera el papel de la familia como unidad natural de la sociedad y el apoyo que el estado debe dar a la misma. Manifiesta además que: *“las personas con discapacidad y los miembros de sus familias*

*deben recibir la protección y la ayuda necesaria para que las familias puedan contribuir al goce pleno y equitativo de los derechos de las personas discapacitadas”.*<sup>5</sup>

*“La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado” de acuerdo al artículo 16 de la Declaración Universal de Derechos Humanos”.*<sup>17</sup>

El Gobierno del Ecuador, cumplidor de los tratados internacionales de derechos humanos, suscribió y ratificó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo; además, es un activo participante en el Plan de Acción de la Política Andina de Discapacidad.<sup>6</sup>

En la Constitución de Montecristi del 2008, se destinó una sección específica para el tema de las personas con discapacidad, la Sección Sexta de la Constitución incluye consideraciones relativas a aspectos básicos para el desarrollo integral de las personas con discapacidad como atención médica especializada, rehabilitación integral, exenciones en el régimen tributario, así como la capacidad de acceder a puestos de empleo dignos, un sistema educativo incluyente, viviendas adecuadas, o el acceso a medios de comunicación.<sup>18</sup>

En el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013, se propusieron desafíos como la construcción de una sociedad unida en la diversidad, basada en la promoción de valores como la igualdad, la integración y la cohesión social como pauta de convivencia, con el propósito de garantizar progresivamente los derechos universales y la potenciación de las capacidades humanas.<sup>6</sup>

Se crearon instrumentos legales e instituciones, con el propósito de velar por el desarrollo y garantía de políticas de prevención, así como, de un ambiente en el que las personas con discapacidad puedan gozar de condiciones equitativas e inclusivas.<sup>6</sup>

Estas medidas incluyen: la construcción de cuerpos legales como la Ley Orgánica

de Discapacidades con sus 117 artículos y la Reforma al Código Laboral. De esta manera se asegura la prevención, detección oportuna, habilitación y rehabilitación de las personas con discapacidad, así como también, garantiza la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad a tener un trabajo digno, utilizando mecanismos de exigibilidad, protección y restitución que permitan eliminar cualquier tipo de obstáculo. Mediante varios Decretos Ejecutivos, el Presidente de la República ordenó la atención prioritaria a las personas con discapacidad como una política de Estado.<sup>19</sup>

### **Ley Orgánica de Discapacidades:**

En los Artículos 1 y 2 se refiere al objeto y ámbito de esta ley. Siendo el objeto el de asegurar la prevención, habilitación y rehabilitación de la discapacidad y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. El ámbito de esta ley es amparar a las personas con discapacidad ecuatorianas o extranjeras que se encuentran en el territorio ecuatoriano; así como, a las y los ecuatorianos en el exterior, sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, su conyugue, pareja en unión de hecho y/o representante legal y las personas jurídicas públicas, semipúblicas y privadas sin fines de lucro, dedicadas a la atención, protección y cuidado de las personas con discapacidad.<sup>19</sup>

En el Artículo 3 se describe los fines de esta ley que son seis. En el artículo 4 se describen los principios fundamentales de la ley que son diez:

- 1) No discriminación.
- 2) Protección de las personas con discapacidad.
- 3) Igualdad de oportunidades.
- 4) Responsabilidad social colectiva.
- 5) Celeridad y eficacia.
- 6) interculturalidad.
- 7) participación e inclusión.
- 8) Accesibilidad.
- 9) protección de niños, niñas y adolescentes con discapacidad.
- 10) atención prioritaria en los planes y programas de la vida en común.<sup>19</sup>

En los Artículos 6 y 7 se describen a las personas con discapacidad y a la persona con deficiencia. La persona con discapacidad es toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales con independencia de la causa que la haya originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria. Persona con deficiencia se considera a toda aquella que presente disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales.<sup>19</sup>

En los Artículos 27, 29, se describen los derechos a la educación dentro del Sistema Nacional de Educación y del Sistema de Educación Superior. Además el derecho al ingreso a establecimientos educativos especiales para personas con discapacidad.<sup>19</sup>

En el Artículo 30 se describe sobre la educación especial y específica, en la que el Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades coordinando las respectivas autoridades competentes en materia de educación, el diseño, la elaboración y la ejecución de programas de educación, formación y desarrollo progresivo del recurso humano necesario para brindar la atención integral a las personas con discapacidad, procurando la igualdad de oportunidades para la integración social.<sup>19</sup>

El Artículo 56 describe el derecho a la vivienda digna y adecuada a las necesidades, con facilidades de acceso y condiciones que le permita su mayor grado de autonomía. La autoridad nacional encargada de vivienda y los Gobiernos Locales Descentralizados implementarán, diseñarán y ejecutarán programas de vivienda que permita a las personas con discapacidad un acceso prioritario y oportuno a una vivienda. Estos programas incluirán políticas dirigidas al establecimiento de incentivos, financiamiento y apoyo tanto para la construcción o adquisición de inmuebles o viviendas nuevas, como para el mejoramiento, acondicionamiento y accesibilidad de las viviendas ya adquiridas.<sup>19</sup>

El Artículo 86 habla del derecho a la protección y promoción social por parte del Estado dirigidos al máximo desarrollo de su personalidad, fomento de la autonomía y la disminución de la dependencia.<sup>19</sup>

## 2.4. Categorías fundamentales

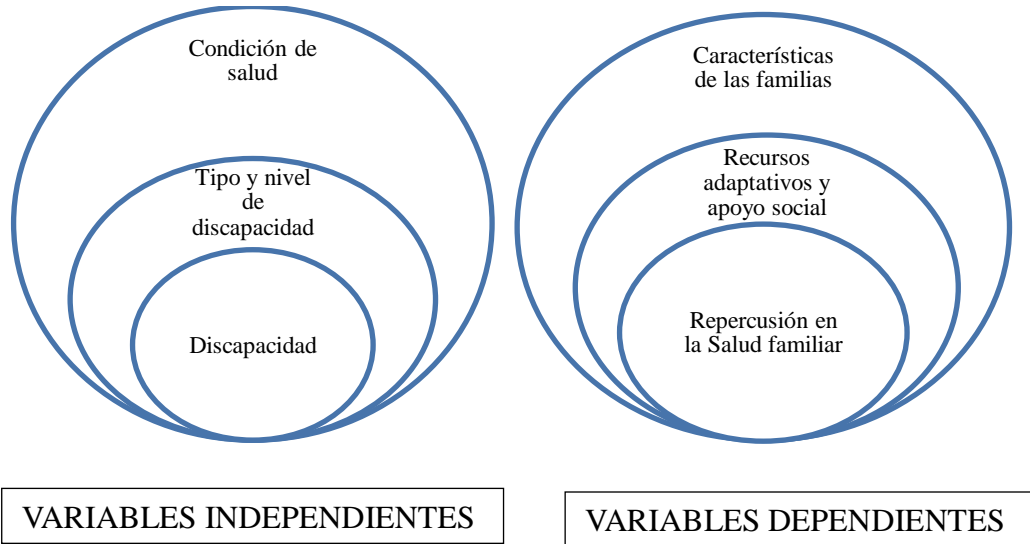


Gráfico N° 1: Categorías fundamentales

Elaborado por: Patricia Vaca

### 2.4.1 Discapacidad:

Desde el punto de vista semántico, el término discapacidad está formado por el prefijo dis que significa separación y la palabra capacidad que significa inteligencia, talento y estado óptimo.<sup>20</sup>

En término general la discapacidad abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a la estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad se refieren a las dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación que son los problemas para participar en situaciones vitales. De tal manera que, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.<sup>1</sup>

El término discapacidad ha evolucionado en lo que respecta a definiciones y modelos de atención, desde un paradigma tradicional caracterizado por un enfoque médico, el que considera a la persona con discapacidad como paciente que necesita atención especializada y es un receptor pasivo de la atención.<sup>21</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1980 publicó la Clasificación Internacional de la Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDDM), que cataloga las consecuencias de las enfermedades y la define de manera específica como la restricción o ausencia de carácter permanente de la capacidad de una persona para realizar una actividad de acuerdo a su edad, sexo y cultura, debido a una deficiencia, entendida como una pérdida o anormalidad de una estructura o función por enfermedad genética, congénita o adquirida.<sup>21</sup>

Posteriormente, aparece el modelo social, de derechos humanos y autonomía personal, el mismo que se centra en la dignidad de la persona; destaca la interacción entre discapacidad y entorno, en el que la inaccesibilidad constituye el problema central concomitante tanto a las actitudes como a las posturas sociales, culturales y económicas que dificultan o impiden su participación en la sociedad. La persona con discapacidad es titular de derechos y responsabiliza al Estado de garantizar su ejercicio a través de la implementación de políticas públicas y acciones positivas. No se trata de una problemática familiar y menos individual, es un problema social, ya que, son las barreras sociales y físicas las que realmente incapacitan.<sup>21</sup>

La OMS en 2001, publica la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), en la que no se especifica una definición exacta pero infiere que la discapacidad es una condición de salud producida por una alteración de la estructura o función, y limita a una persona de forma previsiblemente permanente en su capacidad de ejecutar una actividad, lo que puede restringir su participación social.<sup>21</sup>

El Ecuador tiene un sistema de valoración de la discapacidad que establece normas para la evaluación de las consecuencias de la enfermedad como la restricción, ausencia de la capacidad para realizar actividades de autocuidado (vestirse, comer, evitar riesgos, aseo e higiene personal), y actividades de la vida diaria como: comunicación actividad física, función sensorial, funciones manuales, transporte, función sexual, sueño y actividades sociales de ocio; en concordancia con las clasificaciones establecidas por la CIDDDM y la CIF, de la

OMS.<sup>21</sup>

La evaluación de discapacidades es realizada por un equipo de profesionales en Medicina, Psicología y Trabajo Social, los mismos que a través de la aplicación de Baremos o Tablas de Evaluación Médica, Psicológica y Social, determinan el porcentaje de la discapacidad que dependerá, fundamentalmente, de la dimensión de las secuelas para desempeñarse en las actividades de la vida diaria y del autocuidado.<sup>21</sup>

Discapacidad se refiere a un cuerpo con deficiencias físicas, mentales o sensoriales, que puede ser de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria. Pero son las barreras sociales las que provocan la experiencia de la desigualdad y que son el resultado de sociedades no inclusivas.<sup>14, 22</sup>

La Ley Orgánica de Discapacidades considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el Reglamento.<sup>21</sup>

Entre las causas de discapacidad se ha tomado en cuenta las congénitas y adquiridas.

**Congénitas.-** son defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas, que pueden ser: anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida. Los trastornos congénitos graves más frecuentes son las malformaciones cardíacas, los defectos del tubo neural y el síndrome de Down.<sup>23</sup>

No se puede asignar una causa específica a cerca de un 50% de las anomalías congénitas. Sin embargo, se han identificado algunas de sus causas o factores de

riesgo. Entre los determinantes indirectos de las anomalías congénitas, el más significativo es el nivel económico bajo pues se calcula que aproximadamente un 94% de las anomalías congénitas graves se producen en países de ingresos bajos y medios, en los que las mujeres a menudo carecen de acceso suficiente a alimentos nutritivos, acceso a servicios de salud y pueden tener mayor exposición a agentes o factores que inducen o aumentan la incidencia de un desarrollo prenatal anormal, en especial el alcohol y las infecciones. La edad materna avanzada también incrementa el riesgo de algunas alteraciones cromosómicas, como el síndrome de Down, mientras que el riesgo de determinadas anomalías congénitas del feto aumenta en las madres jóvenes.<sup>23</sup>

La consanguinidad (matrimonios entre primos hermanos) incrementa la prevalencia de anomalías congénitas genéticas raras y multiplica casi por dos el riesgo de muerte neonatal e infantil, discapacidad intelectual y otras anomalías congénitas.<sup>23</sup>

En un estudio publicado por la revista chilena sobre malformaciones congénitas en América Latina realizado en el periodo 1995 – 2008 señala que del total de nacimientos en Ecuador el 1,4% fueron malformados vivos y el 2,3 % fueron malformados mortinatos. Dentro de las malformaciones más frecuentes evaluadas en este mismo estudio se encuentran: polidactilia con una tasa 18,4 por 10.000 nacidos vivos, Labio leporino 17,3, Síndrome de Down con 14,8, Luxación de cadera y Pie varo con 14,0. Es necesario destacar que los defectos cardíacos con relación al resto de países de América Latina la tasa no son muy altas.<sup>24</sup>

Las infecciones maternas, como la Sífilis o rubeola, constituyen una causa importante de anomalías congénitas en los países subdesarrollados.<sup>23</sup>

Algunas anomalías congénitas están en relación con la carencia de yodo y folatos, el sobrepeso, enfermedades como: diabetes mellitus. Entre estas anomalías se encuentran: defectos del tubo neural. El aporte excesivo de vitamina A también puede afectar el desarrollo normal del embrión o feto.<sup>23</sup>



La exposición materna a determinados plaguicidas y productos químicos, así como a ciertos medicamentos, al alcohol, el tabaco, los medicamentos psicoactivos y la radiación durante el embarazo, pueden aumentar el riesgo de anomalías congénitas. El trabajar en basureros, fundiciones, minas o vivir cerca de esos lugares también puede ser un factor de riesgo, sobre todo si la madre está expuesta a otros factores ambientales de riesgo o sufre carencias alimenticias.<sup>24</sup>

Los defectos congénitos afectan a cerca del 3% de la población. De forma natural se produce un 15 % de abortos espontáneos de los que la mayor frecuencia corresponde a las anomalías cromosómicas (25%) y las alteraciones monogénicas (20%) y en menor medida a la exposición a agentes teratógenos. Entre las causas genéticas determinantes de defectos congénitos se encuentran las mutaciones que intervienen en el desarrollo, que pueden afectar a genes homeóticos o a sistemas monogénicos que actúan durante las fases críticas de la organogénesis.<sup>25</sup>

**Adquiridas.-** La discapacidad adquirida va asociada a distintas causales: accidentes, traumas, violencia, intoxicaciones, que pueden ser por medios ambientales o medicamentosos, problemas conductuales (por ejemplo, atentar contra la vida) y/o sociales (alcoholismo, drogadicción). Además hay discapacidades causadas por tumores, infecciones, procesos degenerativos, problemas hormonales y metabólicos etc.<sup>24</sup>

La discapacidad adquirida se puede producir después del parto hasta la etapa adulta por las causas ya mencionadas y pueden originar discapacidades que pueden ser temporales o permanentes.

En América Latina de acuerdo a un informe del Banco Interamericano de Desarrollo 2001 entre las causas más frecuentes de discapacidad se encuentran enfermedades adquiridas y lesiones causadas por accidentes. En Ecuador las causas más frecuentes son enfermedades adquiridas y problemas al nacer,<sup>26</sup> como se demuestra en el (Gráfico N° 2)

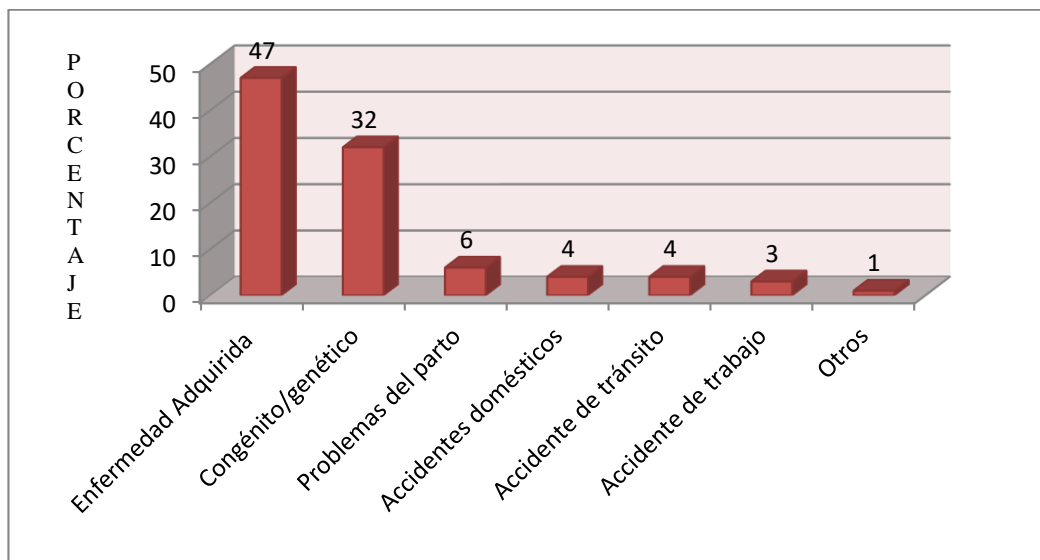


Gráfico N° 2: Causas de discapacidad en el Ecuador  
Fuente: CONADIS Febrero del 2013

#### 2.4.2 Tipo y nivel de discapacidad:

##### Tipo de discapacidad:

A la fecha (2012), la tipología reconocida por el Sistema Único de Calificación de Discapacidad en el Ecuador corresponde a: <sup>21</sup>

- Discapacidad física
- Discapacidad visual
- Discapacidad auditiva
- Discapacidad del lenguaje
- Discapacidad intelectual
- Discapacidad psicológica

Los tipos de discapacidad que se pueden encontrar son: motrices, sensorial, intelectuales y múltiples.<sup>3</sup>

**Discapacidad motriz.-** Imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada.<sup>14</sup>

Las causas de la discapacidad física por lo general están relacionadas a problemas

durante la gestación, a la condición de prematuro del bebé o a dificultades en el momento del nacimiento. También pueden ser causadas por lesión medular en consecuencia de accidentes o problemas del organismo.<sup>14</sup>

**Discapacidad sensorial.**- Corresponde a las personas con deficiencias visuales, auditivas y del lenguaje que dan lugar a dificultades de comunicación con su entorno lo que lleva a una desconexión del medio y limita la participación en eventos sociales.<sup>14</sup>

**Discapacidad intelectual o mental.**- En la actualidad el concepto más empleado es el que propone la American Association on Mental Retardation (AAMR) en su edición de 1992 *“El retraso mental se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos ó más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo”*.<sup>14</sup>

El CONADIS considera los siguientes Tipos de Discapacidad en el Ecuador que se encuentran distribuidos de la siguiente manera: física-motora 49%, intelectual 22%, auditiva 12%, visual 12%, psicológica 4% y lenguaje 1%.<sup>14</sup>

#### **Nivel de discapacidad:**

El nivel de discapacidad se considera en base a la Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF). Pertenece a la “familia” de clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud. Esta familia de clasificaciones de la OMS tiene un amplio rango de aplicaciones, una de ellas como herramienta de investigación para medir resultados, calidad de vida o factores ambientales. También tiene un calificador genérico con escala negativa, que se utiliza para indicar la extensión o magnitud de una deficiencia, constituye un instrumento para valorar las dimensiones de la discapacidad, que en sus formatos de 12 a 36 ítems, mide limitaciones de actividad y restricciones en

participación social.<sup>27</sup>

0 NO hay deficiencia (ninguna, insignificante,...)	0-4 %
1 Deficiencia LIGERA (poca, escasa,...)	5-24 %
2 Deficiencia MODERADA (media, regular...)	25-49 %
3 Deficiencia GRAVE (mucha, extrema, ...)	50-95 %
4 Deficiencia COMPLETA (total,...)	96-100 %
8 Sin especificar	
9 No aplicable.	

En Ecuador de acuerdo al CONADIS se utiliza esta misma clasificación.

### **2.4.3 Condición de salud de la persona con discapacidad:**

El estilo de vida de la familia depende del sistema social en el que se desenvuelve, de las características étnicas, culturales, económicas, políticas y de las relaciones internas que se dan en las diferentes etapas del ciclo vital que atraviesa, así como las condiciones materiales que van a determinar la salud de los miembros. Por lo tanto la familia como grupo sistémico es generadora del proceso salud-enfermedad.<sup>26</sup>

La OMS en su constitución de 1948 define a la salud como: *“el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales”*.<sup>26</sup>

La persona es un ser social, es por esta razón, que el proceso salud-enfermedad no puede ser considerado solo en el ámbito individual, es necesario enfocarlo en el familiar y comunitario. Sin salud comunitaria rara vez se alcanza la familiar y sin ésta no habrá jamás la individual.<sup>28</sup>

Es así, que, los estilos de vida de la familia, factores de riesgo: sociales, demográficos, económicos pueden agravar la situación de discapacidad y tratamientos médicos previos.<sup>28</sup>

#### **2.4.4 Características de la familia**

Para la OMS, la familia *“es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella”*.<sup>27</sup>

Según el Instituto Interamericano del Niño, familia es: *“Un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”*.<sup>29</sup>

La Teoría General de los Sistémica Ludwig Von de Bertalanffy representa el modelo de estudio sobre la familia. Conocer el sistema familiar implica conocer su estructura y sus reglas<sup>30</sup>. La familia no depende solo de las individualidades de sus miembros, sino de las relaciones que mantienen entre ellos. Es así que, la aparición de una enfermedad o alteración de uno de los elementos del sistema familiar afecta a todos los demás miembros del sistema.<sup>30</sup>

La familia puede autorregularse a través de mecanismos de dos tipos: el de crecimiento/cambio frente al de autorregulación/ homeostasis. La alternancia de estas dos indica el grado de adaptabilidad del sistema, en tanto que la maximización de una de ellas puede dar lugar a la aparición de una crisis. La enfermedad en uno de los miembros de la familia puede ser un mecanismo de autorregulación al que apela el sistema en aras de su cohesión, como una alternativa reguladora que presiona en dirección a la estabilidad.<sup>31</sup>

Se puede afirmar que la familia es un sistema abierto, estable, gobernado por

reglas, con límites que van desde los muy rígidos, hasta los muy permisivos, en el que cada uno hace lo que quiere, sin respetar reglas, con una historia, inmerso en un suprasistema y compuesto por subsistemas.<sup>31</sup>

La familia desde la perspectiva de médico familiar es un grupo social organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos, que pueden ser: consanguíneos, legales y/o de afinidad.<sup>31</sup>

### **Composición o estructura de la familia:**

- **Familia nuclear simple.-** en la que conviven los conyugues y menos de tres hijos.
- **Familia nuclear numerosa.-** formada por tres o más hijos con sus padres
- **Familia extensa o de origen ampliada.-** conviven abuelos, hermanos, tíos, primos, etc.; todos unidos por lazos de consanguinidad. Es importante valorar la jerarquía.
- **Familia extensa compuesta.-** es aquella en la que, además, conviven otras personas sin vínculo consanguíneo.
- **Familia monoparental:** La constituida por un solo conyugue y sus hijos
- **Familia homoparental:** La constituida por conyugues del mismo sexo y sus hijos
- **Familia binuclear o reconstituida:** Aquellas familias en la que los conyugues o ambos son divorciados y en el hogar conviven hijos de al menos de uno de los progenitores.
- **Sin familia:** En este tipo se contempla no solo al adulto soltero, sino también al divorciado sin hijos.
- **Equivalente familiar:** Se trata de individuos que conviven en el mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional, como, por ejemplo, grupos de amigos que viven juntos o en comunas, religiosos que viven fuera de su comunidad, personas que viven en residencias o asilos

*etc.*<sup>32</sup>

**Ciclo vital de la familia.-** Se considera al proceso de evolución continua y desarrollo que atraviesa una familia desde la unión de la pareja para una vida en común hasta la muerte. Existen etapas delimitadas por la ocurrencia de determinados acontecimientos de la vida familiar.<sup>8</sup>

Cada etapa por la que la familia atraviesa tiene un conflicto central que resolver. La resolución de este conflicto favorece el crecimiento de la familia como institución, así como el crecimiento de cada uno de sus integrantes.<sup>30</sup>

Existen varias clasificaciones del ciclo vital de la familia, la siguiente es la que la autora seleccionó para la investigación.<sup>30</sup>

***Formación.-*** *Inicia desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo*

***Extensión.-*** *Desde el nacimiento del primer hijo hasta la independencia de uno de los hijos*

***Contracción.-*** *Desde la independencia de uno de los hijos hasta la muerte del primer cónyuge*

***Disolución.-*** *Desde la muerte del primer cónyuge hasta la muerte del segundo cónyuge.*<sup>32</sup>

**Crisis Familiares.-** Es una expresión de contradicción entre la organización estructural y funcional de la familia y las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos de la vida que se afrontan y producen desorganización en el seno familiar. Las crisis familiares se clasifican en.<sup>33</sup>

**Crisis normativas o transitorias:** son las relacionadas con los acontecimientos normales y esperables en el desarrollo familiar y que se originan como puntos críticos de transición a lo largo del ciclo vital.<sup>33</sup>

**Crisis para normativas o no transitorias:** Son las relacionadas con acontecimientos ocurridos de forma accidental y no tienen relación directa con las

etapas del ciclo vital.<sup>33</sup> Las crisis son:

- a) *Desmembramiento: Separación temporal o definitiva de algún integrante de la familia (hospitalización, abandono, separación conyugal, salida del hogar al extranjero u otras provincias del país, muerte prematura, suicidio)*
- b) *Incremento: Incorporación de uno o más miembros de la familia. (regreso al hogar, adopción, convivencia temporal)*
- c) *Desmoralización: crisis caracterizada por la afectación de los valores y principios éticos morales de la familia. (conducta antisocial, encarcelamiento, escándalo en la comunidad, entre otros)*
- d) *Cambio económico importante: tanto en el sentido positivo como negativo. (pérdida de trabajo, deterioro de las condiciones de la vivienda, pérdida de alguna propiedad importante como la casa, una herencia)*
- e) *Problemas de salud: dentro de los que se considera (embarazo no deseado, infertilidad, intento de suicidio, trastornos psiquiátricos, accidentes, diagnóstico de enfermedades de alto compromiso con la vida.<sup>33</sup>*

#### **2.4.5 Recursos adaptativos y Apoyo social:**

La familia en el transcurso de su ciclo vital puede sufrir diversas situaciones (crisis), que generan cambios en el funcionamiento y estructura familiar. Desencadenando estrés en la familia, el grado del mismo, depende tanto de las demandas del medio (acontecimientos vitales), como de la percepción que tiene la familia de ellas. La vivencia de este estrés va a estar determinada por la significación que la familia asigna al evento vital. La forma de enfrentamiento toma en cuenta el uso de recursos protectores como lo es el apoyo social y la capacidad de reajuste familiar o adaptación que contribuyen a minimizar los efectos del impacto de los eventos en salud.<sup>34</sup>



La discapacidad puede desencadenar múltiples reacciones y actitudes diferentes por las personas que forman parte de la familia afectada por la discapacidad, que generalmente suele causar destrozos morales hasta que llega la asimilación y superación. Según Monserrat Bernardo Psicóloga hay que dejar un tiempo a la familia, porque existe el “periodo de duelo” y de interiorización.<sup>35</sup>

**Los recursos adaptativos** con que cuenta la familia no es más que la capacidad de flexibilidad familiar para enfrentar circunstancias, en la que genera cambios para adaptarse a las nuevas situaciones, es decir la habilidad para cambiar los límites, los sistemas jerárquicos, los roles, las reglas, las formas de comunicación y los proyectos de vida en dependencia de las nuevas circunstancias.<sup>34</sup>

Para evaluar los recursos adaptativos se utilizó el instrumento descrito por Patricia Herrera<sup>34</sup>(34), el mismo consta de 14 preguntas que tienen un puntaje, la suma de estos valores da una puntuación total que refleja el diagnóstico permitiendo tener un criterio sobre los recursos adaptativos que tiene la familia ante la ocurrencia de un evento, sea este normativo o paranormativo. La respuesta a este cuestionario debe darse con base en el consenso familiar.

El diagnóstico que es en base al puntaje alcanzado es el siguiente:

- |                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| - Ausencia de recursos adaptativos   | 0-4 puntos     |
| - Insuficientes recursos adaptativos | 5-9 puntos     |
| - Suficientes recursos adaptativos   | 10 a 14 puntos |

**El apoyo social** en el que la familia es la que actúa como sistema de apoyo, brindando ayuda a todos sus miembros, o cuando la recibe de otras personas, grupos o instituciones. El apoyo social constituye un factor presente en la sociedad que puede ser tomado en cuenta por la familia para enfrentar una situación ya evaluada como estresante; los sistemas de apoyo social modulan las respuestas que emiten las personas ante un evento de la vida.<sup>34</sup>

Es la ayuda que se le brinda a la familia, existiendo diferentes tipos de apoyo como: emocional que es la ayuda afectiva, que hace que la familia se sienta

amada, valorada, estimada y respetada; apoyo instrumental, que es la ayuda económica, material y funcional que se brinda; el apoyo informativo, que es la ayuda que se brinda a la familia para orientarla, aconsejarla y guiarla; así como el apoyo espiritual, que es la ayuda que puede obtener o recibir esta, para fortalecer su espiritualidad.<sup>34</sup>

Las redes de apoyo son el sistema de personas e instituciones que le proporcionan ayuda a la familia y la frecuencia de contacto con ellas, es la periodicidad con que se establece su relación con la familia.<sup>34</sup>

La disponibilidad es la posibilidad de la familia de recibir ayuda en caso de encontrarse ante una situación crítica, y la satisfacción es el bienestar subjetivo que experimenta la familia con respecto a la ayuda que le brindan los demás.<sup>34</sup>

Muchos estudios han relacionado la calidad del apoyo que recibe la familia con el ajuste a la enfermedad o evento estresante; y se considera mejor el ajuste cuando la familia se percibe cuidada y querida, estimada y valorada, así como cuando constata que tiene una red de apoyo a la cual puede recurrir.<sup>34</sup>

La valoración del apoyo social y de los recursos adaptativos, son elementos a tener en cuenta a la hora de analizar la repercusión de los eventos en la salud familiar. A mayor capacidad adaptativa de la familia y más apoyo social recibido, menor será el impacto de los eventos adversos en la salud familiar. Hacer un tratamiento de la salud familiar teniendo en cuenta todas las áreas que lo integran y los factores protectores descritos anteriormente, son la clave para el diagnóstico adecuado y la intervención eficaz en la familia.<sup>34</sup>

#### **2.4.6 Repercusión de la discapacidad en la salud familiar**

La repercusión que para la salud familiar puede tener cualquier evento, uno de ellos la discapacidad, puede ser de diferentes magnitudes, desde muy severa hasta muy leve y afectar a diferentes áreas de la familia como: integración social, funcionamiento familiar, convivencia, salud de los miembros, recursos económicos y hasta el propio modo de vida de la familia. Cada familia tiene

diferente manera de reaccionar, de manera única y particular ante un mismo evento, por lo que puede repercutir de forma diferente en una familia y otra, o en un momento y otro.<sup>34</sup>

**Salud familiar.-** La OMS, definió la salud familiar como la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la familia; pero una definición más completa considera a la salud familiar como el resultado del equilibrio armónico entre sus componentes: la salud, los factores socioeconómicos y culturales y el funcionamiento familiar, siendo este último el más importante ya que expresa la capacidad que tiene la familia a través de la relación dinámica y sistémica que se establece entre sus miembros, de enfrentar las crisis.<sup>36</sup>

*“El enfoque sistémico de la familia contribuye al análisis de la salud familiar desde una posición de síntesis de las relaciones interpersonales, y que no puede reducirse a la adición o la suma de sus miembros. La familia es funcional en tanto propicie la solución a problemas sin afectar desmedidamente la satisfacción de las necesidades de sus miembros, según la etapa del desarrollo en que se encuentre y el tránsito armónico por las etapas del ciclo vital”.*<sup>37</sup>

La salud familiar, es un proceso único e irreplicable, que se caracteriza por: la suma de los problemas de salud individual de sus miembros que pueden tener un origen multicausal en el que intervienen factores socioeconómicos, psicosociales, funcionamiento familiar, la etapa del ciclo evolutivo, la estructura, que están sometidos a un proceso de transformación, donde juegan un papel fundamental las potencialidades con que cuenta la familia.<sup>36</sup>

**Funcionamiento familiar.-** La funcionalidad familiar es un concepto de carácter sistémico, que aborda las características de relación interna entre los integrantes. Es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren la identidad propia.<sup>38</sup>

La dinámica relacional conforma la calidad del ambiente y la atmósfera del hogar, brindando al mismo un clima agradable, de satisfacción o un clima desagradable, de tensión y regula el desarrollo del grupo familiar como un todo.<sup>38</sup>

La funcionalidad familiar no es sólo el cumplimiento de las funciones familiares, sino el proceso resultante de las interacciones entre los convivientes en el seno de esta institución. De acuerdo al criterio con el cual se evalúa la familia, se puede clasificar la misma en funcional o disfuncional.<sup>37</sup> Ambas familias tienen una dinámica familiar muy diferente, como se muestra en la Tabla N° 1.

Tabla N° 1: Comparación entre familia funcional y disfuncional

<b>Familia funcional</b>	<b>Familia disfuncional</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los padres son y se comportan como padres al igual que sus hijos lo hacen como hijos.</li> <li>2. La organización jerárquica es clara. Los padres comparten la autoridad sin conflictos y de manera balanceada.</li> <li>3. Los límites son claros y legítimos. Se cumplen y se defienden</li> <li>4. Las fases del ciclo vital y sus puntos críticos se atraviesan sin dificultad para identificar y resolver problemas.</li> <li>5. Los miembros tienen libertad de expresión para identificar y resolver problemas.</li> <li>6. Hay una comunicación abierta lo que permite llegar a soluciones satisfactorias para el resto de la familia.</li> <li>7. Cada miembro invierte en el bienestar de otros.</li> <li>8. Todos trabajan y todos contribuyen.</li> <li>9. Los miembros tienen identidad personal propia, ésta es clara y directa. Y se aceptan unos a otros tal cual son.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hay una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales de cada uno de los miembros.</li> <li>2. Ambos padres o uno de ellos se siente(n) íntimamente presionado(a) a cumplir con su tarea, lo que propicia a un estado de ansiedad.</li> <li>3. Hay exigencias a que los hijos se desarrollen de acuerdo a lo que los padres esperan y no según al ritmo natural. Lo que conlleva a castigos físicos y psicológicos que dañan profundamente al hijo.</li> <li>4. Los miembros generalmente son personas psicológicamente rígidas, exigentes, críticas y desalentadoras.</li> <li>5. Miembros no pueden, quieren, o no saben reforzar y recompensar los logros paulatinos de los niños y premiar sus esfuerzos.</li> <li>6. Adoptan gestos, aficiones e intereses que tratan de imponer a toda costa a los demás miembros.</li> <li>7. Desorden y confusión de los roles individuales, se puede presentar una inversión de papeles – los padres se comportan como niños.</li> <li>8. Reflejarse como un mal desempeño a nivel laboral o educativo.</li> </ol>

Fuente: Rubinstein E. Medicina Familiar y Práctica ambulatoria.<sup>39</sup>

La estabilidad de la familia depende de un equilibrio e intercambio emocional, que es posible mediante una adecuada readaptación y revisión de las reglas de interacción, en función tanto de los cambios internos (crisis de crecimiento), como del contexto. El subsistema de mayor nivel jerárquico (padre o jefe de familia) debe centralizar la organización funcional dentro de la familia y de las interrelaciones con el medio.

Las familias disfuncionales no expresan los sentimientos negativos, no identifican los problemas, no son capaces de enfrentar las crisis, no tienen una comunicación clara, utilizan dobles mensajes, no permiten el desarrollo individual, la unión no es productiva y existe la confusión de roles.<sup>39</sup>

## **2.5 Hipótesis:**

A mayor nivel de discapacidad, mayor grado de repercusión negativa de la salud familiar

### **2.5.1 Señalamiento de variables**

- Variable Independiente       $\longrightarrow$       Discapacidad
- Variable Dependiente       $\longrightarrow$       Salud Familiar.

## **CAPÍTULO 3**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Enfoque**

El enfoque de esta investigación fue cuantitativo y cualitativo.

El enfoque cuantitativo porque se recolectó los datos y fueron sometidos a medición, se abordaron las características de las personas con discapacidad, tipo, etiología y nivel de discapacidad, el proceso salud – enfermedad, la familia, los procesos de adaptación, el apoyo recibido, la repercusión familiar y la salud familiar, para lo que se utilizaron instrumentos validados que permitieron medir con facilidad y eficiencia las variables.

El enfoque cualitativo porque la investigadora interactuó con los sujetos de estudio, se analizó y comprendió a los sujetos apartando los prejuicios y creencias, tratando de conocer a las personas en su totalidad.

#### **3.2 Modalidad básica de la investigación**

La modalidad fue de campo porque se visitó a todas estas familias en sus respectivos domicilios para recolectar la información, se aplicó y utilizó instrumentos validados para la investigación.

#### **3.3 Nivel o tipo de investigación**

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal.

**Observacional** ya que se fundamentó en la observación directa de las personas con discapacidad.

**Descriptivo**, porque se describió las características de las personas con

discapacidad, así como también a sus familias utilizando los instrumentos seleccionados.

**Transversal**, porque se realizó una sola medición en un momento determinado del tiempo.

### **3.4 Población y muestra:**

La población de estudio estuvo constituida por 37 familias en las que al menos un miembro tenía algún tipo de discapacidad, las familias fueron identificadas en la dispensarización y las fichas familiares presentadas en el Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS) del 2014 realizado por la investigadora.

**Criterios de Inclusión:** se incluyeron en la investigación a las familias que vivían en la localidad al menos un año en forma continua y permanente y que estén dispuestas a participar en la investigación mediante la firma del consentimiento informado del jefe de la familia (Anexo N° 1).

**Criterios de exclusión:** el cambio de domicilio, fallecimiento de la persona con discapacidad durante la investigación, o negación a participar en el estudio.

**Criterios éticos:** Se tuvieron en cuenta los principios bioéticos:

**Principio de beneficencia.-** este se cumplió porque el objetivo de este trabajo investigativo fue el de identificar la repercusión de la discapacidad en la salud familiar con el propósito de detectar problemas que nos permita tener las pautas para elaborar estrategias de intervención para mejorar la salud familiar y de esta manera mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad.

**Principio de no maleficencia.-** se cumplió ya que no se ocasionó daño físico, ni psicológico durante el proceso investigativo.

**Principio de justicia.-** se cumplió al permitir ejercer los derechos que tiene la persona con discapacidad amparados en la Ley Orgánica de Discapacidades.

**Principio de autonomía.-** se cumplió ya que se respetó la decisión de participar

en la investigación propuesta y la aceptación fue a través de la firma de un consentimiento informado, de igual manera se garantizó la confidencialidad.

### 3.5 Operacionalización de variables

Están descritas en la Tabla N° 2

Tabla N° 2.- Operacionalización de las variables.

<b>Variable Independiente.-</b> Persona con discapacidad que presenta dificultades diversas, con características sociodemográficas y clínicas particulares.			
<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALAS</b>	<b>TÉCNICAS/ INSTRUMENTOS</b>
Características sociodemográficas de las personas con discapacidad	Edad	Grupos de edad: Niños de 0 a 9 años Adolescentes 10 a 19 años Adultos 20 a 64 años Adultos > de 65 años	Ficha familiar
	Sexo	Masculino Femenino	Ficha familiar.
	Estado civil	Soltero Unión libre Casado Separado Divorciado Viudo	Ficha familiar
	Etnia	Mestiza Indígena Blanca	Ficha familiar
	Instrucción	Ninguna Alfabetización Preescolar Primario Secundario Educación básica Bachiller Superior	Ficha familiar
	Ocupación	Empleado público Empleado privado Patrono o socio Cuenta propia Obrero	Ficha familiar



		Quehaceres de la casa Estudia Ninguno	
Características clínicas de las personas con discapacidad	Etiología	Congénita Adquirida	Encuesta
	Tiempo de discapacidad	< de 1 año 1 a 5 años >a 5 años	Encuesta
	Nivel de discapacidad	Ligera 5-24% Moderada 25 -49% Grave 50-95% Completa 96-100%	Carnet de discapacidad de acuerdo al (CIF)
	Tipo de discapacidad	Física Sensorial Intelectual Mixta	Encuesta
Condición de salud	Proceso salud enfermedad	Riesgos biológicos Riesgos socioeconómicos Riesgos ambientales Mixtos	Encuesta
<b>Variable dependiente.-</b> Es la familia de la persona con discapacidad que puede estar afectada en su estructura y salud familiar			
Estructura de la familia	Tipo de familia	Nuclear simple Nuclear numerosa Extensa de origen ampliado Familia extensa compuesta Monoparental Binuclear o reconstituida Nuclear con padres ausentes Nuclear sin hijos	Ficha familiar
	Ciclo vital de la familia	Formación Extensión Contracción Disolución	Ficha familiar
	Crisis familiares	Normativas Para normativas Ninguna	Encuesta
Recursos	Recursos	Ausencia	Test de recursos

adaptativos y apoyo social de la familia	adaptativos	Insuficientes Suficientes	adaptativos
	Apoyo social	Nulo Poco frecuente Frecuente Muy frecuente	Test de apoyo social
Salud familiar	Repercusión familiar	No repercusión Repercusión leve Repercusión moderada Repercusión elevada Repercusión severa	IRFA
	Signo predominante	Positivo Negativo	IRFA

Elaborado por: Patricia Vaca

### 3.6 Recolección de la información

Se realizó una primera visita a las 37 familias que fueron identificadas a través del ASIS del 2014 del sector EU04 Pujilí, con el objetivo de informarles el contenido de la investigación y obtener de ellos el consentimiento informado (ver Anexo N°1) para dar inicio con el proceso investigativo.

Se utilizaron fuentes primarias como: Instrumento de repercusión familiar, Instrumento para evaluar los recursos adaptativos de la familia, Prueba de apoyo social, que fueron aplicados a las familias de personas con discapacidad en las visitas domiciliarias y fuentes secundarias: las fichas familiares de las que se obtuvo datos de variables sociodemográficas de las personas con discapacidad, se identificó los riesgos y características de la familia.

#### Fuentes Primarias:

Los Instrumentos de Repercusión familiar, de recursos adaptativos y de apoyo social fueron validados estadísticamente en el año 2002 en la ciudad de la Habana por Patricia Herrera Santí y colaboradores.<sup>34</sup>

#### Instrumento de repercusión familiar (IRFA):

Se aplicó tratando que las respuestas se den sobre la base de un consenso familiar, entendiendo como tal la opinión de al menos dos miembros de la familia, entre ellos al jefe del núcleo, que será aquella persona con mayor poder de decisión dentro de ella.<sup>34</sup>(ver Anexo N° 2).

La calificación de esta prueba consiste en la suma de valores y la obtención de un puntaje para cada área estudiada y otro para la repercusión global en la Salud Familiar.

Para cada área estudiada.<sup>34</sup>

<b>Nivel de repercusión</b>	<b>Área socioeconómica</b>	<b>Área psicosocial</b>	<b>Área de funcionamiento familiar</b>	<b>Área estado de salud</b>
<b>No repercusión</b>	1-3 puntos	1-8 puntos	1-8 puntos	1 punto
<b>Repercusión leve</b>	4-6 puntos	9-16 puntos	9-16 puntos	2 puntos
<b>Repercusión moderada</b>	7-9 puntos	17-24 puntos	17-24 puntos	3 puntos
<b>Repercusión elevada</b>	10-12 puntos	25-32 puntos	25-32 puntos	4 puntos
<b>Repercusión severa</b>	13-15 puntos	33-40 puntos	33-40 puntos	5 puntos

Clasificación global:

No repercusión	0-20 puntos
Repercusión leve	21-40 puntos
Repercusión moderada	41-60 puntos
Repercusión elevada	61-80 puntos
Repercusión severa	Más de 81 puntos

Además la evaluación con este instrumento permitió identificar si la repercusión fue en sentido favorable cuando el signo predominante era positivo o desfavorable

cuando el signo predominante era negativo.

El diagnóstico global se da por:

- Puntuación bruta que es el total de puntos alcanzados
- Signo predominante que se establece por la suma de signos positivos y la suma de signos negativos
- Diagnóstico para determinar si existe repercusión, en qué nivel.<sup>34</sup>

### **Prueba de apoyo social:**

Contempla varios elementos. Entre estos se incluye el Apoyo emocional que es la ayuda afectiva que se le brinda a la familia que hace que esta se sienta amada, valorada, estimada y respetada por los demás; se destaca también el Apoyo instrumental, que es la ayuda económica, material y funcional que se brinda; el Apoyo informativo, que es la ayuda que se brinda a la familia para orientarla, aconsejarla y guiarla; así como el Apoyo espiritual, que es la ayuda que puede obtener o recibir esta para fortalecer su espiritualidad.

Las redes de apoyo son el sistema de personas e instituciones que le proporcionan ayuda a la familia y la frecuencia de contacto con ellas, es la periodicidad con que se establece su relación con la familia y esta con ellas.<sup>34</sup> (Anexo N° 3)

Se utilizó el Test de Apoyo que consta de 4 preguntas que son:

- 3 ¿Qué tipo de apoyo recibió y con qué frecuencia?
- 4 ¿De quiénes y con qué frecuencia recibió ayuda la familia?
- 5 ¿En qué medida la familia se ha sentido satisfecha con el apoyo recibido?
- 6 ¿Consideran que la familia contó con el apoyo necesario para enfrentar esta situación?

Este Test permitió evaluar el tipo de apoyo por ítem: emocional, instrumental, informativo y espiritual.

- Apoyo emocional ítems 2 y 4

- Apoyo instrumental ítems 1 y 3
- Apoyo Informativo ítems 6 y 8
- Apoyo espiritual ítems 5 y 7

La calificación para cada tipo de apoyo es:

- Poco 2-4 puntos
- Alguno 5-7 puntos
- Mucho 8-10 puntos

Además permitió la calificación de la frecuencia de contactos con las redes (se realiza mediante la suma de las puntuaciones en cada caso)

- Nulo 9-17 puntos
- Poco frecuente 18-26 puntos
- Frecuente 27-35 puntos
- Muy frecuente 36 -45 puntos

#### **Instrumento para evaluar los recursos adaptativos:**

La prueba consta de 14 ítems donde se evaluó los recursos adaptativos de la familia ante la ocurrencia de eventos familiares, tanto normativos como para normativos. La calificación se realizó mediante la suma de los valores de las respuestas marcadas o circuladas por medio del consenso familiar.<sup>34</sup> (Anexo N° 4).

#### **Fuentes secundarias:**

**Fichas Familiares.-** Que fueron realizadas en el año 2014 y actualizadas en el año 2015 y 2016, de éstas fuentes se obtuvieron los siguientes datos:

- Las características sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, etnia, nivel de instrucción, ocupación de las personas con discapacidad
- Dispensarización de la persona con discapacidad identificando el Tipo, el Nivel o Grado, la causa y el tiempo que presenta la discapacidad.

- La condición de salud, a través de la identificación de los factores de riesgo: biológicos, socioeconómicos, ambientales y mixtos.
- Características de las familias con la identificación de: Tipo de familia, ciclo vital, crisis familiares.

### **3.7 Procesamiento y análisis de la información**

La información se recogió y se llevó a una base de datos, utilizando el gestor de datos EXCEL y al sistema SPSS 20 para proceder al análisis de los resultados, se elaboró tablas y gráficos para mejor comprensión de acuerdo a los objetivos planteados. Para las variables cualitativas se obtuvo porcentajes y para las variables cuantitativas como la edad, se utilizó el promedio y la mediana. Además se relacionó variables para lo que se utilizó la prueba del Chi cuadrado.

Para aceptar o rechazar la hipótesis formulada se aplicó la prueba de Chi cuadrado con el nivel de significación de 0,05 en el programa SPSS 20.

## CAPÍTULO 4

### 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 4.1 Análisis de los resultados

##### 4.1.1 Características sociodemográficas de las personas con discapacidad:

Las personas con discapacidad poseen una diversidad de factores personales con diferencias de género, edad, condición socioeconómica, sexualidad, origen étnico o legado cultural.

Aunque la discapacidad se correlaciona con la desventaja, no todas las personas con discapacidad tienen las mismas desventajas. Las mujeres con discapacidad sufren una combinación de desventajas que se vinculan al género y la discapacidad y es menos probable que contraigan matrimonio que las mujeres que no tienen ninguna discapacidad. Las personas que sufren problemas de salud mental o deficiencias intelectuales parecen ser las que presentan las mayores desventajas en muchos ámbitos, en comparación con las que poseen deficiencias físicas o sensoriales.<sup>1</sup>

Las personas que sufren discapacidad constituyen un grupo de población muy heterogénea, pero con la característica común de necesitar una serie de garantías que les permitan participar en igualdad de condiciones en la vida social.<sup>31</sup>

La prevalencia de personas con discapacidad en el mundo aumenta cada día más debido, entre otras cosas, al envejecimiento de la población. Los años agregados a la vida aumentan el riesgo de adquirir una discapacidad en las edades avanzadas como secuela de alguna enfermedad.<sup>32, 40</sup>

Según datos del Registro Nacional de Discapacidades del 2 de febrero del 2016 en el Ecuador existen 408.021 personas con discapacidad, Cotopaxi tiene 10.137, que corresponde al 2,48% (41), lo que difiere con los datos del INEC del último censo del 2010 (ver Anexo N° 5).<sup>41</sup>

Esta diferencia se puede atribuir a que en el censo la valoración de discapacidad únicamente era por una respuesta a una de las preguntas de la encuesta, no sujeta a valoración profesional.

En el sector EU04 que tiene una población de 1800 habitantes y que es área urbana de la parroquia de Pujilí se ha determinado la existencia de 37 personas con discapacidad tomando en cuenta la metodología del CIF, la valoración está a cargo de un equipo del Ministerio de Salud Pública que consta de médico, psicólogo, trabajadora social, debidamente capacitados, el que se encarga de evaluar y otorgar un carnet con el porcentaje de discapacidad. Tomando en cuenta estos parámetros se determina que la prevalencia de discapacidad en este sector es del 3,08%.

En las tablas 3 y 4 se describen las características sociodemográficas de las personas con discapacidad.

Tabla N° 3.- Características sociodemográficas edad, sexo y etnia de las personas con discapacidad del sector EU04, Pujilí. 2016

<b>Características sociodemográficas</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>
Edad	Niños de 0 a 9 años	4	10,81
	Adolescentes de 10 a 19 años	5	13,51
	Adultos de 20 a 64 años	14	37,84
	Adultos mayores > de 65 años	14	37,84
	Total	37	100,00
Sexo	Masculino	17	45,95
	Femenino	21	56,76
	Total	37	100,00
Etnia	Mestiza	34	91,89
	Indígena	2	5,41
	Blanca	1	2,70
	Total	37	100,00

Fuente: Fichas familiares

Elaborado por: Patricia Vaca



**Las edades** de las personas con discapacidad oscilan entre 1 a 90 años, siendo la edad promedio 50 años, la mediana de edad es de 48 años. Los grupos de edad con mayor porcentaje son los adultos y adultos mayores como se demuestra en la Tabla N° 3.

Los adultos y adultos mayores tienen igual porcentaje de prevalencia de discapacidad con el 37,8% (14), estos resultados no coinciden con los datos encontrados en la Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades 2013 – 2017 en la que un 33% de personas con discapacidad son adultos mayores y este porcentaje se reduce hasta un 19% en el grupo de edad a partir de los 40 años.<sup>21</sup>

En el análisis por edad en el estudio realizado por Neves Silva en 13 países de América Latina incluido Ecuador determina que en el 75% de los países tienen la discapacidad más prevalente en personas mayores de 65 años, solo Chile y Guatemala poseen mayor prevalencia de la discapacidad en personas por debajo de 65 años.<sup>40</sup>

**Sexo.**-Ha sido tomado en cuenta de acuerdo a las características biológicas de las personas con discapacidad y que están determinadas en el documento de identidad, representado en la Tabla N° 1 y Anexo N°7.

En la población de estudio se determina que existe una prevalencia del género femenino con 54,1% (20).

Estos resultados difieren con el estudio de Neves en el que determina que los hombres son más acometidos que las mujeres en la mayor parte de países.<sup>40</sup>También difieren con los datos del Registro Nacional de Discapacidades del 2 de febrero del 2016 en el que el sexo masculino tiene un mayor porcentaje.<sup>40</sup>

Es importante señalar que las mujeres tienen mayor prevalencia especialmente en los grupos de edad adulta y adultos mayores como se aprecia en la Tabla N° 3. Una vez que las mujeres viven más que los hombres la población femenina, incluyendo la con discapacidad, tiende a ser mayor la esperanza de vida en las mujeres.

**Estado civil.**- que es la situación en la que se encuentra la persona según sus circunstancias, la legislación y a la que el ordenamiento le concede ciertos efectos

jurídicos.<sup>42</sup>

En la Tabla N° 4 se describe a la población de estudio en relación al estado civil y edad. (Gráfico ver en Anexo N° 6).

Tabla N° 4.- Distribución de las personas con discapacidad de acuerdo a Estado civil y edad.

Estado civil	De 0 a 9		10 a 19		Edad 20 a 64		Mayores de 65		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	4	100	4	80	7	50,00	2	14,29	17	45,95
Unión libre	0	0	1	20	0	0,00	0	0,00	1	2,70
Casado	0	0	0	0	6	42,86	7	50,00	13	35,14
Viudo	0	0	0	0	1	7,14	5	35,71	6	16,22
Total	4	100	5	100	14	100	14	100	37	100

Fuente: Ficha familiar

Elaborado por: Patricia Vaca

El mayor porcentaje de la población de estudio son solteros con el 45,95%(17) pero en este está incluido los niños y adolescentes. Tomando en cuenta los grupos de edad se puede apreciar que de los adultos de 20 a 64 años la mayoría 50% (7) son solteros y en el grupo de edad de adultos mayores el 50% (7) son casados. No se encontró separados ni divorciados.

Estos resultados difieren con los encontrados en la población en general del sector EU04 en la que el 24,1% del grupo de 20 a 64 años son solteras. Existe un alto porcentaje 35,71% (5) de viudos en el grupo de edad mayores de 65 años, los mismos que están al cuidado de los hijos.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística de España el mayor porcentaje de la población son casados, sin embargo hay un ligero incremento en el porcentaje de solteros en las personas con discapacidad.<sup>42</sup>

Las personas con discapacidad tienen menores oportunidades de formar una familia, es decir de casarse o unirse, especialmente las que su discapacidad fue congénita o adquirida a tempranas edades.

**Etnia.**- Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en el 2014 determina que el 7% de la población ecuatoriana se auto-identifica como indígenas.<sup>43</sup>

En la provincia de Cotopaxi el 8,9% de la población es indígena(44), de acuerdo al ASIS del Sector EU04 del 2015 la población indígena corresponde al 11%.

La distribución de las diferentes etnias de la población de estudio están representadas en la Tabla N° 5 y en el Gráfico del Anexo N° 9.

Tabla N° 5.- Distribución de las personas con discapacidad según etnia y sexo

Etnia	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Mestiza	16	100	18	85,71	34	91,89
Indígena	0	0	2	9,52	2	5,41
Blanca	0	0	1	4,76	1	2,70
Total	16	100	21	100	37	100

Fuente: Ficha familiar

Elaborado por: Patricia Vaca

La mayor parte de personas con discapacidad son mestizas 91,89% (34) y un 5,41% (2) son indígenas, las cuales son del sexo femenino y son niñas. No se ha identificado personas con discapacidad de etnia indígena en los otros grupos de edad.

En un Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas en Nueva York del 20 al 31 de mayo del 2013 de Las Naciones Unidas se concluye que no existen datos fiables para determinar estadísticas de discapacidad entre las personas indígenas. En América Latina de acuerdo a datos proporcionados por países como: Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá y Uruguay muestran que la tasa de discapacidad es mayor entre las personas indígenas que entre el resto de la población.<sup>44</sup>

En el caso de la población en estudio difiere, ya que la tasa de discapacidad entre la población indígena del sector EU04 es de 1,5%, en cambio la tasa de discapacidad de los mestizos es de 3,3%. Estos datos fueron obtenidos del ASIS del sector EU04 del 2015.

**Nivel de instrucción.-** en la tabla N° 4 se determina el Nivel de Instrucción de las personas con discapacidad según edad de la población en estudio. (Gráfico en

Anexo N° 10).

Tabla N° 6.- Distribución de las personas con discapacidad según edad y nivel de instrucción.

Nivel de Instrucción	Grupos de edad								Total	
	De 0 a 9		10 a 19		20 a 64		>65 años		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Ninguno	3	75	1	20	1	7,14	4	28,6	9	24,32
Primaria	1	25	1	20	0	0,00	0	0	2	5,41
Educación básica	0	0	3	60	7	50,00	9	64,3	19	51,35
Bachiller	0	0	0	0	3	21,43	1	7,14	4	10,81
Superior	0	0	0	0	3	21,43	0	0	3	8,11
Total	4	100	5	100	14	100	14	100	37	100

Fuente: Ficha familiar

Elaborado por: Patricia Vaca

El Nivel de Instrucción predominante entre las personas con discapacidad es la educación básica especialmente en el grupo de edad de adultos y adultos mayores con porcentajes de 50% (7) y 64,3% (9) respectivamente. El 24,32% (9) de las personas con discapacidad no tiene ningún nivel de instrucción a diferencia de la población total del sector EU04 que solo el 3% no tiene ninguna instrucción.

Neves en su estudio determina que en Chile el 10% de la población de personas con discapacidad no tienen ningún estudio y un 42% no ha completado la enseñanza básica. En Colombia casi 40% de los discapacitados no poseen ningún tipo de escolaridad. En Ecuador el 58% solo poseen educación básica, En El Salvador 44,8% son analfabetos mientras en la población general el índice de analfabetismo es de 15,9%. En Guatemala 52% no poseen nivel de escolaridad.<sup>40</sup> Según la Encuesta Mundial de Salud, en 14 de 15 países de bajos y medianos ingresos, la población activa con discapacidad tiene un tercio menos de probabilidades de terminar el ciclo de enseñanza primaria.<sup>45</sup>

**Ocupación.-** Este indicador analiza la estructura de la población con discapacidad ocupada en función del tipo de actividades que realizan. De las 37 personas con discapacidad, 33 es decir el 89% está en edad de trabajar, cuyas actividades que realizan están representadas en la Tabla N° 5,

Tabla N° 7.- Distribución de las personas con discapacidad según edad y ocupación

Ocupación	Edad								Total	
	0 a 9		10 a 19		20 a 64		> 65 años			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Empleado público	0	0	0	0	4	28,57	0	0	4	10,81
Cuenta propia	0	0	0	0	4	28,57	0	0	4	10,81
Obrero	0	0	0	0	1	7,14	0	0	1	2,70
Quehaceres D.	0	0	0	0	1	7,14	1	7,14	2	5,41
Estudia	0	0	2	40	1	7,14	0	0	3	8,11
Ninguno	4	100	3	60	3	21,43	13	92,85	23	62,16
Total	4	100	5	100	14	100	14	100	37	100

Fuente: Fichas familiares

Elaborado por: Patricia Vaca

En esta tabla se puede apreciar que el mayor porcentaje de la población 62,16% (23) no desempeña ninguna actividad laboral, únicamente del grupo de edad de 20 a 64 años son los que desempeñan alguna actividad laboral, evidenciando que el 28,57% (4) son empleados públicos y otro porcentaje igual trabaja por su propia cuenta. El 21,4% de este grupo de edad no tiene actividad laboral. En los adultos mayores el porcentaje de desocupación incrementa al 92,9%. También es importante mencionar que de los adolescentes con discapacidad, solo el 40%(2) están estudiando y el 60% (3) no realiza ninguna actividad.

La población en edad de trabajar de este grupo de estudio es del 51.35% (19), de los cuales el 42,1% (8) desempeñan alguna actividad laboral, pero solo el 21% (4) son empleados públicos.

En relación a la población en edad de trabajar del Sector EU04 se determina que el 36,9% es empleado público, por tanto las oportunidades de trabajo de las personas con discapacidad son menores

En un estudio realizado por Hernández, sobre situación laboral de las personas con discapacidad en España en el periodo 2008-2012. Los resultados muestran que las personas con discapacidad se enfrentan a una peor situación en términos de inserción laboral y salarios.<sup>46</sup>

A pesar de las leyes que existe en favor de las personas con discapacidad con respecto garantizar derechos de la inserción laboral se evidencia que aún persiste una deficiente inserción laboral del discapacitado y que esto estaría más en relación con el nivel de instrucción, pues a más bajo nivel de instrucción menores son las oportunidades de insertarse laboralmente.

#### 4.1.2 Características etiológicas y clínicas de las personas con discapacidad

**Etiología de la discapacidad.-** se describe a las personas con discapacidad de acuerdo a la etiología relacionando con las características sociodemográficas descritas en las Tablas N° 8 y 9

Tabla N° 8.- Distribución de las personas con discapacidad según etiología y variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil

Variables sociodemográficas	Etiología de la discapacidad						P	
	Congénita		Adquirida		Total			
	N°	%	N°	%	N°	%		
Edad	De 0 a 9 años	3	21,43	1	4,35	4	10,81	0,002
	10 a 19 años	5	35,71	0	0	5	13,51	
	20 a 64 años	4	28,57	10	43,48	14	37,84	
	Mayores de 65 años	2	14,29	12	52,17	14	37,84	
	Total	14	100	23	100	37	100	
Sexo	Masculino	6	42,86	10	43,48	16	43,24	0,97
	Femenino	8	57,14	13	56,52	21	56,76	
	Total	14	100	23	100	37	100	
Estado civil	Soltero	10	71,43	7	30,43	17	45,95	0,033
	Unión libre	1	7,14	0	0,00	1	2,70	
	Casado	2	14,29	11	47,83	13	35,14	
	Viudo	1	7,143	5	21,74	6	16,22	
	Total	14	100	23	100	37	100	

Fuente: Ficha familiar

Elaborado por: Patricia Vaca

De las 37 personas con discapacidad, el 62,1%(23) son de etiología adquirida y el 37,8% (14) son de etiología congénita.

De las 14 personas que tienen discapacidad congénita la mayoría corresponden al grupo de edad de adolescentes con el 28,6% (4). De las 23 personas que tienen discapacidad adquirida la mayoría corresponden al grupo de edad de adultos mayores con el 52,2% (12)

Existe una relación significativa entre la edad y la causa de discapacidad

demostrada estadísticamente ( $p < 0,05$ )

De las 37 personas del grupo de estudio el 56,8%(21) son mujeres. De las 14 personas con discapacidad congénita el 57,1%(8) son mujeres y de las 23 personas que tienen discapacidad adquirida el 56,5 (13) son mujeres.

De las 14 personas con discapacidad congénita el 71,1% (10) son solteras. De las 23 personas con discapacidad adquirida la mayoría son casados con el 47,8% (11).

Tomando en cuenta las variables sociodemográficas de etnia, instrucción, ocupación que están contenidas en la Tabla N° 9.

Tabla N° 9.- Distribución de las personas con discapacidad según etiología y variables sociodemográficas: nivel de instrucción, ocupación.

Variables sociodemográficas		Etiología de la discapacidad						P
		Congénita		Adquirida		Total		
		N°	%	N°	%	N°	%	
Etnia	Mestiza	12	85,71	22	95,65	34	91,89	0,136
	Indígena	2	14,29	0	0,00	2	5,41	
	Blanca	0	0,00	1	4,35	1	2,70	
	Total	14	100,00	23	100,00	37	100,00	
Instrucción	Ninguno	5	35,71	4	17,39	9	24,32	0,106
	Primaria	2	14,29	0	0,00	2	5,41	
	Educación básica	5	35,71	14	60,87	19	51,35	
	Bachiller	2	14,29	2	8,70	4	10,81	
	Superior	0	0,00	3	13,04	3	8,11	
	Total	14	100,00	23	100,00	37	100,00	
Ocupación	Empleado público	1	7,14	3	13,04	4	10,81	0,197
	Cuenta propia	1	7,14	3	13,04	4	10,81	
	Obrero	0	0,00	1	4,35	1	2,70	
	Quehaceres de la casa	0	0,00	2	8,70	2	5,41	
	Estudia	3	21,43	0	0,00	3	8,11	
	Ninguno	9	64,29	14	60,87	23	62,16	
	Total	14	100	23	100	37	100	

Fuente: Ficha familiar

Elaborado por: Patricia Vaca

De las 14 personas con discapacidad congénita la etnia predominante es mestiza con el 85,7% (12), seguida de la etnia indígena con el 14,3% (2). El nivel de instrucción predominante es ninguna y educación básica con igual porcentaje 35,7%(5). La ocupación la mayoría no realiza ninguna actividad con el 64,3%(9). De las 23 personas con discapacidad adquirida la mayoría es de etnia mestiza con el 95,7% (22) no existen de etnia indígena afectados por discapacidad adquirida.

El nivel de instrucción predominante es la educación básica con el 60,9% (14), ninguna instrucción tiene el 17,4% (4). La ocupación el 60,9% (14) no desempeña ninguna actividad.

Por lo tanto se puede decir que la mayoría de las discapacidades son adquiridas en la etapa adulta de la vida como resultado de enfermedades crónicas, accidentes o violencia, que concuerda con el estudio de Neves, quien determina que las enfermedades crónicas son consideradas como la principal causa de la discapacidad en 63,6% de los países, en Paraguay son las enfermedades en el periodo perinatal las que generan más discapacidad.<sup>40</sup>

También concuerda con Rodríguez en una investigación de Caracterización de discapacidades en Ecuador determina que el 75% son de causas posnatales.<sup>47</sup>

**Tipo de discapacidad.-** los tipos de discapacidad: física, psíquica, sensorial, intelectual, visceral y mental se describen en la Tabla N° 10. (Gráfico ver en Anexo N° 11).

Tabal N° 10.- Distribución de los tipos de discapacidad en número y porcentaje

<b>Tipo de discapacidad</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Física	18	48,65
Sensorial	4	10,81
Intelectual	4	10,81
Mixta	11	29,73
Total	37	100

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Patricia Vaca

El tipo de discapacidad más frecuente es la física con el 48,65% (18), seguido de las mixtas con el 29,73% (11).

Estos datos se asemejan con los encontrados a nivel nacional proporcionados por el CONADIS en el que el 47% tienen discapacidad física.<sup>39</sup>. En cambio difieren con los de Neves, quien manifiesta que la discapacidad motora es más prevalente en 90,9% de países latinoamericanos, en los que solo Ecuador y Brasil poseen la discapacidad visual como la más prevalente.<sup>40</sup>

En las Tablas 11 y 12 se describen los tipos de discapacidad en relación con las variables sociodemográficas, obteniéndose los siguientes resultados.



Tabla N° 11- Distribución de personas con discapacidad según tipo de discapacidad y variables sociodemográficas edad, sexo y estado civil

Variables sociodemográficas	Tipos de discapacidad										P	
	Física		Sensorial		Intelectual		Mixta		Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Edad	0 a 9 años	0	0	0	0	0	0	4	36,36	4	10,81	0,013
	10 a 19 años	0	0,00	1	25	2	50	2	18,18	5	13,51	
	20 a 64 años	10	55,56	1	25	1	25	2	18,18	14	37,84	
	>de 65 años	8	44,44	2	50	1	25	3	27,27	14	37,84	
	Total	18	100	4	100	4	100	11	100	37	100	
Sexo	Masculino	8	44,44	1	25	1	25	7	63,64	16	43,24	0,267
	Femenino	10	55,56	3	75	3	75	4	36,36	21	56,76	
	Total	18	100	4	100	4	100	11	100	37	100	
Estado civil	Soltero	5	27,78	2	50	2	50	8	72,73	17	45,95	0,06
	Unión libre	0	0,00	0	0	1	25	0	0,00	1	2,70	
	Casado	9	50,00	1	25	1	25	2	18,18	13	35,14	
	Viudo	4	22,22	1	25	0	0	1	9,09	6	16,22	
	Total	18	100	4	100	4	100	11	100	37	100	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Patricia Vaca

Tabla 12.- Distribución de personas con discapacidad según tipo de discapacidad y variables sociodemográficas etnia, instrucción, ocupación

Variables Sociodemográficas		Tipos de Discapacidad										P
		Física		Sensorial		Intelectual		Mixta		Total		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
<b>Etnia</b>	Mestiza	17	94	4	100	4	100	9	81,82	34	91,89	0,496
	Indígena	0	0,00	0	0	0	0	2	18,18	2	5,41	
	Blanca	1	5,56	0	0	0	0	0	0,00	1	2,70	
	Total	18	100	4	100	4	100	11	100	37	100	
<b>Instrucción</b>	Ninguno	2	11,11	0	0	1	25	6	54,55	9	24,32	0,16
	Primaria	0	0,00	0	0	1	25	1	9,09	2	5,41	
	Educación básica	10	55,56	3	75	2	50	4	36,36	19	51,35	
	Bachiller	3	16,67	1	25	0	0	0	0,00	4	10,81	
	Superior	3	16,67	0	0	0	0	0	0,00	3	8,11	
	Total	18	100	4	100	4	100	11	100	37	100	
<b>Ocupación</b>	Empleado público	4	22,22	0	0	0	0	0	0,00	4	10,81	0,395
	Cuenta propia	3	16,67	1	25	0	0	0	0,00	4	10,81	
	Obrero	0	0,00	0	0	0	0	1	9,09	1	2,70	
	Quehaceres de la casa	2	11,11	0	0	0	0	0	0,00	2	5,41	
	Estudiante	1	5,56	1	25	1	25	1	9,09	3	8,11	
	Ninguno	8	44,44	2	50	3	75	10	90,91	23	62,16	
	Total	18	100	4	100	4	100	11	100	37	100	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Patricia Vaca

De las 18 personas con discapacidad física corresponden al grupo de edad en su mayoría adultos y adultos mayores con el 55,6% (10) y 44,4% (8), con mayor prevalencia del sexo femenino 55,6% (10). El 50% son casados. La mayoría se identifican de etnia mestiza con el 94,4% (17). El 55,6%(10) tiene instrucción básica, y el 44,4%(8) no realiza ninguna actividad.

Las personas con discapacidad sensorial son 4, de las cuales el 50%(2) son adultos mayores. El 75% (3) son mujeres. El 50%(2) es solteros. Todos son mestizos. El 75%(3) tienen educación básica y 25% (1) es bachiller. El 507%(2) no tiene actividad ocupacional, 25%(1) tiene su propio negocio informal y 25% (1) estudia en escuela especial.

Las personas con discapacidad intelectual son 4, el 50%(2) son adolescentes y las otras 2 son personas adultas y adulto mayor. El 75%(3) son mujeres. El 50% (2) son solteras, las otras 2 son casada y unión libre. Las 4 se identifican de etnia mestiza. El 50% (2) tienen instrucción básica. El 75% (3) no desempeñan actividad ocupacional y 25% (1) estudia (Escuela especial).

La discapacidad mixta son 11 que esta distribuidos por porcentaje: niños corresponden al 36,4% (4), adolescentes y adultos con el 18,2% (2) cada uno y el 27,2%(3) son de la tercera edad. El 63,6%(7) es del sexo masculino. El 72,7% (8) son solteros.

Existe diferencia significativa entre la edad y el tipo de discapacidad ( $p < 0,05$ ), en tanto que entre las otras variables sociodemográficas no existe una diferencia significativa ( $p > de 0,05$ ).

Los adultos y adultos mayores presentan con mayor frecuencia discapacidad física, los adolescentes presentan más frecuentemente discapacidad sensorial e intelectual, en tanto que en los niños la discapacidad mixta es la más prevalente. Esto estaría en relación a que la discapacidad física es por causa adquirida ya sea por accidentes o secuelas de enfermedades crónicas y que las encontramos en los adultos y adultos mayores, en cambio la discapacidad sensorial, intelectual y mixtas están más relacionadas a etiología congénita y que están presentes entre la población joven y niños.

## Nivel de discapacidad

Se refiere al grado de dependencia que tiene la persona con discapacidad.

En el Ecuador, la entidad que emitía la calificación era el CONDIS, actualmente lo realiza el Ministerio de Salud Pública (MSP), para lo cual cada Distrito de Salud cuenta con un Equipo Calificador de Discapacidades, conformado por médico, psicólogo, trabajo social, este Equipo valora a la persona con discapacidad y le clasifica con el nivel de discapacidad utilizando el CIF, otorgando a la persona evaluada el respectivo carnet con el porcentaje. La investigadora se basó en este documento para determinar el nivel de discapacidad.

Los niveles de discapacidad encontrados en el grupo investigado únicamente son dos:

- Discapacidad Moderada (25 al 49%)
- Discapacidad Grave (50 al 95%)

De acuerdo a la tabla 13 encontramos que la mayoría tienen una discapacidad grave con el 56,8% (21).

Tabla N° 13.- Discapacidad según nivel

<b>Nivel de discapacidad</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Moderada	16	43,2%
Grave	21	56,8%
Total	37	100,0%

Fuente: Carnet de discapacidad

Elaborado por: Patricia Vaca

Estos datos coinciden con los datos publicados por el CONADIS en el que el 55% tienen discapacidad grave.<sup>48</sup> Esta coincidencia está determinada porque la investigadora utilizó los datos del carnet otorgado por el MSP, y esta información es enviada al CONADIS.

El nivel de discapacidad de acuerdo a las características sociodemográficas se describe en la Tabla N° 14

Tabla N° 14.- Nivel de discapacidad según características sociodemográficas de edad, sexo, estado civil, etnia, instrucción y ocupación.

Variables sociodemográficas	Nivel de discapacidad						P	
	Moderada		Grave		Total			
	N°	%	N°	%	N°	%		
Edad	0 a 9 años	2	12,5	2	9,52	4	10,8	0,697
	10 a 19 años	1	6,25	4	19,05	5	13,5	
	20 a 64 años	6	37,5	8	38,1	14	37,8	
	> de 65 años	7	43,75	7	33,33	14	37,8	
	Total	16	100	21	100	37	100	
Sexo	Masculino	4	25	13	61,9	17	45,9	0,026
	Femenino	12	75	8	38,1	20	54,1	
	Total	16	100	21	100	37	100	
Estado civil	Soltero	6	37,5	11	52,38	17	45,9	0,36
	Unión libre	0	0	1	4,76	1	2,7	
	Casado	8	50	5	23,81	13	35,1	
	Viudo	2	12,5	4	19,05	6	16,2	
	Total	16	100	21	100	37	100	
Etnia	Mestiza	13	81,25	21	100	34	91,9	0,117
	Indígena	2	12,5	0	0	2	5,41	
	Blanca	1	6,25	0	0	1	2,7	
	Total	16	100	21	100	37	100	
Instrucción	Ninguno	2	12,5	7	33,33	9	24,32	0,638
	Primaria	1	6,25	1	4,76	2	5,41	
	Educación básica	10	62,5	9	42,86	19	51,35	
	Bachiller	2	12,5	2	9,52	4	10,81	
	Superior	1	6,25	2	9,52	3	8,11	
	Total	16	100	21	100	37	100	
Ocupación	Empleado público	3	18,75	1	4,76	4	10,81	0,321
	Cuenta propia	1	6,25	3	14,29	4	10,81	
	Obrero	0	0	1	4,76	1	2,7	
	Quehaceres de la casa	2	12,5	0	0	2	5,41	
	Estudia	1	6,25	2	9,52	3	8,11	
	Ninguno	9	56,25	14	66,67	23	62,16	
	Total	16	100	21	100	37	100	

Fuente: Ficha familiar y encuesta

Elaborado por: Patricia Vaca

El número de las personas con discapacidad moderada es de 16, de los cuales: la mayoría son mayores de 65 años con 43,8% (7), de sexo femenino en un 75%

(12), el estado civil predominante son casados con el 50% (8). La mayor parte se auto-identifican mestizos 81,3%(13), el 12,5% (2) son indígenas, el nivel de instrucción predominante es la educación básica y la ocupación la mayoría no desempeña ninguna con el 56,25%(9), son empleados públicos el 18,8%(3).

Las 21 personas con discapacidad grave están distribuidas en los diferentes grupos de edad siendo la mayoría adultos con el 38,1% (8), el sexo masculino es predominante con el 61,9% (13), en su mayoría son solteros, todos son mestizos, el nivel de instrucción predominante es la educación básica, tienen un mayor porcentaje de analfabetismo con respecto a la discapacidad moderada que son: 33,3% (7) y 12,5% (2) respectivamente. En lo que respecta a la ocupación el 66,7% (14) no desempeñan ninguna.

Aunque no existe una diferencia estadística significativa ( $p > 0,05$ ) entre las variables sociodemográficas y el nivel de discapacidad, pero en porcentaje se puede encontrar que a mayor nivel de discapacidad repercute especialmente en el nivel de instrucción, la ocupación y el estado civil, ya que entre las personas que tienen una discapacidad de nivel grave tienen mayor analfabetismo 33,33% (7), menores oportunidades de empleo, la mayoría son solteros y por lo tanto los vuelve más vulnerables.

#### **4.1.3 Condición de salud de las personas con discapacidad.**

La condición de salud que estaría determinada por los factores de riesgo, que se refiere a situaciones o circunstancias que aumentan la probabilidad de que las personas puedan contraer una enfermedad, o situaciones que puedan empeorar la enfermedad crónica en caso de tenerla.

Para efectos de la investigación se ha tomado en cuenta los factores de riesgo contemplados en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que son:<sup>49</sup>

- Factores Biológicos
- Factores Socioeconómicos
- Factores Ambientales
- Factores Mixtos

En la Tabla N° 15 se describen los factores de riesgo encontrados en las personas con discapacidad en relación con los grupos de edad.

Tabla N° 15.- Distribución de las personas con discapacidad según factores de riesgo y grupos de edad.

Riesgos	Edad								Total	
	0 a 9		10 a 19		20 a 64		> de 65		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Biológicos	0	0	1	20	10	71,43	10	71,43	21	56,76
Socioeconómicos	0	0	2	40	0	0,00	1	7,14	3	8,11
Ambientales	4	100	1	20	4	28,57	3	21,43	12	32,43
Mixtos	0	0	1	20	0	0,00	0	0,00	1	2,70
Total	4	100	5	100	14	100	14	100	37	100

Fuente: Ficha familiar

Elaborado por: Patricia Vaca

Los factores de riesgo biológicos son los más frecuentes con el 56,76% (21), que están presentes especialmente en los adultos y adultos mayores con igual porcentaje 71,43% (10). Esto estaría en relación a que estos grupos de edad son más vulnerables a adquirir enfermedades, especialmente las crónicas no transmisibles.

Los riesgos Ambientales son los que le siguen con el 32,42% (12) y afectan en mayor proporción a los niños, ya que los 4 niños que tienen discapacidad, todos están expuestos a riesgos ambientales.

Los riesgos socioeconómicos lo encontramos en mayor proporción 40% (2) en los adolescentes,

Los riesgos mixtos están presente en un adolescente.

#### 4.1.4 Características de las familias

En la Tabla N° 16 se describen los diferentes tipos de familia de la población de estudio en relación con los grupos de edad.

Tabla N° 16.- Distribución de las personas con discapacidad según tipo de familia y edad.

Tipos de familia	Edad								Total	
	0 a 9		10 a 19		20 a 64		> de 65			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nuclear simple	0	0	1	20	6	42,86	1	7,14	8	21,62
Nuclear numerosa	2	50	0	0	0	0,00	0	0,00	2	5,41
Extensa o de origen ampliado	1	25	3	60	2	14,29	9	64,29	15	40,54
Monoparental	0	0	0	0	4	28,57	0	0,00	4	10,81
Binuclear o reconstituida	1	25	1	20	0	0,00	0	0,00	2	5,41
Nuclear con padres ausentes	0	0	0	0	1	7,14	0	0,00	1	2,70
Nuclear sin hijos	0	0	0	0	1	7,14	4	28,57	5	13,51
Total	4	100	5	100	14	100	14	100	37	100

Fuente: ficha familiar  
 Elaborado por: Patricia Vaca  
 P = 0,000

El tipo de familia más frecuente es la familia extensa o de origen ampliado con el 40,5%(15), prevaleciendo este tipo de familia en el grupo de edad mayores de 65 años, que estaría en relación a que estas personas necesitan del cuidado de los hijos y nietos. Le sigue en frecuencia la familia nuclear simple con el 21,62% (8) Cabe mencionar que 28, 6% (4) de personas del grupo de edad adultos mayores que pertenecen a familia nuclear sin hijos es decir que la persona con discapacidad adulta mayor es cuidada por otro adulto mayor y que representa un riesgo tanto para la persona con discapacidad como para la persona cuidadora.

En la tabla 17 se establece una relación entre el tipo de familia y el tipo de discapacidad



Tabla N° 17.- Distribución de las personas con discapacidad según Tipo de familia y tipo de discapacidad

Tipo de familia	Tipo de discapacidad									
	Física		Sensorial		Intelectual		Mixta		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nuclear simple	6	33,333	0	0	2	50	0	0,00	8	21,62
Nuclear numerosa	0	0	0	0	0	0	2	18,18	2	5,41
Extensa o de origen ampliado	6	33,333	3	75	1	25	5	45,45	15	40,54
Monoparental	2	11,111	1	25	0	0	1	9,09	4	10,81
Binuclear o reconstituida	0	0	0	0	0	0	2	18,18	2	5,41
Nuclear con padres ausentes	1	5,5556	0	0	0	0	0	0,00	1	2,70
Nuclear sin hijos	3	16,667	0	0	1	25	1	9,09	5	13,51
Total	18	100	4	100	4	100	11	100	37	100

Fuente: Ficha familiar y encuesta

Elaborado por: Patricia Vaca

P = 0,30

De las 18 personas con discapacidad física el 33. 3% (6) pertenecen a familias nucleares simples y extensas de origen ampliado con igual porcentaje. De las 4 personas que tienen discapacidad sensorial el 75% (3) son de familia extensa ampliada. Las 4 personas que tienen discapacidad intelectual el 50% (2) son de familia nuclear simple. De las 11 personas con discapacidad mixta el 45,5%(5) corresponden a familias extensas o de origen ampliado.

No existe una significancia estadística entre el tipo de discapacidad y tipo de familia ( $p > 0,05$ ).

No se ha encontrado ningún estudio al respecto.

El tipo de discapacidad no influye en el tipo de familia

En la tabla 18 se relaciona el tipo de familia con el nivel de discapacidad.

Tabla N° 18.- Distribución de las personas con discapacidad según Tipo de familia y Nivel de discapacidad

Tipo de familia	Nivel de discapacidad					
	Moderada		Grave		Total	
	N°	% del N de la tabla	N°	% del N de la tabla	N°	% del N de la tabla
Nuclear simple	3	8,11	5	13,51	8	21,62
Nuclear numerosa	2	5,41	0	0,00	2	5,41
Extensa o de origen ampliado	6	16,22	9	24,32	15	40,54
Familia monoparental	2	5,41	2	5,41	4	10,81
Binuclear o reconstituida	0	0,00	2	5,41	2	5,41
Nuclear con padres ausentes	0	0,00	1	2,70	1	2,70
Nuclear sin hijos	3	8,11	2	5,41	5	13,51
Total	16	43,24	21	56,76	37	100

Fuente: Fichas familiares

Elaborado por: Patricia Vaca

P = 454

De las 37 familias el mayor porcentaje de personas con discapacidad grave que es de 24,32% (9) pertenecen al tipo de familia extensa de origen ampliado.

No existe una relación estadística significativa ( $p > 0,005$ ) entre el nivel de discapacidad y el tipo de familia.

No se ha encontrado ningún estudio al respecto.

Porcentualmente se destaca que el mayor porcentaje de las personas con discapacidad grave están al cuidado de familias extensas o de origen ampliado.

Esto difiere con lo encontrado en la población en general de esta localidad, en la que el tipo de familia predominante es la nuclear.

Por tanto la edad de la persona con discapacidad es la que determina el tipo de familia, es así que siendo el grupo de edad de adultos y adultos mayores la gran mayoría de la población de estudio ha determinado el tipo de familia extensa o de origen ampliado sea la más frecuente.

**Ciclo vital.-** En la tabla N° 19 se describe las diferentes etapas del ciclo vital por

la que están atravesando las familias de las personas con discapacidad.

Tabla N° 19.- Etapa del ciclo vital de las familias de las personas con discapacidad

<b>Ciclo vital</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Formación	0	0,00
Extensión	11	29,73
Contracción	22	59,46
Disolución	4	10,81
Total	37	100

Fuente: Ficha familiar

Elaborado por: Patricia Vaca

De las 37 familias del grupo de estudio, el 59,5% (22) se encuentran en la etapa del ciclo vital de contracción.

Por tanto se puede deducir que las personas con discapacidad pertenecen a familias no recién formadas, sus integrantes son adultos o adultos mayores.

En la Tabla N° 20 se establece una relación entre presencia de crisis familiares y la edad de la persona con discapacidad.

Tabla N° 20.- Distribución de las personas con discapacidad según crisis familiar y edad

<b>Crisis familiares</b>	<b>Edad</b>								<b>Total</b>	
	<b>0 a 9</b>		<b>10 a 19</b>		<b>20 a 64</b>		<b>&gt;de 65</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>		
Normativa	2	50	0	0	1	7	2	14	5	13,51
Para normativa	2	50	3	60	4	29	8	57	17	45,95
Ninguna	0	0	2	40	9	64	4	29	15	40,54
Total	4	100	5	100	14	100	14	100	37	100

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Patricia Vaca

El 45,95% (17) de las familias están atravesando por crisis para normativas, siendo el grupo de edad más afectado por estas crisis el de adolescentes.

#### **4.1.5 Recursos Adaptativos y Apoyo social**

##### **Recursos Adaptativos**

Se establece una relación entre los recursos adaptativos de las familias del grupo de estudio y los grupos de edad, cuyos resultados están representados en la Tabla N° 21.

Tabla N° 21.- Distribución de las personas con discapacidad según recursos adaptativos de la familia y grupos de edad.

Recursos adaptativos	Edad								Total	
	0 a 9		10 a 19		20 a 64		> de 65 años		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Insuficientes	1	25,0	2	40,0	2	14,3	2	14,3	7	18,9
Suficientes	3	75,0	3	60,0	12	85,7	12	85,7	30	81,1
Total	4	100	5	100	14	100	14	100	37	100

Fuente: Test de evaluación de recursos adaptativos.

Elaborado por: Patricia Vaca

P = 0,586

Existe un alto porcentaje de familias que tienen suficientes recursos adaptativos con el 81,1% (30).

No existe una relación estadística significativa entre la edad y los recursos adaptativos ( $p > 0,005$ ).

Esto quizá puede estar en relación a que el tiempo de discapacidad en su mayoría es de más de 5 años, como se puede ver en la Tabla N° 22.

Tabla N° 22.- Distribución de las personas con discapacidad según recursos adaptativos de la familia y tiempo de discapacidad.

Recursos Adaptativos	Tiempo de discapacidad						Total	
	Menor de 1 año		De 1 a 5 años		Más de 5 años		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Insuficientes	1	100,0	1	9,1	5	20,0	7	18,9
Suficientes	0	0,0	10	90,9	20	80,0	30	81,1
Total	1	100,0	11	100,0	25	100,0	37	100,0

Fuente: Test de recursos adaptativos

Elaborado por: Patricia Vaca

P = 0.82

Aunque no se encuentre una relación estadística significativa entre el tiempo de la discapacidad y los recursos adaptativos, porcentualmente se puede evidenciar que tienen un tiempo de discapacidad mayor a 5 años el 80% (20) han desarrollados suficientes recursos adaptativos

Es evidente que a menor tiempo de aparición de la discapacidad, los recursos

adaptativos son insuficientes.

Esto se puede explicar por qué en el primer año de la aparición de la discapacidad se presenta una etapa de luto, la cual la familia atraviesa una crisis que en algunos casos es tan grave que origina disfunción de la familia y ruptura. Con el tiempo la familia desarrolla sus propios recursos adaptativos, necesitando en algunos casos el apoyo social y puede superar la crisis y fortalecer los recursos adaptativos.

La gran mayoría de familias del grupo de estudio han superado esta etapa de luto favorablemente y han desarrollado suficientes mecanismos de adaptación que son necesarios para afrontar de forma positiva la crisis que genera la presencia de discapacidad en un integrante de la familia.

#### 4.1.6 Apoyo Social:

La gran mayoría de personas con discapacidad requieren de apoyo social. En la Tabla N° 23 se describen el apoyo social se refiere al apoyo que las personas con discapacidad y sus familias han recibido.

Tabla N° 23.- Distribución de personas con discapacidad según el Tipo de apoyo social y Tipo de discapacidad

Tipos de apoyo social		Tipos de discapacidad										P
		Física		Sensorial		Intelectual		Mixta		Total		
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Apoyo emocional	Poco	4	22,2	2	50,0	0	0,0	4	36,4	10	27,0	0,546
	Algo	6	33,3	1	25,0	3	75,0	4	36,4	14	37,8	
	Mucho	8	44,4	1	25,0	1	25,0	3	27,3	13	35,1	
	Total	18	100,0	4	100,0	4	100,0	11	100,0	37	100,0	
Apoyo instrumental	Poco	9	50,0	1	25,0	1	25,0	4	36,4	15	40,5	0,666
	Algo	5	27,8	3	75,0	2	50,0	4	36,4	14	37,8	
	Mucho	4	22,2	0	0,0	1	25,0	3	27,3	8	21,6	
	Total	18	100,0	4	100,0	4	100,0	11	100,0	37	100,0	
Apoyo informativo	Poco	4	22,2	1	25,0	2	50,0	4	36,4	11	29,7	0,756
	Algo	9	50,0	3	75,0	1	25,0	5	45,5	18	48,6	
	Mucho	5	27,8	0	0,0	1	25,0	2	18,2	8	21,6	
	Total	18	100,0	4	100,0	4	100,0	11	100,0	37	100,0	
Apoyo espiritual	Poco	6	33,3	2	50,0	4	100,0	7	63,6	19	51,4	0,043
	algo	3	16,7	2	50,0	0	0,0	3	27,3	8	21,6	
	Mucho	9	50,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	10	27,0	
	Total	18	100,0	4	100,0	4	100,0	11	100,0	37	100,0	

Fuente: Test de apoyo social  
Elaborado por: Patricia Vaca

Gráfico ver en Anexo N° 12

La mayoría responde que recibió más apoyo emocional e informativo.

El apoyo emocional la mayoría manifiesta haber recibido en algo con el 37,8% (14). Las personas con discapacidad física la mayoría estiman que recibieron mucho apoyo emocional con el 44,4% (8). Las personas con discapacidad sensorial, la mayoría manifiesta haber recibido poco apoyo social 50% (2). Las personas con discapacidad intelectual recibieron algo de apoyo social con el 75% (3). Las personas con discapacidad mixta la mayoría refieren haber recibido poco o algo de apoyo social. No existe una significancia estadística entre el tipo de discapacidad y el apoyo emocional.

El apoyo espiritual es el que tiene una relación estadística significativa ( $p < 0,005$ ) entre el tipo de discapacidad y el apoyo espiritual, las personas con discapacidad física, las que el 50% (9), refiere haber recibido mucho apoyo espiritual, especialmente en el caso de las personas con discapacidad mixta. 63,6% (19)

En la Tabla N° 24 se describe la relación del apoyo social y nivel de discapacidad

Tabla N° 24.- Distribución de personas con discapacidad según frecuencia de apoyo social y Nivel de discapacidad

Frecuencia de apoyo	Nivel de discapacidad				Total	
	Moderada		Grave		N°	%
	N°	%	N°	%		
Nulo	4	25,0	6	28,6	10	27,0
Poco frecuente	7	43,8	12	57,1	19	51,4
Frecuente	4	35,0	2	9,5	6	16,2
Muy frecuente	1	6,2	1	4,8	2	5,4
Total	16	100,0	21	100,0	37	100,0

Fuente: Test de apoyo social y encuesta

Elaborado por: Patricia Vaca

P = 0,628

El 51,4% (19) de las 37 personas del grupo de estudio manifiesta que recibió apoyo poco frecuente, y de entre las 21 personas con discapacidad grave el 57,1% (12) reciben apoyo poco frecuente.

No existe una relación estadística significativa ( $p > 0,005$ ). El apoyo es poco frecuente en general.

Las personas con discapacidad grave refieren tener apoyo nulo o poco frecuente, que estaría en relación a que el apoyo no satisface las necesidades que en este grupo son mayores.

La frecuencia de apoyo de acuerdo al tipo de discapacidad se describe en la Tabla N° 25.

Tabla N° 25.- Distribución de personas con discapacidad según frecuencia de apoyo social y Tipo de discapacidad

Frecuencia de apoyo	Tipos de discapacidad									
	Física		Sensorial		Intelectual		Mixta		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nulo	4	22,2	1	25,0	1	25,0	4	36,4	10	27,0
Poco frecuente	8	44,4	3	75,0	3	75,0	5	45,5	19	51,4
Frecuente	5	27,8	0	0,0	0	0,0	1	9,1	6	16,2
Muy frecuente	1	5,6	0	0,0	0	0,0	1	9,1	2	5,4
Total	18	100,0	4	100,0	4	100,0	11	100,0	37	100,0

Fuente: Test de apoyo social

Elaborado por: Patricia Vaca

$P = 0,792$

De acuerdo al tipo de discapacidad los tipos sensorial e intelectual no reciben apoyo social o este es poco frecuente. En tanto que los tipos física refieren apoyo frecuente en un 27,8% (5).

No existe significancia estadística entre los tipos de discapacidad y la frecuencia de apoyo ( $p > 0,005$ )

La satisfacción del apoyo en relación al tipo de discapacidad se describe en la Tabla N° 26

Tabla N° 26- Distribución de las personas con discapacidad según satisfacción del apoyo y tipo de discapacidad.

Satisfacción del apoyo	Tipo de discapacidad									
	Física		Sensorial		Intelectual		Mixta		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nada	2	11,1	1	33,3	0	0,0	1	8,3	4	10,8
Poco	6	33,3	1	33,3	0	0,0	3	25,0	10	27,0
Algo	4	22,2	1	33,3	1	25,0	6	50,0	12	32,4
Mucho	6	33,3	0	0,0	3	75,0	2	16,7	11	29,7
Total	18	100,0	3	100,0	4	100,0	12	100,0	37	100,0

Fuente: Test de apoyo social

Elaborado por: Patricia Vaca

Estadístico exacto de Fisher 8,511 p 0,442

La mayoría manifiesta estar satisfecha en algo por el apoyo recibido 32,4% (12). Entre las personas con discapacidad intelectual el 75% (3) están muy satisfechas por el apoyo que han recibido.

No existe relación estadística significativa entre el tipo de discapacidad y la satisfacción del apoyo ( $p > 0,005$ ).

Entre las redes de apoyo más frecuentes se encuentran la propia familia y la familia de fuera, entre las redes de apoyo institucionales no son muy frecuentes.

Según Poza los seres humanos ante una contingencia de gran calado suelen afrontar y superar dicho escollo con ayuda y cuando en muchos casos, todo el mundo desaparece es cuando aparece siempre la familia como gran apoyo en ese instante delicado.<sup>50</sup>

#### **4.1.7 Repercusión de la discapacidad en la Salud familiar según el nivel y tipo de discapacidad**

Se identifica como el nivel y tipo de discapacidad repercute en las diferentes variables de la Salud familiar que son: socioeconómica, psicosocial, función familiar, estado de salud de los integrantes de la familia.

Además se determina en forma global y por cada variable la repercusión según



niveles de repercusión. Se describen en las tablas N° 27 y 28

Tabla N° 27.- Discapacidad según Repercusión por variables de la salud familiar y nivel de discapacidad.

Repercusión por variables de la Salud familiar		Nivel de discapacidad						P
		Moderada		Grave		Total		
		N°	%	N°	%	N°	%	
Socioeconómica	No	2	12,5	4	19,05	6	16,22	0,232
	Leve	3	18,75	8	38,10	11	29,73	
	Moderada	7	43,75	3	14,29	10	27,03	
	Grave	2	12,5	5	23,81	7	18,92	
	Severa	2	12,5	1	4,76	3	8,11	
	Total	16	100	21	100	37	100	
Signo predominante	Positivo	6	37,5	4	19,05	10	27,03	0,211
	Negativo	10	62,5	17	80,95	27	72,97	
	Total	16	100	21	100	37	100	
Psicosocial	No	1	6,25	2	9,52	3	8,11	0,921
	Leve	7	43,75	9	42,86	16	43,24	
	Moderada	6	37,5	6	28,57	12	32,43	
	Grave	1	6,25	3	14,29	4	10,81	
	Severa	1	6,25	1	4,76	2	5,41	
	Total	16	100	21	100	37	100	
Signo predominante	Positivo	6	37,5	5	23,81	11	29,73	0,367
	Negativo	10	62,5	16	76,19	26	70,27	
	Total	16	100	21	100	37	100	
Función familiar	No	2	12,5	1	4,76	3	8,11	0,093
	Leve	5	31,25	12	57,14	17	45,95	
	Moderada	2	12,5	6	28,57	8	21,62	
	Grave	5	31,25	2	9,52	7	18,92	
	Severa	2	12,5	0	0,00	2	5,41	
	Total	16	100	21	100	37	100	
Signo predominante	Positivo	15	93,75	13	61,90	28	75,68	0,025
	Negativo	1	6,25	8	38,10	9	24,32	
	Total	16	100	21	100	37	100	
Estado de salud	No	6	37,5	8	38,10	14	37,84	0,938
	Leve	2	12,5	3	14,29	5	13,51	
	Moderada	4	25	3	14,29	7	18,92	
	Grave	3	18,75	5	23,81	8	21,62	
	Severa	1	6,25	2	9,52	3	8,11	
	Total	16	100	21	100	37	100	
Signo predominante	Positivo	4	25	3	14,29	7	18,92	0,41
	Negativo	12	75	18	85,71	30	81,08	
	Total	16	100	21	100	37	100	

Fuente: Test de IRFA  
Elaborado por: Patricia Vaca

De acuerdo a los datos de la Tabla N° 28 se puede evidenciar como el nivel de discapacidad repercute en las diferentes variables de la salud.

### **Repercusión socioeconómica y nivel de discapacidad**

Analizando a través de porcentaje se determina que el mayor porcentaje 29,7% (11) tienen repercusión leve, con signo predominante negativo con 73% (27).

De entre las 16 personas con discapacidad moderada el mayor porcentaje 43,8% (7) tiene repercusión moderada, con signo predominante negativo con el 62,5%(10). En tanto que de las 21 personas con discapacidad grave, el mayor porcentaje 38,1% (8) tienen una repercusión leve con signo predominante negativo con el 81% (17).

Se puede determinar que a mayor nivel de discapacidad la repercusión es en menor nivel pero el signo predominante es negativo en el aspecto socioeconómico.

En esta variable no hay significación estadística en el nivel de repercusión la  $p = 0,232$ , en el signo predominante la  $p = 0,211$ .

### **Repercusión psicosocial y nivel de discapacidad.**

Analizando por porcentaje se tiene que la repercusión leve tiene mayor porcentaje 43,2 (16) con signo predominante negativo 70,3%.

De los que tienen discapacidad moderada el mayor porcentaje 43,8% tienen repercusión leve con signo predominante negativo con el 62,5%. En tanto que la discapacidad grave también el mayor porcentaje 42,9% tienen repercusión leve con un signo predominante negativo del 76,2%.

La discapacidad grave tiene una repercusión negativa en mayor porcentaje que la discapacidad moderada.

En esta relación no hay significancia estadística en el nivel de repercusión ni en el signo predominante puesto que la  $p = 0,921$  y  $p = 0,367$  respectivamente.

### **Repercusión de la Función familiar y nivel de discapacidad.**

En lo que respecta al nivel de repercusión no existe relación significativa pues la  $p = 0,093$ , en el signo predominante si existe significancia la  $p = 0,025$ .

El 45,9% (17) de las 37 personas con discapacidad tienen repercusión leve con el signo predominante positivo con un porcentaje del 75,7%.

Las personas con discapacidad moderada el mayor porcentaje 31,2% (5) tienen una repercusión leve con signo predominante positivo en el 93,8% (15). Las personas con discapacidad grave el mayor porcentaje 57,1% (12) tienen repercusión leve con signo predominante positivo de 61,9% (13).

No existe relación significativa pues la  $p = 0,093$ , en el signo predominante si existe significancia la  $p = 0,025$ .

Se puede determinar que en la discapacidad grave a pesar que predomina el signo positivo pero es en menor porcentaje con respecto a la moderada.

### **Repercusión del estado de salud y nivel de discapacidad**

Esta relación no tiene significancia estadística la  $p = 0,938$  y en el signo predominante la  $p = 0,41$ . A través del análisis estadístico se determina que la mayoría 37,8% de las personas con discapacidad no tiene repercusión.

De entre las personas con discapacidad moderada el 37,5% (6) no tiene repercusión y el 38,1% (8) de las personas con discapacidad grave no tienen repercusión.

El mayor porcentaje 37,5% no tiene repercusión.

Esta relación no tiene significancia estadística la  $p = 0,938$  y en el signo predominante la  $p = 0,41$ .

En la Tabla N° 28 se describe el diagnóstico global de la repercusión familiar en relación al nivel de discapacidad.

Tabla N° 28.- Discapacidad según Diagnostico global de Repercusión en la Salud Familiar y Nivel de discapacidad.

Diagnóstico global	Nivel de discapacidad						P
	Moderada		Grave		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	
No	0	0,00	2	9,52	2	5,41	0,13
Leve	12	75,00	12	57,14	24	64,86	
Moderada	2	12,50	4	19,05	6	16,22	
Grave	0	0,00	3	14,29	3	8,11	
Severa	2	12,50	0	0,00	2	5,41	
Total	16	100	21	100	37	100	
<b>Signo predominante</b>							
Positivo	6	37,50	5	23,81	11	29,73	0,367
Negativo	10	62,50	16	76,19	26	70,27	
Total	16	100	21	100	37	100	

Fuente: Fichas familiares

Elaborado por: Patricia Vaca

Al realizar el análisis por porcentaje se determina que el mayor porcentaje de las 37 personas con discapacidad tienen una repercusión leve con el 64,9% (24), con signo predominante negativo el 70,3% (26).

De entre las personas con discapacidad moderada el 75% (12) tienen repercusión leve con signo predominante negativo el 62,5% (10). En tanto que las personas con discapacidad grave la mayoría 57,1% (12) tienen repercusión leve con signo predominante negativo en el 76,2% (16)

En esta relación entre el diagnóstico global de repercusión y el nivel de discapacidad no existe relación estadística significativa,  $p = 0,13$  para el nivel de repercusión y  $p = 0,367$  para el signo predominante.

### **Repercusión de la discapacidad en la Salud Familiar según el Tipo de discapacidad.**

En las Tablas N° 29 y 30 se relacionó las diferentes variables de la Repercusión familiar con el signo predominante encontrándose los siguientes datos:

#### **Repercusión socioeconómica y Tipo de discapacidad**

Analizando en porcentajes tenemos que el mayor porcentaje de las personas con

discapacidad 29,7% (11) tienen repercusión leve, con signo predominante negativo en el 73% (27)

En las 18 personas con discapacidad física la mayoría con el 44,4% (8) tienen repercusión moderada con signo predominante negativo con el 61% (11). Las 4 personas con discapacidad sensorial no tiene repercusión en el 50%(2) y el otro 50% tiene repercusión leve con signo predominante negativo.

De las 4 personas con discapacidad intelectual el mayor porcentaje 50% (2) no tiene repercusión y el signo predominante es positivo con el 75% (3).

En el caso de la discapacidad mixta, de las 11 personas el mayor porcentaje 54,5% (6) tienen repercusión elevada con signo predominante negativo en el 100%.

Es evidente que la discapacidad física y la mixta especialmente, son las que causan mayor repercusión socioeconómica en la salud familiar.

No existe significancia estadística puesto que  $p = 0,11$  en el nivel de repercusión socioeconómica y en el signo predominante  $p = 0,09$

### **Repercusión psicosocial y Tipo de discapacidad**

La mayoría de las personas con discapacidad el 43,2% (16) tienen repercusión leve, con signo predominante negativo con el 70,3% (26).

En las personas con discapacidad física el mayor porcentaje 38,9%(7) tienen repercusión leve con signo predominante negativo con el 55,6% (10). En la discapacidad sensorial el 50%(2) tienen repercusión leve con signo predominante negativo. En la discapacidad intelectual la mayoría 75% (3) tienen repercusión leve y el25% (1) tiene repercusión elevada, no existe signo predominante.

En el caso de la discapacidad mixta la repercusión moderada es la predominante con el54,5% (6) con signo predominante negativo.

Se determina que la discapacidad mixta es la que mayor repercusión negativa está dando en el aspecto psicosocial.

No existe significancia estadística entre el Tipo de discapacidad y la Repercusión psicosocial ( $p > 0,005$ ).

### **Repercusión en la función familiar y tipo de discapacidad**

En las personas con discapacidad física el mayor porcentaje 38,9% (7) tienen repercusión leve con signo predominante positivo.

En la discapacidad sensorial el 75% (3) la repercusión es leve con signo predominante positivo con el 75% (3).

En la discapacidad intelectual el 50% (2) la repercusión es leve con signo predominante positivo con el 100%.

En el caso de la discapacidad mixta el 45% (5) tiene repercusión leve con signo predominante positivo con el 54,5%.

Se debe destacar que la discapacidad mixta tiene un alto porcentaje 45,5% (5) de repercusión con signo negativo en relación a los otros tipos de discapacidades.

No existe significancia estadística en ninguna de estas relaciones.

Tabla N° 29.- Discapacidad según la Repercusión por variables de la Salud familiar y tipo de discapacidad

Repercusión	Tipos de discapacidad										P	
	Física		Sensorial		Intelectual		Mixta		Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Socioeconómica	No repercusión	2	11,11	2	50	2	50	0	0,00	6	16,22	0,11
	Repercusión leve	6	33,33	2	50	1	25	2	18,18	11	29,73	
	Repercusión moderada	8	44,44	0	0	0	0	2	18,18	10	27,03	
	Repercusión elevada	1	5,56	0	0	0	0	6	54,55	7	18,92	
	Repercusión severa	1	5,56	0	0	1	25	1	9,09	3	8,11	
	Total	18	100	4	100	4	100	11	100	37	100	
Signo predominante	Positivo	7	38,89	0	0	3	75	0	0,00	10	27,03	0,09
	Negativo	11	61,11	4	100	1	25	11	100	27	72,97	
	Total	18	100	4	100	4	100	11	100	37	100	
Psicosocial	No repercusión	2	11,11	1	25	0	0	0	0,00	3	8,11	0,575
	Repercusión leve	7	38,89	2	50	3	75	4	36,36	16	43,24	
	Repercusión moderada	5	27,78	1	25	0	0	6	54,55	12	32,43	
	Repercusión elevada	2	11,11	0	0	1	25	1	9,09	4	10,81	
	Repercusión severa	2	11,11	0	0	0	0	0	0,00	2	5,41	
	Total	18	100	4	100	4	100	11	100	37	100	
Signo predominante	Positivo	8	44,44	1	25	2	50	0	0,00	11	29,73	0,062
	Negativo	10	55,56	3	75	2	50	11	100	26	70,27	
	Total	18	100	4	100	4	100	11	100	37	100	

Fuente: IRFA

Elaborado por: Patricia Vaca

Tabla N° 30.- Discapacidad según la Repercusión por variables de la Salud familiar y tipo de discapacidad

Repercusión	Tipos de discapacidad										P	
	Física		Sensorial		Intelectual		Mixta		Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Función familiar	No repercusión	1	5,56	0	0	1	25	1	9,09	3	8,11	0,833
	Repercusión leve	7	38,89	3	75	2	50	5	45,45	17	45,95	
	Repercusión moderada	5	27,78	0	0	0	0	3	27,27	8	21,62	
	Repercusión elevada	3	16,67	1	25	1	25	2	18,18	7	18,92	
	Repercusión severa	2	11,11	0	0	0	0	0	0,00	2	5,41	
	Total	18	100	4	100	4	100	11	100	37	100	
Signo predominante	Positivo	15	83,33	3	75	4	100	6	54,55	28	75,68	0,21
	Negativo	3	16,67	1	25	0	0	5	45,45	9	24,32	
	Total	18	100	4	100	4	100	11	100	37	100	
Estado de salud	No Repercusión	6	33,33	1	25	3	75	4	36,36	14	37,84	0,288
	Repercusión leve	2	11,11	1	25	1	25	1	9,09	5	13,51	
	Repercusión moderada	4	22,22	2	50	0	0	1	9,09	7	18,92	
	Repercusión elevada	3	16,67	0	0	0	0	5	45,45	8	21,62	
	Repercusión severa	3	16,67	0	0	0	0	0	0,00	3	8,11	
	Total	18	100	4	100	4	100	11	100	37	100	
Signo predominante	Positivo	5	27,78	0	0	1	25	1	9,09	7	18,92	0,45
	Negativo	13	72,22	4	100	3	75	10	90,91	30	81,08	
	Total	18	100	4	100	4	100	11	100	37	100	

Fuente: IRFA

Elaborado por: Patricia Vaca



## Repercusión en el estado de salud y tipo de discapacidad

La mayoría de las personas con discapacidad 37,8%(14) no tienen repercusión en su estado de salud y el signo predominante es negativo con el 81,1%(30)

En las personas con discapacidad física la mayoría 33,3% (6) no tienen repercusión, el signo predominante es negativo. En el caso de las sensoriales el mayor porcentaje 50% (2) tienen repercusión moderada con signo predominante negativo. En las intelectuales el 75% (3) no tienen repercusión, el signo predominante es negativo. En el caso de las discapacidades mixtas el 45% (5) tiene repercusión elevada con signo predominante negativo con el 90,9% (10).

Se puede determinar que la discapacidad mixta es la que mayor repercusión con signo negativo está produciendo.

No existe relación estadística significativa, puesto que en nivel de repercusión del estado de salud es  $P = 0,288$  y del signo predominante es  $P = 0,45$ . Por lo que el análisis se ha realizado de acuerdo a porcentaje.

El diagnóstico global de la repercusión de acuerdo al tipo de discapacidad está representado en la Tabla N° 31.

Tabla N° 31.- Diagnóstico global de repercusión según tipo de discapacidad.

Diagnóstico global de la repercusión	Tipo de discapacidad										P
	Física		Sensorial		Intelectual		Mixta		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
No	0	0,00	1	33,33	1	25	0	0	2	5,41	
Leve	13	72,22	2	66,67	2	50	7	58,33	24	64,86	
Moderada	2	11,11	0	0,00	0	0	4	33,33	6	16,22	
Grave	1	5,56	0	0,00	1	25	1	8,33	3	8,11	0,16
Severa	2	11,11	0	0,00	0	0	0	0	2	5,41	
Total	18	100	3	100	4	100	12	100	37	100	
<b>Signo predominante</b>											
Positivo	8	44,44	1	33,33	2	50	0	0	11	29,73	
Negativo	10	55,56	2	66,67	2	50	12	100	26	70,27	0,052
Total	18	100	3	100	4	100	12	100	37	100	

Fuente: Test del IRFA

Elaborado por: Patricia Vaca

El mayor porcentaje 64,9% (24) tienen repercusión leve, con signo predominante negativo con el 70,3% (26).

En la discapacidad física el 72,2% (13) tienen repercusión leve con signo predominante negativo con el 55,6% (10).

En la discapacidad sensorial el 66,7% (2) tienen repercusión leve. En la intelectual el 50% (2) tienen repercusión leve, no existe signo predominante.

En la discapacidad mixta el 58,3% (7) tiene repercusión leve con signo predominante negativo en el 100%

Es importante mencionar que la discapacidad mixta es la que tiene mayor repercusión negativa en la salud familiar.

De entre las variables de la Salud Familiar la más afectada con una repercusión severa con un 8,1% (3) son la Socioeconómica y el Estado de salud.

En esta tabla no existe significancia estadística para el nivel de repercusión puesto que  $P = 0,16$ , y en el signo predominante la  $P = 0,052$ .

En un estudio similar realizado por Pérez, pero toma en cuenta únicamente a la discapacidad intelectual determina que la repercusión moderada fue la que prevalece en todas las variables estudiadas y que todas fueron desfavorables es decir con signo predominantemente negativo, con excepción del funcionamiento familiar cuya repercusión fue mayor pero en este caso el 50% fue favorable y el otro 50% fue desfavorable.<sup>51</sup>

#### **4.2 Interpretación de datos**

Las personas con discapacidad del grupo de estudio se caracterizaron por pertenecer a los grupos de edad adultos y adultos mayores, que pueden deberse a dos factores. Uno es el hecho de que haber vivido más tiempo expuesto a riesgos que pueden haber concretado en discapacidad. Por otra parte el incremento de la esperanza de vida de las personas que han adquirido la discapacidad en etapas tempranas de la vida

El hecho de que la mujer tenga mayor prevalencia se debe a que es mayor la esperanza de vida en este sexo y también a que la mujer es más susceptible a adquirir discapacidad.

Se puede evidenciar que existe un alto porcentaje de solteros entre los adultos, que

se atribuye a su situación de discapacidad, por lo que no tuvieron la oportunidad de relacionarse y encontrar pareja con la cual formar una familia.

El nivel de instrucción se encontró que existe un bajo nivel, la mayor parte de adultos y adultos mayores tienen educación básica. Está demostrado que el bajo nivel educativo es un factor de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles y sufrir las secuelas que degeneran en discapacidades.

Se encontró un alto porcentaje de personas con discapacidad que no desempeñan ninguna actividad laboral.

La etiología de la discapacidad más frecuente es la adquirida en relación con enfermedades crónicas no transmisibles.

El tipo de discapacidad más frecuente es la física. Entre los adultos mayores y adultos se puede encontrar un mayor porcentaje de discapacidad física, que estaría en relación a la etiología, pues las discapacidades adquiridas como se dijo anteriormente entre las múltiples causas son accidentes y sobre todo enfermedades crónicas degenerativas, que generalmente dan lugar a discapacidades físicas. En tanto que en los niños y adolescentes es mayor la discapacidad intelectual y la mixta, que se puede interpretar que sus causas son congénitas.

El nivel de discapacidad más prevalente es el grave, que es más frecuente en la etapa adulta y afecta más a los hombres.

Las personas con discapacidad aparte de su condición, algunas presentan diferentes tipos de riesgos, siendo los más frecuentes los riesgos biológicos, que en su mayoría corresponden a enfermedades crónicas degenerativas.

La discapacidad es un evento crítico que puede desencadenar una serie de reacciones y adaptaciones en todo el contexto familiar. Estas adaptaciones pueden resultar insuficientes, por lo cual se activan procesos de adaptación: se desencadenan cambios en las relaciones familiares y extra familiares. Que pasan por fases: de la organización previa que la familia tenía, se pasa a la desorganización que provoca la aparición de la limitación física, intelectual o psiquiátrica de uno de sus integrantes y el ingreso del equipo de salud a la vida familiar. Sólo el tiempo y la

asimilación de la nueva situación familiar permitirán la entrada a la nueva fase de reorganización.<sup>50</sup>

Sin embargo de acuerdo a los resultados se evidencia que existe predominantemente una repercusión leve en negativo en la salud de las familias siendo afectada predominantemente la esfera socioeconómica y estado de salud de los integrantes de la familia, pero la esfera de funcionamiento familiar no ha sido afectado, sino más bien la repercusión ha sido en positivo.

Esto se debe a que las familias han adoptado suficientes recursos adaptativos que ha fortalecido la dinámica familiar interna, pero no han superado los problemas que se han originado en el orden socioeconómico y estado de salud.

#### **4.3 Verificación de la hipótesis.**

La hipótesis alternativa en esta investigación es:

A mayor nivel de discapacidad, mayor grado de repercusión negativa de la salud familiar.

La hipótesis nula sería:

A mayor nivel de discapacidad, no hay mayor grado de repercusión negativa de la salud familiar.

En la tabla N° 29 se relaciona la repercusión global de la salud familiar y el signo predominante, con el nivel de discapacidad, en esta se puede evidenciar que no existe una relación significativa, por lo que estadísticamente se rechaza la hipótesis alternativa. Sin embargo, se debe mencionar que en el análisis porcentual se puede determinar que entre las personas con discapacidad grave tienen un mayor porcentaje del signo negativo con respecto a las que tienen menor nivel de discapacidad. De igual manera tienen un mayor porcentaje de repercusión moderada y grave las personas con discapacidad grave que las que tienen un nivel de discapacidad moderado.

Además se debe considerar que la no significancia puede estar en relación a que la muestra es pequeña por lo que la prueba de independencia del chi cuadrado sea susceptible de fallar.

## CAPÍTULO 5

### 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### **Conclusiones:**

- Las personas con discapacidad la mayoría corresponden al grupo de edad adultos y adultos mayores, la etiología más frecuente es la adquirida, el tipo predominante fue la discapacidad física y los niveles encontrados fueron los moderados y graves
- Las familias de las personas con discapacidad en su mayoría han desarrollado suficientes recursos adaptativos para enfrentar la situación.
- El apoyo social recibido fue poco frecuente y la red de apoyo principalmente identificada ha sido la propia familia.
- Las variables de la salud familiar más afectadas fueron la socioeconómica y el estado de salud de los integrantes de la familia, la función familiar mostró repercusión leve con signo predominantemente positivo.
- La repercusión de la salud familiar en relación con el nivel y tipo de discapacidad no fueron significativas estadísticamente. De acuerdo a porcentaje se encontró repercusión leve desfavorable, especialmente en las personas con discapacidad grave, del tipo física y mixta.

#### **Recomendaciones:**

- Desarrollar la estrategia de intervención propuesta para mejorar los problemas de salud familiar encontrados, para lo que es necesario la intervención de diferentes actores sociales identificados en la comunidad.

## **CAPÍTULO 6**

### **6. PROPUESTA:**

#### **6.1 Datos informativos.**

Como cuarto objetivo de esta investigación se propone diseñar una estrategia de intervención comunitaria para mejorar las condiciones familiares de las personas con discapacidad

#### **6.2 Antecedentes de la propuesta**

La OMS reconoce la discapacidad como un problema mundial de Salud Pública, una cuestión de derechos humanos y una prioridad del desarrollo. Porque las personas con discapacidad tienen mayores necesidades insatisfechas en materia de salud y rehabilitación y peores condiciones sanitarias que la población en general.<sup>1</sup>

A pesar de la preocupación de las naciones por dar cumplimiento de las normas que garanticen la participación plena y justa de las personas en situación de discapacidad, sigue existiendo una brecha enorme para alcanzar un enfoque de inclusión que permita eliminar toda forma de discriminación por cuenta de su condición.<sup>52</sup>

Las personas con discapacidad tienen limitaciones en la participación, las interacciones y los roles sociales. La terapia ocupacional, puede ayudar a que las personas con discapacidad se impliquen en actividades significativas y de esta manera desempeñar roles dentro de su comunidad.<sup>53</sup>

En el Ecuador existe una normativa muy amplia en beneficio de las personas con discapacidad, sin embargo, no es muy bien conocida especialmente por la población que tiene bajo nivel educativo, a pesar de ello y a través de las ayudas técnicas se ha tratado de llegar a toda la población que tiene algún tipo de discapacidad.

En el sector EU04 se identificó a través del ASIS del 2014 a 37 personas con discapacidad, por lo que se realizó una investigación con el propósito de evaluar la discapacidad y su influencia en la salud de las familias para lo cual se realizó una caracterización sociodemográfica, las características clínicas y etiológicas de las personas con discapacidad, así como también se caracterizó a las familias, encontrando a través de la investigación que estas características son muy semejantes a lo que ocurre a nivel País. Se determina el apoyo social recibido por las familias y sus recursos adaptativos y finalmente se determina el grado de repercusión en la Salud Familiar según el Tipo y Nivel de discapacidad. Se concluye que la repercusión es leve pero con signo predominantemente negativo y que las variables de la Salud Familiar más afectadas son la socioeconómica y el estado de salud, pero en la función familiar el signo predominante es positivo.

Por tanto la propuesta tiene que ir enfocada a mejorar los aspectos que están afectando la salud de estas familias con claves de positividad, naturalidad, empatía y muchas más, para conseguir integrar a dichas personas en la sociedad, Incluir las socialmente y normalizar su situación.<sup>52</sup>

Esta propuesta está basada desde una orientación biopsicosocial, estableciendo guías que permitan favorecer el apoyo de la familia y la comunidad a la persona con discapacidad como el propuesto por Reséndiz.<sup>52</sup>

### **6.3 Justificación**

Los resultados obtenidos en este trabajo investigativo nos permite visualizar la situación de las personas con discapacidad y como esta condición ha influido en la salud de estas familias en forma negativa encontrando un alto porcentaje (76%), aunque el nivel de repercusión predominante sea leve, el signo negativo nos indica que la salud de la familia no es la adecuada y es necesario intervenir para de esta manera garantizar que la persona con discapacidad tenga una mejor calidad de vida, así como también su familia.

El impacto social de esta intervención será importante ya que estas familias van a tener un abordaje integral brindándole a la persona con discapacidad y al resto de los integrantes de la familia la oportunidad de desarrollar habilidades que le permitan desenvolverse con autonomía, seguridad y autoestima, siendo personas

útiles para la sociedad.

Tomando en cuenta que el problema identificado es la Salud Familiar no adecuada en la que está afectado especialmente el área socioeconómica, psicosocial, estado de salud y función familiar, aunque en menor proporción esta última, los objetivos estarán dirigidos a mejorar estas áreas.

## **6.4 Objetivos**

### **6.4.1 Objetivo General**

Mejorar el estado de salud de las familias de las personas con discapacidad del sector EU04, Pujilí. 2017

### **6.4.1 Objetivos específicos**

1. Adiestrar a las personas con discapacidad y a sus familias sobre los derechos amparados en la legislación vigente.
2. Promover el desarrollo de habilidades de las personas con discapacidad tomando en cuenta sus limitaciones
3. Brindar atención de calidad a las personas con discapacidad y a sus familias acorde a sus necesidades

## **6.5 Análisis de factibilidad**

Se realiza a través del análisis Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas (FODA) encontrando en la Tabla N° 32:

Tabla N° 32.- Análisis FODA

<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Fácil accesibilidad</li><li>- Número de familias a intervenir reducido (37 familias)</li><li>- Equipo de salud motivado</li><li>- El Distrito de Salud tiene un equipo evaluador y calificador de discapacidades</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Personal del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) que interviene en la localidad</li><li>- Iglesia católica que brinda ayuda a un grupo de personas con discapacidad</li><li>- Patronato del Gobierno Municipal que hace labor social</li><li>- Comité Local de Salud conformado</li></ul>



DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipo de salud del sector incompleto no hay enfermera</li> <li>- El Centro de Salud no cuenta con los insumos y medicamentos necesarios.</li> <li>- Comité Local de Salud conformado pero que no se reúne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La situación económica del país</li> <li>- No hay garantía de permanencia de personal del MIES, Salud.</li> </ul>

Elaborado por: Patricia Vaca

Esta estrategia es factible aplicar en la cual sería necesario reactivar al Comité Local de Salud, y a través del mismo gestionar apoyo en lo que se refiere capacitaciones dirigidas a las personas con discapacidad y a sus familias, las capacitaciones enfocadas a promover el desarrollo de habilidades y destrezas de las personas con discapacidad, tomando en cuenta sus limitaciones para que tengan la oportunidad de insertarse en actividades que le permitan sentirse útiles a la sociedad.

### **6.6 Fundamentación:**

La atención a las personas con discapacidad tiene muy buena fundamentación legal para lo cual existen múltiples leyes internacionales y del País, que en su mayor parte tienen un enfoque de derechos, las mismas que están contenidas en la Constitución del 2008, La ley Orgánica de Discapacidades, los códigos de la salud que ya han sido descritas.

### **6.7 Metodología modelo operativo**

La guía propuesta para el plan de intervención comunitaria para mejorar la salud familiar de las personas con discapacidad se ha basado en la propuesta de la Universidad para el Desarrollo del Estado de Puebla.<sup>54,55</sup>

Se utilizó como herramientas para determinar las causas: el árbol de problemas y a partir de los cuales se determinó las estrategias tomando en consideración 4 componentes importantes como son:

- Proporcionar información y capacitación

- Aumentar el apoyo y los recursos
- Modificación de acceso y las barreras
- Monitorear y dar retroalimentación

El árbol de problemas ver Anexo N° 13

A través del árbol de problemas se pudo identificar las principales causas que han originado el problema y de acuerdo a ello establecer las siguientes estrategias:

### **Estrategias**

Este plan de intervención se desarrollará en el sector EU04 de Pujilí, en el 2017 dirigida a las personas con discapacidad y sus familias; se incluirán además a las entidades públicas y privada de la localidad que trabajan en servicio de este grupo poblacional y que pueden aportar para la rehabilitación e inserción de estas personas a la sociedad en condición de equidad. Los responsables serían el Equipo de Atención Integral en Salud (EAIS).

Se ha establecido 3 objetivos:

Objetivo 1.- Adiestrar a las personas con discapacidad y a sus familias sobre los derechos amparados en la legislación vigente.

Estrategia 1. Facilitar el conocimiento de las leyes y derechos que amparan a las personas con discapacidad dirigida a estas, sus familias y los actores sociales.

Actividades:

- Mapeo de actores en los que se deben incluir: discapacitado, su familia, líderes barriales, representante del MIES, representante del Patronato, representante de educación, el equipo especializado de atención y calificación a las personas con discapacidad del Distrito de Salud 05 D04 Pujilí-Saquisilí
- Invitación a reunión de sensibilización
- Socialización de los datos encontrados en la investigación realizada de la repercusión de la discapacidad en el sector EU04

- Establecer compromisos y coordinar actividades en favor de las personas con discapacidad.

Responsables: el equipo de salud del sector EU04 Pujilí

Objetivo 2.- Promover el desarrollo de habilidades de las personas con discapacidad tomando en cuenta sus limitaciones.

Estrategia 1. Organizar a la comunidad

Actividades:

- Conformar una directiva de las familias de personas con discapacidad
- Reactivar el Comité Local de Salud (CLS).

Responsables: EAIS

Estrategia 2. Conseguir capacitadores o insertar en escuelas especiales a las personas con discapacidad, tomando en cuenta sus limitaciones.

- Realizar una encuesta a las diferentes familias de las personas con discapacidad para identificar el tipo de adiestramiento que necesita para ejercer alguna actividad.
- Gestionar para conseguir los capacitadores o escuelas especiales.

Responsables: EAIS, CLS y directiva de las personas con discapacidad.

Objetivo 3.- Brindar atención de calidad a las personas con discapacidad y a sus familias acorde a sus necesidades

Estrategia 1. Garantizar la dotación de ayudas técnicas acorde a su tipo y nivel de discapacidad.

Actividades:

- Identificar las necesidades de ayudas técnicas
- Gestionar la dotación de ayudas técnicas acorde a las limitaciones que tenga la persona con discapacidad.

Estrategia 2.- Cumplir con actividades de promoción y prevención por ciclos de vida y de acuerdo a riesgos identificados.

Actividades:

- Reuniones periódicas para impartir charlas educativas y promover estilos saludables de vida, además realizar un intercambio de experiencias.
- Visitas domiciliarias de acuerdo a riesgos encontrados
- Controles frecuentes de acuerdo a ciclos de vida y/o enfermedades crónicas no transmisibles que se hayan identificado.

Responsables: EAIS

Matriz del Marco Lógico ver en Anexo N° 14.

### **6.8 Administración:**

Los recursos humanos y financieros de parte del MSP, están bajo control del Distrito de Salud Pujilí – Saquisilí 05D04.

Los recursos conseguidos por autogestión serán administrados por la directiva de las personas con discapacidad o sus familias.

### **6.9 Previsión de la evaluación:**

El cumplimiento de las actividades propuestas se evaluará en forma trimestral por parte del Centro de Salud, Dirección Distrital, y CLS, conforme los indicadores establecidos, para lo cual se basará en la documentación que debe quedar como constancia de cada una de las actividades realizadas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Informe mundial sobre discapacidad. ; 2011.
2. Chinchilla C. Discapacidad y familia. disponible en:  
<http://www.incocr.org/biblioteca/0027.PDF>; [fecha de acceso 8 oct 2016].
3. Ministerio de Inclusión Económica y social. Modelo de gestión para la atención inclusiva de personas con discapacidad. Quito, 2013.
4. Aranda P, Neira D. Dinámica familiar de pacientes con discapacidad motora severa del programa Multideficit del Instituto de Rehabilitación Infantil TELETÓN Santiago. [Tesis para optar al título de Psicólogo]. Santiago: Universidad Académica de humanismo cristiano 2010. [fecha de acceso 29 de octubre del 2015] Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/518>.
5. Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF). Estado mundial de la infancia 2013. Niños y niñas con discapacidad. [en línea]. Nueva York 2013. [fecha de acceso 10 de mayo del 2015]. Disponible en:  
[http://www.unicef.org/spanish/sowc2013/files/SPANISH\\_SOWC2013\\_Lo\\_res.pdf](http://www.unicef.org/spanish/sowc2013/files/SPANISH_SOWC2013_Lo_res.pdf).
6. Camacho A, Fraga G, Jácome F, Albán D. política de atención a personas con discapacidad en el ecuador. Línes Sur 6. 2013;; p. 95-110.
7. Monje J. Misión "Manuela Espejo", paradigma de la solidaridad convertida en política de Estado en Ecuador. SENPLADES. 2012.
8. Ortega P, Torres L, Reyes A, Garrido A. Cambios en la dinámica familiar con hijos con discapacidad. Revista Psicología Científica. com [en línea] 2012. [fecha de acceso 12 de mayo del 2015]; volumen 17. Disponible:  
<http://www.psicologiacientifica.com/hi>.
9. Guerrero A, Aranda C. Impacto sobre el funcionamiento familiar de la discapacidad motora post- ictus en ancianos. Impacto sobre el Panorama Cuba y Salud [en línea]. 2013. [fecha de acceso 15 de mayo del 2015]; 8 (2) 20 - 25. Disponible en:  
<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=307&IDARTICULO=50981&IDPUBLICACION=5196>.

10. Celiméndiz P. Familia y discapacidad intelectual. [Trabajo final de Trabajador social] Saragoza; 2004. [fecha de acceso 12 de mayo del 2015]. Disponible en:  
<http://www.avntf-evntf.com/imagenes/biblioteca/Celimendiz,%20P.%203%C2%BA%20ZA%2003-04.pdf>.
11. Salcedo R, Liébana J, Pareja J, Real S. Las consecuencias de la discapacidad en familias de la ciudad de Ceuta. REOP. Vol. 23, nº2, 2º Cuatrimestre, 2012, pp. 139 - 153. 2012; 23(2): p. 139 - |53.
12. Cotarelo A. Capacidad funcional y repercusión familiar de pacientes con artritis reumatoridea. Revista Editorial CIMEQ [ en línea]. 2013. [fecha de acceso 14 de mayo del 2015]; 15 (3); 7. Disponible:  
<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/>.
13. Ferrer P, Misacán A, Pino M. Funcionamiento Familiar según el modelo de Olsan en familias con un niño que presenta retardo mental. [en línea]. 2013. [fecha de acceso 12 de mayo del 2015]; 6(2); 8. Disponible  
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/>.
14. Valarezo MC, Chanataxi I. Propuesta de atención integral para personas con discapacidad. [Monografía en internet] Ministerio de Inclusión Económica y Social. 2013. [Fecha de acceso 26 de diciembre del 2015]. Disponible en:  
<http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Modelo-de-Atenci%C3%B3n-de-Discapacidades.pdf>.
15. Paredes R. Los niños y niñas con Discapacidad Intelectual generan conflictos familiares en el Instituto de Educación Especial Ambato en el año lectivo 2010-2011. [Tesis de Trabajo Social] Repositorio digital UTA: 2011. [acceso 21 de mayo del 2015]. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/5372>.
16. Melero N. El Paradigma crítico y los aportes de la investigación, acción participativa en transformación de la realidad social.. [en línea] Sevilla 2011. [fecha de acceso 13 de mayo del 2015]. Disponible:  
[http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/21/art\\_14.pdf](http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/21/art_14.pdf).
17. Organización de Naciones Unidas. Familia [en línea] Salamanca. Bienvenidos a las Naciones Unidas son su mundo; 2011. [fecha de acceso 10 de mayo del 2015].

- Disponible en: <http://www.un.org/es/globalissues/family/index.shtml>.
18. Asamblea constituyente. "Constitución de la República del Ecuador". 2008.
  19. Asamblea Nacional República del Ecuador. Ley orgánica de discapacidades. Registro oficial, martes 25 de septiembre del 2012. Disponible en:  
[http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley\\_organica\\_discapacidades.pdf](http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf); [fecha de acceso 20 abr 2016].
  20. Cobas M, Zacca E, Morales F, Icart E, Jordan A, Valdés M. Caracterización epidemiológica de las personas con discapacidad en Cuba. *Revista cubana de Salud Pública*. 2010 Diciembre; 36(4).
  21. Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades. Agenda Nacional para la igualdad en Discapacidades 2013 - 2017. Disponible en:  
<http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Agenda-Nacional-para-Discapacidades.pdf>; [fecha de acceso 21 abr 2016].
  22. Diniz D, Barbosa L, Rufino W. Derechos humanos y Justicia. *Sur-revista internacional de derechos humanos*.. [en línea]. 2009 [fecha de acceso 16 de mayo del 2015]; 6 (11); 65-67 Disponible en [www.revistasur.org](http://www.revistasur.org).
  23. Organización Mundial de la Salud. Anomalías congénitas. [base de datos en línea]. Centro de prensa: nota descriptiva N° 370; 2014. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/>; [fecha de acceso 17 may 2016].
  24. Nazer J. Malformaciones congénitas en Chile y Latino América; una visión epidemiológica del Eclame del periodo 1995 - 2008. *Rev Med Chile* 2011, 139; 1; 72-78. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872011000100010](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000100010); [fecha de acceso 17 may 2016].
  25. Jauve N. Defectos congénitos y discapacidad. *Cuad Bioet* [en línea] Madrid: Universidad de Alcalá de Hanares 2009 [fecha de acceso 17 de mayo del 2015].  
Dispñible en: <http://www.aebioetica.org/rtf/08-BIOETICA-70.pdf>.
  26. Organización Panamericana de la Salud. Discapacidad, lo que debemos saber. [libro en internet] Biblioteca sede OPS; 2006 [19/05/2015] disponible <https://books.google.com.ec/books?isbn=9275316163>.

27. Organización mundial de la salud. Discapacidad y rehabilitación: Informe mundial sobre discapacidades [en línea] OMS 2015. [fecha de acceso 10 de mayo del 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/es/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/).
28. Chávez J. Diferencia entre discapacidad adquirida y discapacidad sobrevenida. El Universal, [en línea]. México: 2012, [fecha de acceso 19 de mayo del 2015]; Disponible en [http://blogs.eluniversal.com.mx/weblogs\\_detalle15959.html](http://blogs.eluniversal.com.mx/weblogs_detalle15959.html).
29. Pérez González E. Familia en el proceso Salud-enfermedad. In Agüero AO, Sánchez Ferrán T, Valdez Montero J, editors. Medicina General integral. La Habana: Ecmec Ciencias Médicas; 2008. p. Volumen 1 pag.476 - 485.
30. Castro H. Familia. [diapositivas]. Published 2010. 42 diapositivas. Disponible en: <http://es.slideshare.net/Linda19773/familia-4782442>.
31. Cabreira A. Definición de familia. [en línea]. Abaut en español. abaut.com 2015. [acceso 12 de mayo del 2015]. Disponible en:<http://actividadesfamilia.about.com/od/Bienestar/a/definicion-de-familia.htm>.
32. Zenarutzabeitia Pikatza A, Rodriguez J, Lopez M, Aguirrezabal I. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Volumen II, 2da ed. Madrid: Panamericana; 2013.
33. Lauro I. Manual para la intervención en salud familiar Sánchez T, editor. La Habana: Ciencias Médicas; 2002.
34. Herrera P, Gonzalez I, Soler S. Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales. Rev Cubana Med Gen Integr [en línea]. 2002 [fecha de acceso 3 de mayo del 2015] 18 (2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000200013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200013).
35. Fresnillo Poza M. Desde la familia, la discapacidad se mira con otros ojos. Educación y Futuro Digital. 2014 Mayo 26;(9): p. 60-73.
36. Flores Hernández A, Díaz Mercado Y, Montoya Martínez D, Restrepo Spulvea CF. MODELO DE ATENCION DE SALUD FAMILIAR EN LA REPUBLICA DE COLOMBIA. 2010. Tesis Especialización de Auditoría en Salud.
37. Valdivia C. La familia: conceptos, cambios y nuevos modelos.. La Revue du REDIF. [en línea] 2008; vol 1; 15 a la 22 disponible



- en:<http://spereira.cl/Imagenes/familia.pdf>.
38. Castellón S. El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil proyecciones para su estudio en una comunidad de Cuba. [en línea] eumed.net 2012. [acceso 14 de mayo del 2015]. Disponible en:<http://www.eumed.net/rev/cccss/21/ccla.html>.
  39. Duarte M. Instrumentos de evaluación en Medicina Familiar [monografías en internet]. Universidad de Ciencias Médicas; 2012 [fecha de acceso 19 de mayo del 2015]. Disponible: <https://ucimed912.files.wordpress.com>.
  40. Neves Silva P, Alvarez Martín E. Estudio descriptivo de las características sociodemográficas. *Ciencia & Saude Coletiva* 2014; 19(12): 4889-4898. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/1413-8123-csc-19-12-04889.pdf>.
  41. Consejo Nacional para la igualdad de discapacidades. Estadísticas de discapacidad. 28 de abril del 2016. disponible en; <http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/> (acceso el 4 de julio del 2016).
  42. Instituto Nacional de Estadísticas de España. Prevalencia de la discapacidad por estado civil. 2012. <http://ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t22/p320/serie/10/&file=01002.px>; [fecha de acceso 11 julio 2016].
  43. El Universo. El 7% de la población de Ecuador es indígena, según Cepal.. Septiembre del 2014. Disponible en: <http://www.eluniverso.com/noticias/2014/09/22/nota/4019821/7-poblacion-ecuador-es-indigena-segun-cepal>; [fecha de acceso 11 de julio 2016].
  44. Pijal LF. Scribd; indicadores de nacionalidades y pueblos censo de población y vivienda 2010. Disponible: <https://es.scribd.com/doc/78682440/indicadores-de-nacionalidades-y-pueblos-censo-de-poblacion-y-vivienda-2010>. [Fecha de acceso 11 de julio del 2016].
  45. UNESCO. Discapacidad y educación. 2014. Disponible en: [http://www.unesco.org/new/neww/fileadmin/./HQ/GAW2014-fact.figures\\_Es.pdf](http://www.unesco.org/new/neww/fileadmin/./HQ/GAW2014-fact.figures_Es.pdf); [fecha de acceso 12 julio del 2016].
  46. Hernández Díaz J, Millán Tapia JM. Las personas con discapacidad en España

- inserción laboral y crisis económica. 2015. Rev Española de Discapacidad (REDIS); 3 (1), pag. 29-56. Disponible en:  
<http://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/132>.
47. Rodríguez R, Larddoeyt R, Reyes J, Jijón M, Lardoyet M, Gámez M. Caracterización clínica y etiológica de las discapacidades mayores en la República del Ecuador. Rev Cubana Genet comunit. 2011; 5 (2-5): 106-112. Disponible en:  
<http://bvs.sld.cu/revistas/rcgc/v5n2-3/rcgc180111.pdf>.
48. Diccionario de la lengua española. Disponible en:  
<http://www.wordreference.com/definicion/etnia>.
49. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral en Salud-MAIS. 2013. Pag. 39.
50. Poza M. Desde la familia, la discapacidad se mira con otros ojos. Educación y futuro digital. 2014. 9, 54-59. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4998806>; [fecha de acceso 21 abr 2016].
51. Pérez V, Parra Z. El impacto del déficit mental en el ambito familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2007;23(3). disponible en:  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23\\_3\\_07/mgi02307.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_3_07/mgi02307.htm); [fecha de acceso 21 abr 2016].
52. Reséndiz G. El abordaje familiar en el contexto de la discapacidad, Algunas consideraciones para establecer relaciones entre el personal de salud y la familia del paciente. Investigación en discapacidad. 2013; 2 (1). 23 - 27. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/invd/ir-2013/ir131d.pdf>; [fecha de acceso 24 mayo 2016].
53. Fernández Solano AJ. Fomentando la participación ocupacional en personas con discapacidad intelectual. 2015. Disponible en:  
<http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/10821/FOMENTANDO%20LA%20PARTICIPACION%01N%20OCUPACIONAL%20EN%20PERSONAS%20CON%20DISCAPACIDAD%20INTELECTUAL.pdf?sequence=1>.
54. Esquivia C. La inclusión del concepto de discapacidad en el plan de estudios del programa de medicina. Universidad Militar Nueva Granada. 2014. Disponible en:

<http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/13339/2/LA%20INCLUSI%C3%93N%20DEL%20CONCEPTO%20DE%20DISCAPACIDAD%20EN%20EL%20PLAN%20DE%20ESTUDIOS%20DEL%20PROGRAMA%20DE%20MEDICINA.pdf>  
; [fecha de acceso 12 jul 2016].

55. Universidad para el desarrollo del estado de Puebla.. Guia para la elaboración del plan de Intervención del proyecto de desarrollo organizacional o comunitario. Programa de fortalecimiento Académico 2014. Disponible en:  
[http://www.unides.edu.mx/sites/default/files/p\\_desarrollo.pdf](http://www.unides.edu.mx/sites/default/files/p_desarrollo.pdf); [fecha de acceso 3 jul 2016].

# ANEXOS



## ANEXO 1

### Modelo de Consentimiento informado

Yo \_\_\_\_\_ estoy plenamente de acuerdo en participar en la investigación de la estudiante del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria: Dra. Patricia Vaca, sobre “La Discapacidad y su influencia en la Salud Familiar Funcionamiento familiar, del sector EU04, Pujilí. 2015 – 2016. Una vez que se han explicado los objetivos, propósitos y beneficios que reporta dicha investigación desde el punto de vista social y humano. Se me ha comunicado que toda información y los procedimientos a los cuales me expongo se utilizarán únicamente con fines investigativos, teniendo la posibilidad de retirarme de la investigación en el transcurso de la misma, si lo considero necesario, sin que esto repercute en la atención del paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Jefe de familia



**ANEXO 2**

**CÓDIGO:** \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Circule el número según el grado en que el evento ocasionó cambios en la familia, tomando en cuenta el signo. Cuando el cambio fue favorable para la familia circule el número con el signo (+) positivo y cuando fue desfavorable el signo (-).

		<b>Nada</b>	<b>Casi nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muchísimo</b>
1	Las responsabilidades y las funciones de los miembros de la familia	+1 -1	+2 -2	+3 -3	+4 -4	+5 -5
2	Los recursos económicos para lograr el sustento familiar	+1 -1	+2 -2	+3 -3	+4 -4	+5 -5
3	La disponibilidad del espacio en el hogar	+1 -1	+2 -2	+3 -3	+4 -4	+5 -5
4	La integración de los miembros a la vida laboral y escolar	+1 -1	+2 -2	+3 -3	+4 -4	+5 -5
5	Las relaciones con los vecinos y otros familiares	+1 -1	+2 -2	+3 -3	+4 -4	+5 -5
6	El tiempo dedicado a las tareas del hogar	+1 -1	+2 -2	+3 -3	+4 -4	+5 -5
7	Los hábitos y costumbres familiares	+1 -1	+2 -2	+3 -3	+4 -4	+5 -5
8	La participación en actividades sociales y recreativas	+1 -1	+2 -2	+3 -3	+4 -4	+5 -5
9	El tiempo de descanso y reposo de los miembros de la familia	+1 -1	+2 -2	+3 -3	+4 -4	+5 -5
10	La posibilidad de conversar de manera clara y directa los problemas familiares	+1 -1	+2 -2	+3 -3	+4 -4	+5 -5
11	Las relaciones afectivas entre los miembros de la pareja	+1 -1	+2 -2	+3 -3	+4 -4	+5 -5
12	Las relaciones afectivas con el resto de la familia	+1 -1	+2 -2	+3 -3	+4 -4	+5 -5
13	El estado de salud de los miembros de la familia	+1 -1	+2 -2	+3 -3	+4 -4	+5 -5
14	El cuidado y atención a los miembros de la familia	+1 -1	+2 -2	+3 -3	+4 -4	+5 -5
15	La toma de decisiones de manera conjunta en la familia	+1 -1	+2 -2	+3 -3	+4 -4	+5 -5
16	La participación de todos los miembros en la solución de los problemas	+1 -1	+2 -2	+3 -3	+4 -4	+5 -5
17	La organización y control de la vida familiar	+1 -1	+2 -2	+3 -3	+4 -4	+5 -5
18	La correspondencia entre los intereses individuales y familiares	+1 -1	+2 -2	+3 -3	+4 -4	+5 -5
19	Los planes y proyectos familiares	+1 -1	+2 -2	+3 -3	+4 -4	+5 -5
20	La tenencia y adquisición de bienes materiales	+1 -1	+2 -2	+3 -3	+4 -4	+5 -5



### CALIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO POR ÁREA

	Área socioeconómica	Área psicosocial	Área funcionamiento familiar	Área estado de salud
	ITEMS 2, 3 y 20	ITEMS	ITEMS 1,10,11,12	ITEM 13
		4,5,6,7,8,9,17,19	14,15,16,18	
Nivel de repercusión	Variables: Recursos económicos y materiales, espacio habitacional	Variables: Integración social, participación social, modo de vida familiar, Convivencia social, proyectos familiares.	Variables: Comunicación familiar, afectividad, cohesión, armonía, roles	Variables: Estado de salud
No repercusión	1-3 puntos	1-8 puntos	1-8 puntos	1 punto
Repercusión leve	4-6 puntos	9-16 puntos	9-16 puntos	2 puntos
Repercusión moderada	7-9 puntos	17-24 puntos	17-24 puntos	3 puntos
Repercusión elevada	10-12 puntos	25-32 puntos	25-32 puntos	4 puntos
Repercusión severa	13-15 puntos	33-40 puntos	33-40 puntos	5 puntos
Clasificación global		Diagnóstico global		
0-20 puntos	No repercusión	Puntuación bruta		
21-40 puntos	Repercusión leve	Signo predominante		
41-60 puntos	Repercusión moderada	Diagnóstico		
61-80 puntos	Repercusión elevada			
81-+ puntos	Repercusión severa			



**ANEXO 3**  
**TEST DE APOYO SOCIAL**

<b>1. ¿Qué tipo de apoyo recibió y con qué frecuencia?</b>					
	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
Material o económico (dinero, comida, albergue)	1	2	3	4	5
Consuelo, desahogo, afecto, fortalecimiento de la autoestima	1	2	3	4	5
Ayuda en labores y tareas, los quehaceres del hogar, reparaciones, compras	1	2	3	4	5
Compañías de personas amistades y familiares	1	2	3	4	5
Cultos, prácticas religiosas, rezos, meditaciones, ayuda fraternal u otros actos religiosos	1	2	3	4	5
Nuevos conocimientos y valoraciones	1	2	3	4	5
Expresiones y manifestaciones dirigidas al enriquecimiento de la espiritualidad	1	2	3	4	5
Consejos y orientaciones	1	2	3	4	5
<b>2- ¿De quiénes y con qué frecuencia recibió ayuda la familia?</b>					
	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
De la propia familia	1	2	3	4	5
Del resto de la familia que vive fuera del hogar	1	2	3	4	5
De la pareja	1	2	3	4	5
De las amistades	1	2	3	4	5
De las instituciones de salud	1	2	3	4	5
De las asociaciones religiosas	1	2	3	4	5
De los vecinos	1	2	3	4	5
De los compañeros de trabajo	1	2	3	4	5
De otras instituciones sociales	1	2	3	4	5
<b>3. ¿En qué medida la familia se ha sentido satisfecha con el apoyo recibido?</b>					
<b>NADA</b>	<b>POCO</b>	<b>ALGO</b>	<b>MUCHO</b>		
1	2	3	4		





<b>4. ¿Consideran que la familia contó con el apoyo necesario para enfrentar esta situación?</b>					
CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE		
1	2	3	4		
<b>Calificación de los tipos de apoyo (pregunta # 1)</b>					
Tipo de apoyo	ITEMS	PUNTOS CUANTITATIVO	PUNTOS CUALITATIVO		
Apoyo emocional	2 y 4				
Apoyo instrumental	1 y 3				
Apoyo informativo	6 y 8				
Apoyo espiritual	5 y 7				
TOTAL PUNTOS					
<b>Calificación según total de puntos (para cada tipo de apoyo)</b>					
Tipos de apoyo		Emocional	Instrumen- tal	Informa- tivo	Espiri- tual
Poco	2-4 puntos				
Alguno	5-7 puntos				
Mucho	8-10 puntos				
<b>Calificación de la frecuencia de contactos con las redes (Se realiza mediante la suma de las puntuaciones circuladas en cada caso) (pregunta # 2)</b>					
Nulo	9-17 puntos				
Poco frecuente	18-26 puntos				
Frecuente	27-35 puntos				
Muy frecuente	36-45 puntos				
<b>Redes más frecuentes: (Las que obtienen puntuaciones entre 4 y 5)</b>					
<b>Satisfacción con el apoyo recibido y disponibilidad de las redes (La clave se observa directamente en la prueba) (preguntas # 3 y # 4)</b>					
Pregunta # 3					
Pregunta # 4					

Test de Apoyo social

Fuente: Artículo de la Revista Cubana de Medicina General integral.<sup>35</sup>



#### ANEXO 4

#### Instrumento para evaluar los recursos adaptativos

Instrucciones: A continuación aparecen una serie de preguntas que nos permiten conocer los cambios ocurridos en su familia ante la situación: (evento que se desea estudiar) Circule el número en dependencia de la conducta asumida por la familia.

La respuesta debe darse en base al consenso familiar.

PREGUNTAS	NO	SI
1. La familia tomó en cuenta sugerencias y recomendaciones realizadas.	0	1
2. La familia formó una visión más positiva sobre el problema.	0	1
3. La familia realizó algunos cambios convenientes y necesarios para lograr el ajuste a la nueva situación	0	1
4. La familia cambió su comportamiento habitual, para ajustarse a la nueva situación.	0	1
5. Los conflictos que surgieron encontraron solución en el seno familiar	0	1
6. Ante esta situación los miembros de la familia fueron capaces de realizar tareas que por lo general realizaban otros	0	1
7. La familia tomó nuevas decisiones con relación a la situación que enfrentaron	0	1
8. La familia cambió sus reglas y normas familiares	0	1
9. La familia contribuyó a lograr modificaciones en la conducta de sus miembros.	0	1
10. Si este acontecimiento dificultó el logro de las metas familiares, se buscaron nuevas metas o se reajustaron estas	0	1
11. Ante esta nueva situación la comunicación se hizo más clara para facilitar a los miembros de la familia un entendimiento y comprensión de la misma	0	1
12. Los miembros de la familia trataron de buscarle una solución concreta al problema.	0	1
13. Ante esta nueva situación la comunicación se hizo más clara para facilitar a los miembros de la familia un entendimiento y comprensión de la misma	0	1
14. Los miembros de la familia trataron de buscarle una solución concreta al problema	0	1



Diagnóstico

Ausencia de recursos adaptativos	0-4 puntos
Insuficientes recursos adaptativos	5-9 puntos
Suficientes recursos adaptativos	10-14 puntos

Instrumento para evaluar los recursos adaptativos

Fuente: Artículo de la Revista Cubana de Medicina General integral.<sup>38</sup>

## ANEXO 5

Tabla N° 1.- Prevalencia de la discapacidad en el Ecuador, Cotopaxi, cantón y parroquia de Pujilí según censo del 2010

	Área	Personas con discapacidad	Población	Prevalencia
Ecuador	Urbana	492910	9090786	5,42%
	Rural	323246	5392713	5,99%
	Total	816156	14483499	5,64%
Cotopaxi	Urbana	6383	120970	5,28%
	Rural	17153	288235	5,95%
	Total	23563	409205	5,76%
Cantón Pujilí	Urbana	495	10064	4,92%
	Rural	3436	58991	5,82%
	Total	3931	69055	5,69%
Parroquia Pujilí	Urbana	495	10064	4,92%
	Rural	1267	23366	5,42%
	Total	1762	33430	5,27%

Fuente: INEC. Población por condición de discapacidad en

[www.ecuadorencifras.com](http://www.ecuadorencifras.com)

Elaborado por: Patricia Vaca

**ANEXO 6**

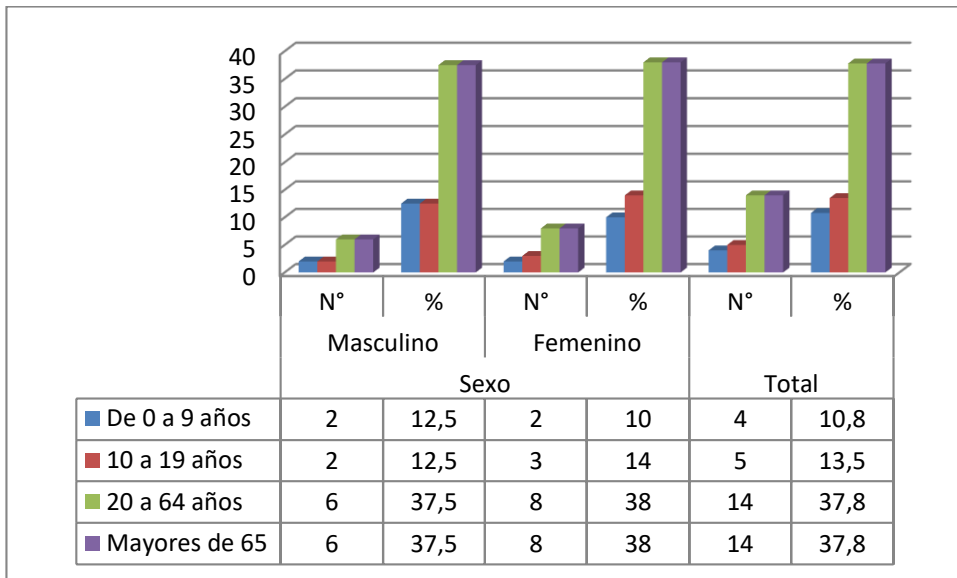


Gráfico N° 1.- Distribución de las personas con discapacidad según edad y sexo

Fuente: Tabla N° 1

Elaborado por: Patricia Vaca

**ANEXO 7**

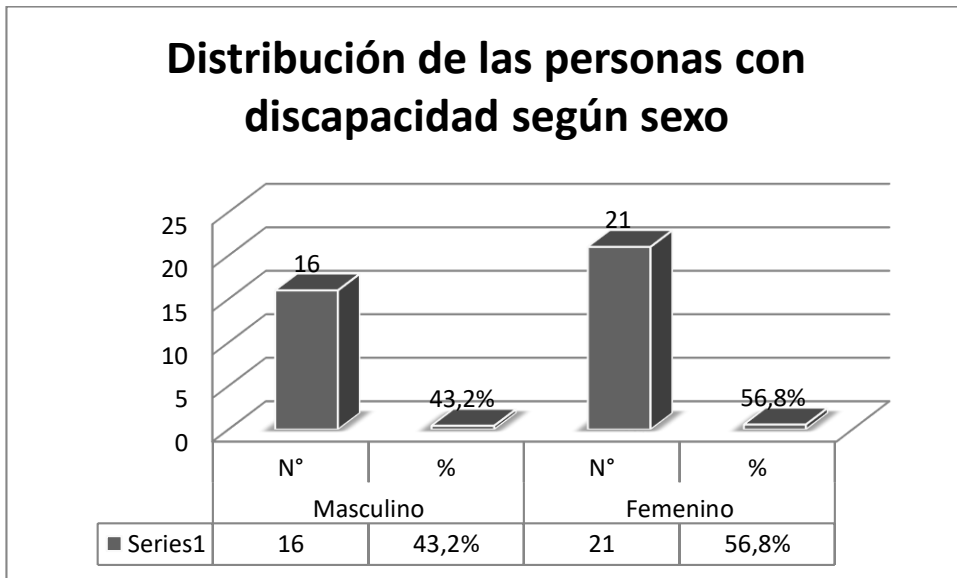


Gráfico N° 2.- Distribución de las personas con discapacidad según sexo

Fuente: Tabla N° 2

Elaborado por: Patricia Vaca

## ANEXO 8

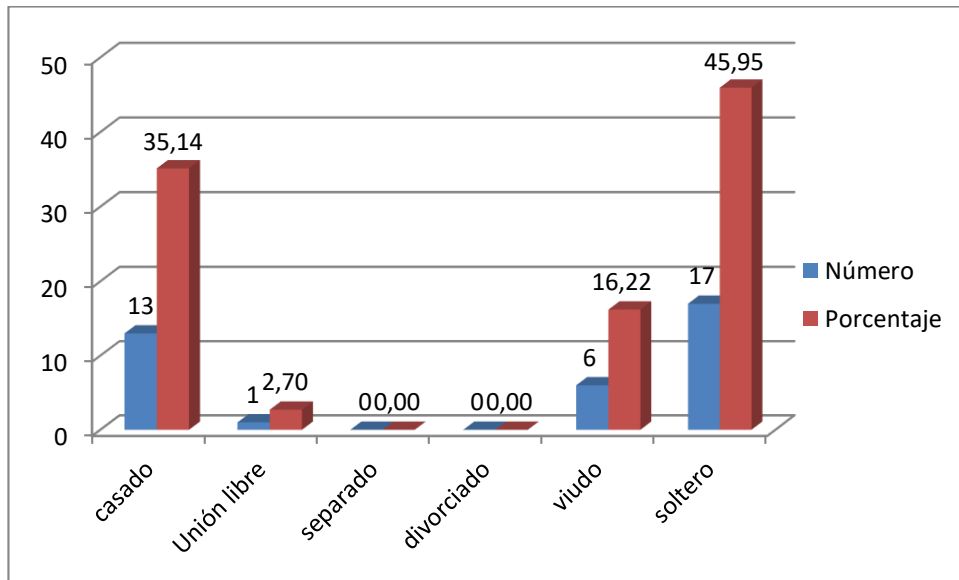


Gráfico N° 3.- Distribución de las personas con discapacidad según estado civil

Fuente: Tabla N° 3

Elaborado por: Patricia Vaca

## ANEXO 9

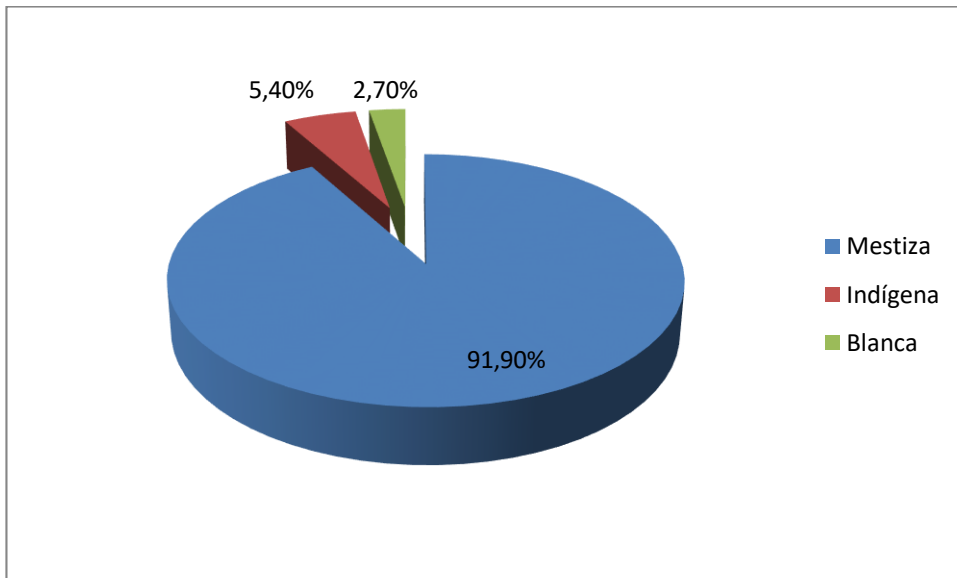


Gráfico N° 4.- Etnia de las personas con discapacidad

Fuente: Tabla N° 5

Elaborado por: Patricia Vaca



## ANEXO 10

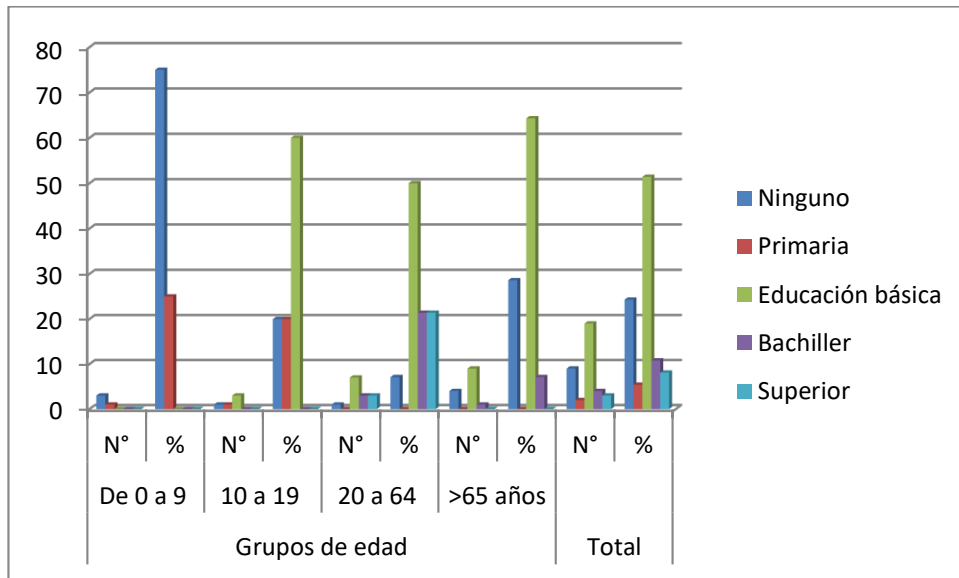


Gráfico N° 5.- Nivel de instrucción según grupos de edad

Fuente: Ficha familiar

Elaborado por: Patricia Vaca

## ANEXO 11

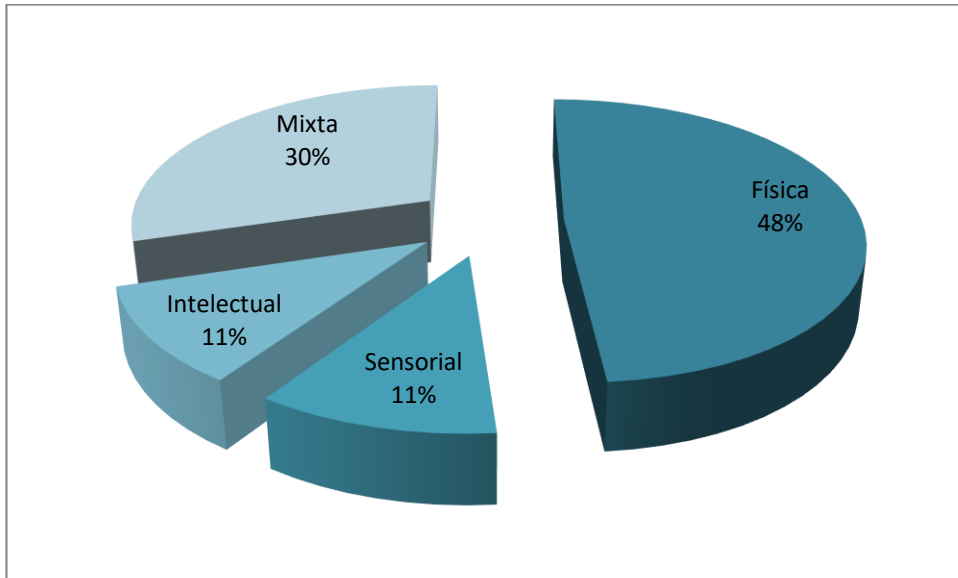


Gráfico N° 6.- Tipos de discapacidad en porcentaje del sector EU04 Pujilí, 2016

Fuente: Tabla N° 9

Elaborado Por: Patricia Vaca

## ANEXO 12

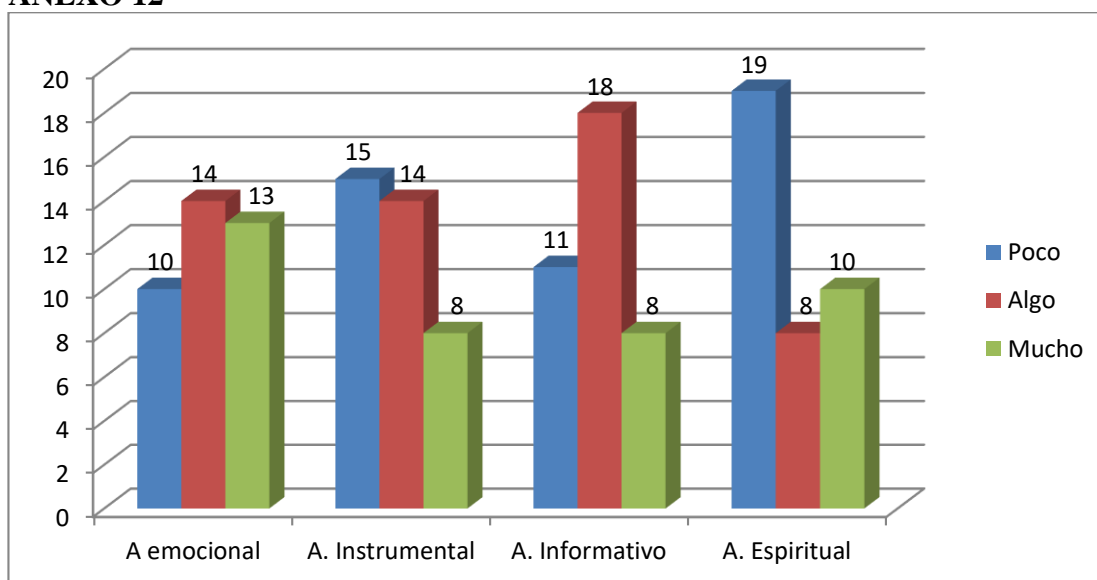


Gráfico N° 7.- Tipos de Apoyo social a las personas con discapacidad según frecuencia

Fuente: Tabla N° 22

Elaborado por: Patricia Vaca

ANEXO 13

ÁRBOL DE PROBLEMAS SALUD FAMILIAR NO ADECUADA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SECTOR

EU04 PUJILÍ



## MATRIZ DE RESUMEN

El problema	Causa raíz del problema	Relaciones causales (en salud)	Soluciones posibles	
Salud familiar no adecuada de las personas con discapacidad del sector EU04 Pujilí	Nivel bajo de escolaridad Desocupación Apoyo social insuficiente por parte de instituciones Atención en salud no adecuada	Desconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad	Proponer una estrategia de intervención comunitaria	
		Insuficientes recursos económicos Descoordinación en ayudas		
		Materiales e insumos no disponibles		

## ANEXO 14

### MATRIZ DE MARCO LÓGICO

1. Objetivo 1.- Adiestrar a las personas con discapacidad y a sus familias sobre los derechos amparados en la legislación vigente.						
Resultados esperados	Actividades	Indicador	Medios de verificación	costos y fuentes	Cronograma	Responsable
Suficientes conocimiento de las leyes y derechos que amparan a las personas con discapacidad por parte de los actores sociales.	Mapeo de actores en los que se deben incluir: discapacitado, su familia, líderes barriales, representante del MIES, representante del Patronato, representante de educación, El equipo especializado de atención y calificación a las personas con discapacidad del distrito 05 D04 Pujilí-Saquisilí. - Invitación a reunión de sensibilización - Socialización de los datos encontrados en la investigación realizada de la Repercusión de la discapacidad en el sector EU04 - Establecer compromisos y coordinar actividades en favor de las personas con discapacidad.	Reuniones programadas/Reuniones realizadas	Firmas de asistencia y actas de la reunión	Gestionar fondos	Marzo /2017	Equipo de salud EU04
Objetivo 2.- Promover el desarrollo de habilidades de las personas con discapacidad tomando en cuenta sus limitaciones.						
Comunidad organizada	Conformar una directiva de las familias de personas con discapacidad - Reactivar el comité local de salud	Directivas conformadas/ directivas programadas	Firmas de asistencia y actas de la reunión	Gestionar fondos	2017	Equipo de salud EU04

Capacitadores que ayudan a adquirir destrezas a las personas con discapacidad	Realizar una encuesta a las diferentes familias de las personas con discapacidad para identificar el tipo de adiestramiento que necesita para ejercer alguna actividad.C10	Encuestas programadas/Encuestas realizadas	Encuestas	Gestionar fondos	2017	Equipo de salud, Comité y directiva
Objetivo 3.- Brindar atención de calidad a las personas con discapacidad y a sus familias acorde a sus necesidades						
Población de discapacitados del sector EU04 cuenta con las ayudas técnicas necesarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar las necesidades de ayudas técnicas</li> <li>- Gestionar la dotación de ayudas técnicas acorde a las limitaciones que tenga la persona con discapacidad.</li> </ul>	Ayudas técnicas planificadas/Ayudas técnicas entregadas	Fotos	Misión Manuela Espejo, Fundaciones MSP	2017	Equipo de salud EU04
Cumplir con actividades de promoción y prevención por ciclos de vida y de acuerdo a riesgos identificados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniones periódicas para impartir charlas educativas y promover estilos saludables de vida, así como también intercambio de experiencias.</li> <li>- Consejería en domicilio de acuerdo a riesgos encontrados</li> <li>- Controles frecuentes de acuerdo a ciclos de vida y/o enfermedades crónicas no transmisibles que se hayan identificado.</li> </ul>	N° reuniones programadas/N° de reuniones realizadas.	Firmas de asistencia Partes diarios	MSP	2017	Equipo de salud EU04





